

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da obtenção do grau de mestre e especialista na área de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tem como finalidade a descrição e reflexão sobre um percurso que foi teorizado e posteriormente concretizado durante os períodos de Estágio.

Todo este processo não visa simplesmente uma descrição sustentada de um determinado problema, uma vez que, adiciona a todo este percurso uma componente de intervenção estruturada em função da análise e reflexão sobre a temática em estudo, que vai permitir alicerçar este relatório. Desta forma, torna-se possível estabelecer uma relação dinâmica entre a teoria e a prática onde o próprio investigador intervém na investigação (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Este aspecto torna-se pertinente numa área como a enfermagem, onde se projeta sempre como objectivo major a obtenção da excelência do cuidar, visto que, esta abordagem permite compreender melhor a realidade da população que é afectada pelo problema em questão, tornando possível adequar e centrar a intervenção na transformação e melhoria dessa determinada realidade, obtendo assim resultados em saúde (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Neste sentido e após as primeiras sessões lectivas da Unidade Curricular de Opção II, onde nos foi transmitido que todo este percurso deve visar o desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), foi-nos proposto a elaboração de um projeto de formação, que permitisse através da sua construção, implementação e posterior análise e reflexão através deste relatório, o desenvolvimento de competências, gerais e específicas, nesta área. Este relatório é o passo final de todo o percurso, onde iremos apresentar a descrição, reflexão e análise crítica das atividades realizadas durante os períodos de estágio, que permitiram o desenvolvimento destas competências.

Dentro deste âmbito, acabei por incidir no cuidar da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma vez que, esta patologia ao representar uma alteração ventilatória crónica incapacitante para o indivíduo, representa um impacto negativo nas suas capacidades de autocuidado e no desempenho do seu papel junto da família e

da comunidade/sociedade. Sendo assim fundamental garantir que a pessoa com DPOC tenha acesso, entre outros, a um programa de reabilitação respiratória, que lhe permita promover o autocuidado (Magalhães, 2009; Laizo, 2009).

Esta escolha reflete também o elevado interesse pessoal e uma preocupação adquirida na minha prática diária de cuidados, que após uma cuidada pesquisa bibliográfica verifiquei ser também uma representação social cada vez mais presente. Sendo que, continua a ser descrita como uma doença sub-reconhecida, sub-diagnosticada e sub-tratada, com elevado impacto nas despesas de saúde e no absentismo laboral, daí estarem a ser realizados esforços para um controlo mais eficaz desta doença (Cardoso et al, 2013; Van Zeller et al, 2012).

Segundo as últimas previsões, a DPOC apresenta indicadores reveladores de um claro aumento da sua prevalência, pois numa análise retrospectiva confirma-se que enquanto em 1990 representava a 6ª principal causa de morte a nível mundial, foi revista como a 4ª principal causa de morte em 2006 e projecta-se que em 2030 irá manter-se como a 4ª principal causa de morte e representará a 5ª maior causa de anos perdidos por mortalidade prematura ou incapacidade. Sendo que, nos dias de hoje calcula-se que 210 milhões de pessoas sofram de DPOC em termos mundiais, e que esta represente a causa de morte de cerca de 2.9 milhões de pessoas anualmente (GOLD, 2013).

Centrando-nos na realidade portuguesa, também se constata a dimensão relevante desta problemática, pois, estima-se que existam cerca de 800.000 pessoas com DPOC (nos seus diversos estádios) sendo que, acima dos 40 anos de idade esta patologia apresenta uma prevalência claramente significativa de 14,2%. Por outro lado, a DPOC é também uma causa de internamento frequente (7991 internamento em 2010), a 5ª causa de morte (2859 óbitos em 2009) e associada à perda de 75.000 DALYS (ONDR, 2011).

Estes factos confirmam a significativa incidência e prevalência de pessoas com DPOC, que sem a devida intervenção estruturada, pode traduzir-se em claras repercussões negativas para a qualidade de vida destes indivíduos. Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, considerou-se central a elaboração de um plano nacional de prevenção e controlo das doenças respiratórias, respondendo a uma necessidade imperiosa de as considerar como uma prioridade na área da saúde, em

função da sua representatividade. Torna-se assim fundamental, em virtude deste impacto negativo da DPOC na saúde da população, desenvolver projetos nesta área, baseados em evidência científica atual, que visem garantir melhores práticas de cuidados (ONDR, 2012; Gardenghi, Santos, Galano & Giachini, 2009).

Os dados epidemiológicos relativos à DPOC impõem que esta seja vista como uma prioridade em saúde, tornando-se fundamental através da coordenação entre todos os intervenientes que participam no cuidar da pessoa a elaboração de programas de intervenção que promovam a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação destas situações. Uma vez que, a DPOC representa claramente um grave problema de saúde pública, não apenas devido aos altos índices de mortalidade e morbidade que lhe estão associados, mas também pelo facto de ser uma doença prevenível na maioria dos casos, sendo irreversível a partir do momento em que ocorrem lesões no parênquima pulmonar.

Neste âmbito a intervenção do EEER pode representar-se como fulcral, uma vez que, a implementação da reabilitação respiratória (RR) em todas as suas dimensões pode resultar na melhoria da capacidade para o autocuidado, da funcionalidade e consequentemente da qualidade de vida da pessoa com DPOC (GOLD, 2013; Laizo, 2009; ONDR, 2012; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

A progressão clínica da pessoa com DPOC implica para a pessoa que o sofre um elevado risco de mortalidade, morbidade e de perda significativa de qualidade de vida, bem como um acréscimo de gastos para o sistema de saúde. Este facto resulta do elevado número de reinternamentos, do recurso ao serviço de urgência e da realização de exames complementares de diagnóstico (Rodrigues, 2010).

Neste contexto, a RR na pessoa com DPOC deve assumir-se como uma dimensão central do cuidar, uma vez que, demonstra ser uma área de intervenção eficaz e segura para a pessoa, permitindo a melhoria da sua qualidade de vida, o aumento da capacidade para o autocuidado, para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), a diminuição do número de idas à urgência, de reinternamentos e de episódios de exacerbação. Apresentando ainda papel positivo no controlo das repercussões sistémicas associadas à DPOC (Rodrigues, 2010).

A representatividade aqui exposta desta problemática na nossa realidade e as

projeções crescentes da incidência/prevalência da DPOC tornam o desenvolvimento deste trabalho claramente pertinente, uma vez que, a implementação de programas de reabilitação a que a pessoa com DPOC possa ter acesso, vai representar claros ganhos em saúde para a mesma e menores gastos económicos para o sistema de saúde, visto que, a pessoa deverá ser capaz de realizar a sua vida em ambulatório, recorrendo às unidades de saúde apenas para a vigilância da sua doença crónica (ONDR, 2012).

Por outro lado, é também um direito da pessoa com DPOC, o acesso a cuidados que lhe permitam, a melhoria da sua qualidade de vida e a prevenção da instalação de incapacidades que resultem em consequências negativas na capacidade de autocuidado, o que também demonstra a importância da realização deste tipo de projeto. Sendo que, esta afirmação é validada por um estudo realizado por Nici et al (2006) junto de uma população de 254 pessoas com DPOC, onde através da implementação de um programa de RR com todas as suas vertentes se verificou que esta permitiu melhorar sintomas, a qualidade de vida, a tolerância ao exercício e consequentemente melhorar a realização de AVD, bem como diminuir a utilização dos recursos de saúde por parte da pessoa com DPOC.

Por tudo o que foi exposto anteriormente, considero esta temática em estudo claramente atual e pertinente, uma vez que, torna-se importante avaliar os contributos que a nossa intervenção pode implicar para capacitar a pessoa com DPOC para o autocuidado, pois este é um dos pressupostos centrais da nossa área de especialização. Este facto encontra-se descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde se explicita que a nossa intervenção:

(...) visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências ou incapacidades. (OE, 2010, p. 1).

Sendo assim, após todo este processo de análise e reflexão, optei por definir como problemática geral deste relatório “Os Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa com Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica”. Pretendemos assim evidenciar como a intervenção do EEER pode ser um agente fundamental na obtenção de ganhos em saúde da pessoa e população em geral. Sendo que, em função de todo este percurso incidir no desenvolvimento de competências gerais e específicas para a obtenção do título de EEER, não se reduzindo apenas à problemática em questão mas sim à abrangência que envolve esta mesma área, defini como objectivos gerais:

- Desenvolver Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na área da Reabilitação Respiratória na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Apêndice I);
- Desenvolver Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas áreas sensório-motora e de eliminação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico (Apêndice I);

Esta decisão baseou-se na plena assunção que a abordagem e estudo de uma temática deve ser na sua génese relevante e representativa de ganhos para a nossa prática de cuidados enquanto EEER. Neste sentido, tomou-se a opção de centrar a construção do meu projeto e posterior elaboração do relatório na pessoa com DPOC, uma vez que, as doenças crónicas, onde esta se inclui, devem constituir uma “(...) preocupação prioritária dos sistemas de saúde já que se estima que venham a representar gastos de 80% dos orçamentos globais da saúde, são responsáveis por 35 a 51% das reformas antecipadas, 43% dos dias de absentismo e têm um impacto de 6,77% no PIB” (ONDR, 2011, p. 20).

Após a seleção da área temática, torna-se premente a escolha dos locais para a implementação do projeto, no sentido de dar resposta aos objectivos traçados. Neste sentido, optei por realizar os meus períodos de estágio nos serviços de Reabilitação Respiratória, Pneumologia e de Medicina Física e de Reabilitação de dois hospitais centrais na área metropolitana de Lisboa, durante um período global de 18 semanas divididas equitativamente. Sendo que, esta divisão por três locais de estágio constituiu-se uma decisão pensada e refletida, uma vez que, ao apresentarem realidades diferentes em termos de população alvo de cuidados, permitiu-me intervir junto de pessoas em fase de agudização e de estabilidade da sua doença crónica, tornando

possível enriquecer este trabalho e tornar os contributos em termos de resultados extremamente relevantes.

No entanto, todo este processo de desenvolvimento de competências deve apresentar na sua génese um referencial teórico que seja norteador do cuidar e estruture a elaboração dos planos de cuidados de enfermagem e sua intervenção como EEER. A teoria do défice de autocuidado, desenvolvida por Orem e composta por três teorias inter-relacionadas, a teoria do autocuidado (que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias), a teoria do défice de autocuidado (que descreve e explica a razão pelas qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem) e a teoria dos sistemas de enfermagem (que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas). Sendo que, a unificação destas permite compreender que o autocuidado é a ação que a pessoa desempenha no sentido de manter o seu bem-estar, a sua saúde e a sua própria vida, enquadrando-se claramente na problemática deste trabalho (Orem & Taylor, 2011; Orem, 2001).

Para a fundamentação de todo este percurso, foi realizada uma pesquisa ao nível da EBSCO, através das palavras chave: *rehabilitation*, *pulmonary disease* e *self-care*, limitando o período temporal de pesquisa a um máximo de 10 anos e utilizando como critérios de inclusão o facto de serem artigos que abordassem a DPOC e que integrassem cuidados de reabilitação respiratória (Apêndice II). Para complemento, acabei também por recorrer à biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL.

Após tudo o que foi exposto anteriormente, optei por estruturar este relatório da seguinte forma, no capítulo 1 apresento uma revisão da literatura com os principais conceitos mobilizados neste relatório, no capítulo 2 abordo a descrição e análise crítica das atividades realizadas, das competências desenvolvidas e dos recursos utilizados no percurso formativo, finalmente, no capítulo 3 realiza-se uma avaliação do percurso e as considerações finais sobre o mesmo.

1. OS CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DPOC

A DPOC caracteriza-se como uma patologia prevenível e tratável, com presença de uma limitação persistente das vias aéreas, não totalmente reversível, geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anómala das vias aéreas e pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. Onde os episódios de exacerbação e as comorbilidades contribuem para o grau de gravidade da doença nos indivíduos (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]*, 2013).

De forma sequencial, a DPOC provoca nas pequenas vias aéreas um processo de remodelação das suas paredes, tornando-as mais espessas através de processos inflamatórios e fibróticos, resultando num estreitamento do seu lúmen e naturalmente numa limitação do fluxo aéreo (existe uma maior resistência e conseqüentemente um aumento do tempo expiratório) (GOLD, 2013).

Ao nível da mecânica diafragmática, o estado de hiperinsuflação pulmonar resulta em alterações da forma da parede torácica e num aplanamento diafragmático, que vai restringir a sua excursão (Cordeiro & Menoita, 2012; Fernandes, 2009).

Finalmente, o parênquima pulmonar sofre também alterações como a destruição dos septos alveolares e diminuição da retração elástica, que vai contribuir também para uma limitação do fluxo aéreo, com declínio do volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) e um estado de hiperinsuflação pulmonar (Soares & Carvalho (2009) cit. por Cordeiro & Menoita, 2012).

Sendo que o aparecimento de todas estas alterações resulta de um quadro multifactorial, onde o tabagismo surge como principal factor de risco, representando 80 a 90% de risco de desenvolver a doença. Outros factores de risco também existentes para o desenvolvimento de DPOC remetem-nos para a poluição atmosférica e ambiental, a hiperreactividade brônquica não específica, o défice de alfa 1 antitripsina, a idade, o género e as infecções de repetição (Menoita & Cordeiro, 2012).

Dentro da sintomatologia presente na DPOC, a dispneia, definida por Gronkiewicz e Coover (2011, p. 323) como uma “(...) sensação de dificuldade respiratória associada

a um aumento do esforço para respirar (...)”, é o principal sintoma incapacitante e também o mais comum. Revelando-se mais que um simples alteração fisiológica, pela sua componente psicofisiológica que causa na pessoa com DPOC ansiedade, medo, e consequentemente, evicção do exercício (Cordeiro & Menoita, 2012; Bauldoff, 2009).

No entanto, a DPOC não afeta exclusivamente os pulmão, sendo uma doença sistémica mais complexa, com efeitos extrapulmonares significativos que contribuem para a sua gravidade, e esta associada a outras doenças crónicas. Estimando-se que cerca de 2/3 das pessoas com DPOC tenham uma ou duas comorbilidades associadas à sua situação clínica, tais como, doenças cardiovasculares, síndromas metabólicos, doenças osteoarticulares ou depressão. (Carreiro, Santos & Rodrigues, 2013).

Podemos assim concluir que, a DPOC resulta de uma resposta anómala dos pulmões a partículas tóxicas e gases que desencadeia diversas alterações anatomopatológicas, como a obstrução das vias aéreas, a destruição do parênquima e da vascularização pulmonar, resultando numa limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível (tanto espontaneamente como por meio de medicação), habitualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anómala. Neste contexto, as alterações inflamatórias e estruturais aumentam com a gravidade da doença e persistem mesmo após o abandono dos hábitos tabágicos (GOLD, 2013; Cordeiro & Menoita, 2012).

Por outro lado, os episódios de exacerbação da DPOC resultam também num declínio da função pulmonar, tornando-se imprescindível que estratégias de intervenção preventivas sejam adoptadas e as exacerbações tratadas precocemente. Sendo uma das opções para a prevenção destes episódios a inclusão da RR no regime terapêutico e consequentemente no cuidar destes indivíduos (Fernandes, 2009).

Assim, torna-se fundamental determinar o estágio de DPOC, relacionado com a diminuição do FEV1 (Anexo I), que nos permite compreender a gravidade da limitação do fluxo aéreo. Sendo que, o diagnóstico clínico de DPOC, realizado por espirometria (exame ideal de diagnóstico), deve ser considerado em todas as pessoas que apresentem dispneia, tosse, expectoração e/ou exposição a factores de risco para a doença (GOLD, 2013; Menoita & Cordeiro, 2012; Bauldoff, 2009).

Apesar de as repercussões da DPOC se situarem primariamente na capacidade pulmonar, esta é uma patologia que se traduz em consequências globais para a pessoa, uma vez que, também apresenta importantes efeitos sistémicos (Menoita & Cordeiro, 2012).

Na pessoa com DPOC, os défices fisiológicos impostos pela natureza progressiva da doença, incluindo a limitação do fluxo aéreo e hiperinsuflação, levam ao aparecimento de dispneia e fadiga, com conseqüente redução da tolerância ao exercício, limitação das AVD e descondicionamento físico (Cechetti, Simioni & Schmitt, 2012; Fernandes, 2009; Pitta et al, 2008).

Sendo que, a principal manifestação sistémica resulta numa disfunção músculo-esquelética, que vai originar uma diminuição da massa muscular e que afecta tanto os músculos respiratórios como os músculos periféricos. Estas alterações tendem a reduzir a capacidade aeróbica, ocasionando acidose láctica precoce, de forma que a fadiga muscular ocorre em níveis de atividade pouco intensos (GOLD, 2013; Fernandes, 2009).

A diminuição da força dos músculos inspiratórios pode contribuir para a dispneia e redução da capacidade para a realização de AVD. Sendo a principal causa desta alteração da musculatura, a hiperinsuflação pulmonar, que deprime o diafragma, encurtando as suas fibras, além de acarretar mudanças geométricas nos músculos intercostais, fazendo com que esses músculos trabalhem em uma porção ineficaz da curva comprimento/tensão (Fernandes, 2009).

Este facto vai contribuir para que a pessoa com DPOC adopte frequentemente e inconscientemente, um estilo de vida sedentário, provavelmente resultante do stress ocasionado pela dispneia e fadiga ao exercício. Sendo que, o descondicionamento físico resultante e as alterações na estrutura e função dos músculos periféricos acabam por resultar num agravamento da dispneia e fadiga ao exercício, levando a um ciclo vicioso que implica mais sedentarismo (Menoita & Cordeiro, 2012; Fernandes, 2009).

Este sedentarismo associado aos efeitos da DPOC a longo prazo, acabará por resultar numa diminuição da força, massa muscular (sarcopenia) e capacidade aeróbica, o que irá resultar numa necessidade ventilatória ainda mais intensa para as mesmas atividades e acarretar diversas limitações para a pessoa. Para além das dificuldades

físicas observadas durante a realização das AVD, as limitações causadas pela DPOC são também percebidas nas relações afetivas, conjugais e sexuais, assim como nas atividades de lazer e profissionais. Desta forma, existe um elevado risco de a pessoa com DPOC se tornar amplamente dependente dos seus familiares, o que acaba por reforçar o seu sentimento de incapacidade (Cechetti, Simioni & Schmitt, 2012; Menoita & Cordeiro, 2012).

Torna-se assim claro que a dispneia crónica vai influenciar a capacidade funcional do indivíduo, levando a que as atividades que a pessoa realiza no seu dia-a-dia sejam eliminadas, apesar da importância que representam para a qualidade de vida. Desta forma, a DPOC deve ser vista como uma doença sistémica e as suas manifestações extrapulmonares valorizadas na avaliação da sua gravidade (Menoita & Cordeiro, 2012; Gronkiewicz & Coover, 2011).

Neste contexto, a dispneia e a incapacidade para o exercício têm sido estudadas como factores de risco de mortalidade na pessoa com DPOC, existindo um estudo realizado por Celli et al (2004) citado por Pamplona & Morais (2007) numa população com esta patologia que revelou como principais factores significativos de mortalidade na DPOC, o nível de obstrução da via aérea, o índice de massa corporal, a dispneia e a capacidade para o exercício (avaliada através de duas provas de marcha, executadas pelo menos com 30 minutos de intervalo).

Por outro lado, componentes extrapulmonares da DPOC como a depressão e a redução da atividade física (pode ocorrer precocemente, mesmo em estádios iniciais, parecendo não estar relacionada apenas com a dispneia), apresentam também claro impacto na evolução da doença e seus efeitos negativos. Neste sentido, surge como área primordial de intervenção a reabilitação respiratória, pois permite reduzir estas consequências, especialmente por aumentar a capacidade para o exercício e promover a atividade física (Rodrigues, 2010; Fernandes, 2009).

Assim, pelo facto de a DPOC apresentar um forte impacto na realização das AVD, o recurso a cuidados de enfermagem de reabilitação pode permitir melhorar a capacidade para o autocuidado destas pessoas.

A RR apresenta-se claramente fundamental no tratamento dos indivíduos cujos sintomas respiratórios estão associados a diminuição da capacidade funcional e da

qualidade de vida. Pois permite reduzir a sintomatologia, melhora a capacidade para o autocuidado e conseqüentemente a realização de AVD, o estado de saúde, reduz a utilização dos recursos de saúde e o absentismo laboral, uma vez que, interfere nas alterações decorrentes da doença crónica, nomeadamente o descondicionamento cardíaco, a disfunção muscular periférica, a redução de massa corporal total e massa magra, a ansiedade e as estratégias de *coping* reduzidas (Pamplona & Morais, 2007; Direção Geral de Saúde [DGS], 2009; Van Zeller, 2012; Carreiro, Santos & Rodrigues, 2013).

Para que estes benefícios se tornem atingíveis, o programa de RR deve englobar componentes de avaliação da pessoa, educação para a saúde, ensino sobre a alimentação, estratégias de cessação tabágica, reeducação funcional respiratória e avaliação de resultados. Sendo eficaz a sua instituição em pessoas com DPOC internadas ou em ambulatório e onde a duração do mesmo se deve centrar entre as 6 e as 12 semanas, apesar de os benefícios começarem a surgir ao fim de 2 semanas. Sendo que no seu final, deve ser prescrito à pessoa com DPOC um plano de exercício para o domicílio que permita a manutenção da sua capacidade de autocuidado (Fernandes, 2009; DGS, 2009; Bauldoff, 2009; Areias et al, 2012).

Para concretizar todo este percurso, a nossa intervenção enquanto especialistas em enfermagem de reabilitação necessita de assentar numa abordagem de cuidar suportada teoricamente num modelo que nos proporcione fundamentos para a nossa prática de cuidados. Neste sentido, optei por integrar neste projeto a teoria do défice de autocuidado de Orem que explora e explicita este conceito no âmbito da prática de cuidados de enfermagem, descrevendo a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas exigências de autocuidado. É definido como uma ação adquirida, apreendida pela pessoa no seu contexto sociocultural e empreendida voluntariamente com o objectivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar, face a uma exigência sentida e percebida pela pessoa ou observada por outra (Lutz & Davis, 2011).

A prestação de cuidados de enfermagem torna-se então necessária quando as necessidades são maiores do que as capacidades para o autocuidado, podendo oscilar a nossa intervenção entre o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação. Esta decisão resulta da aplicação do processo de enfermagem que segundo Orem se estrutura em três passos, diagnóstico e prescrição,

definição de um sistema de enfermagem e planeamento para a prestação de cuidados e finalmente no controlo dos sistemas de enfermagem. (Foster & Bennett, 2000).

Esta teoria permite assim uma forma de nortear a prestação de cuidados de enfermagem, representando a sua utilização frequente uma demonstração da sua utilidade para a nossa prática. Neste sentido, existem diversos estudos que demonstram este facto, ao explicitarem que o autocuidado é claramente um aspecto sensível aos cuidados de enfermagem, onde as intervenções dirigidas a determinados grupos alvo, podem resultar em *outcomes* significativos na promoção do mesmo (Doram, 2011).

Na prática, a RR traduz-se segundo a DGS (2009, p.1) numa “(...)intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a utentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente com redução das suas actividades de vida diária”. Onde o programa de treino dirigido ao doente com disfunção respiratória deve ser concebido e individualmente adaptado para otimizar a sua capacidade para o autocuidado.

Os programas de RR podem ser adaptados a qualquer individuo com patologia respiratória, contudo o seu potencial terapêutico é claramente extenso, não se limitando às patologias do foro obstrutivo e restritivo como também às patologias do foro neoplásico, infeccioso e cardiovascular (Branco et al, 2012).

A RR tem assim como principal objectivo atingir o nível de capacidade funcional máxima, incrementado a eficiência ventilatória e otimizando a função cardiopulmonar do individuo, com recurso a diferentes métodos e estratégias. Sendo que, antes de iniciar um programa de RR torna-se fundamental realizar uma avaliação completa e criteriosa da pessoa alvo de cuidados, que deve incluir história clínica, familiar e psicossocial, a pesquisa de factores de risco e co-morbilidades e a caracterização do estilo de vida, bem como o exame objectivo e a avaliação de exames complementares de diagnóstico (Branco et al, 2012).

Neste sentido, a pessoa com alteração do seu processo respiratório deve ser sempre vista como um ser único e individual, sendo a intervenção desenvolvida pelo EEER no cuidar da pessoa com DPOC fundamentada sempre na evidência científica, onde a opção pela RR deve representar uma estratégia de eleição (Gronkiewicz & Coover, 2011; Magalhães, 2009).

Este programa de RR deve ser considerado essencial no tratamento da pessoa com DPOC, juntamente com a otimização da terapêutica inalatória e iniciado em fase de estabilidade clínica, não devendo ser interrompido (mas adaptado) se a pessoa for hospitalizada, mesmo que o motivo seja um episódio de exacerbação aguda da DPOC (DGS, 2009; Rucker, Young & Simpson, 2009; Pamplona & Morais, 2007).

A evidência científica existente demonstra que a RR é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata, que deve ser instituída em complemento ao tratamento farmacológico, pois permite aumentar a tolerância ao esforço, reduzir a dispneia, melhorar a capacidade para o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas com DPOC (DGS, 2009).

Lacasse et al (2006) citado por Norweg, Bose, Snow & Berkowitz (2008) demonstrou que a implementação da RR (centrada no treino de exercícios) por um período de quatro semanas junto de uma população com DPOC permite melhorar significativamente a qualidade de vida, reduzir a dispneia e a fadiga, e melhorar o autocontrolo sobre a patologia.

Por outro lado, Rodrigues (2010) comprovou que a RR na pessoa com DPOC demonstra ser uma intervenção eficaz e segura, verificando-se melhoria da qualidade de vida, da capacidade para o autocuidado e a redução do número de readmissões hospitalares.

Finalmente, está também demonstrado que a RR reduz o aparecimento de episódios de exacerbação, o número de dias de internamento e os reinternamentos hospitalares. Sendo por estas razões recomendada a implementação da reabilitação respiratória nas *guidelines* de gestão da DPOC em todo o mundo (Holland & Hill, 2011).

A RR representa assim, uma abordagem holística direcionada não só para o controlo dos sintomas respiratórios, mas também para os efeitos sistémicos da doença, uma vez que, reduz a dispneia e fadiga, melhora a capacidade de autocuidado e o estado de saúde de forma mais eficaz que outras terapias, onde se incluem os broncodilatadores e o suporte suplementar de oxigénio. Sendo que, a aplicação de um Programa de RR na pessoa com DPOC, constitui uma abordagem terapêutica não farmacológica com grau de evidência 1 e recomendação A, de acordo com a GOLD (Fernandes, 2009;

Carreiro, Santos & Rodrigues, 2013; Cechetti, Simioni & Schmitt, 2012; Holland & Hill, 2011; DGS, 2009).

Estes factos são corroborados num estudo retrospectivo realizado por Ries et al (2005), que englobou 1218 indivíduos com DPOC e que tinha como objectivos principais melhorar a capacidade física e psicológica de cada indivíduo e o seu conhecimento sobre a patologia e gestão da mesma, tendo sido demonstrado que a implementação da RR por períodos temporais entre as seis e dez semanas permite diminuir a dispneia, melhorar a capacidade para o exercício e a qualidade de vida.

A nossa intervenção enquanto enfermeiro de reabilitação junto da pessoa com DPOC pode assim contribuir para promover, a sua independência ao nível do autocuidado e AVD, preservar a autoestima e desenvolver o autocontrolo, minimizando possíveis incapacidades (Magalhães, 2009; APER, 2010; Holland & Hill, 2011; Gronkiewicz & Coover, 2011).

Partindo de todos estes conceitos e resultados explicitados, e através da elaboração dos objetivos gerais e específicos, foram elaboradas diversas atividades a aplicar durante os períodos de estágio que permitissem o desenvolvimento das competências enquanto EEER que passo a explicitar no próximo capítulo deste relatório.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E RECURSOS UTILIZADOS NO PERCURSO FORMATIVO

O enfermeiro especialista tendo como base a definição da OE é um profissional detentor de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2009, p.10).

Partindo desta definição e centrando-nos no facto de a intervenção do EEER ter como objectivos major, “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e (...) preservar a auto-estima.” Isto implica o desenvolvimento de competências específicas e gerais inerentes ao papel de EEER que fundamentem e garantam a obtenção de cuidados de excelência enquanto detentores deste papel (OE, 2010, p.1).

Assim, para o desenvolvimento das competências gerais e específicas enquanto EEER foram delineados objectivos gerais e específicos centrados nas atividades a desenvolver, que permitam através da sua aplicação da nossa prática o desenvolvimento das competências referidas anteriormente. Este percurso foi também sedimentado através da realização de jornais de aprendizagem, planos de cuidados, reuniões de tutoria e pesquisa bibliográfica centrada na evidência científica.

De forma a englobar a abrangência de competências inerentes ao EEER e a atingir os objectivos propostos, durante o 3º semestre realizei estágios em 3 contextos clínicos distintos, cada um com a duração de 6 semanas. O primeiro num serviço de Medicina Física e de Reabilitação referente à aquisição de competências na área neurológica e motora, e posteriormente outros dois na área da reabilitação respiratória, visando a prestação de cuidados especializados de reabilitação junto da pessoa com doença respiratória e especificamente com DPOC.

Sendo que, penso ser claramente uma mais-valia a possibilidade de diversificar este período de estágio direccionado para a vertente da pessoa com patologia respiratória em dois contextos, uma vez que, um era um serviço de internamento onde a prestação de cuidados incidia na doença aguda ou nos períodos de agudização da doença

crónica e outro de ambulatório onde visei a prestação de cuidados e o desenvolvimento de competências em fase de estabilidade da doença crónica.

Neste sentido, a apresentação das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios irá ser realizada de acordo com as competências a desenvolver, integrando em cada conjunto de competências os objectivos definidos que as permitiram atingir. Sendo que, todo este percurso irá centrar-se numa análise crítica e reflexiva, sempre devidamente fundamentada através de suporte bibliográfico quando o mesmo for considerado necessário (Apêndice III).

2.1 DOMÍNIO RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De forma a adquirir as competências do EEER enquadradas nas unidades de competência **A1** e **J1**, desenvolvi os seguintes objectivos específicos:

Quadro 1 – Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competências	Objectivos Específicos
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p>	<p>- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde, respeitando a sua dinâmica, cultura organizacional e actividades;</p> <p>- Identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, tendo em conta a sua singularidade, projeto de vida e opinião;</p> <p>- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação que capacitem a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica para o autocuidado, com rigor técnico e científico, garantindo a continuidade de cuidados;</p>

De forma a atingir o objectivo, **integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde, respeitando a sua dinâmica, cultura organizacional e actividades**, foi necessário integrar-me em todos os contextos em que realizei os estágios.

Neste sentido, tornou-se fundamental tomar conhecimento sobre a organização e funcionamento dos serviços, normas e protocolos instituídos, bem como da forma como se realiza a gestão de cuidados enquanto EEER em cada local de estágio e os

instrumentos utilizados em cada contexto para avaliação da pessoa alvo de cuidados. Este aspecto revela-se extremamente importante, uma vez que, a integração numa organização que presta cuidados de reabilitação é fundamental para a compreensão do seu funcionamento e organização, sendo que, estes aspectos acabam por influenciar os comportamentos, interações e processos de atividade.

Assim, quando nos deparamos com um local que desconhecemos torna-se essencial integrar-nos e conhecer tudo o que nos rodeia, uma vez que, para cuidarmos de uma forma verdadeiramente holística é importante sabermos quais os recursos de que dispomos, onde os podemos encontrar e como os utilizar.

Neste sentido, em todos os contextos tive a oportunidade de realizar uma visita prévia aos mesmos, onde foi aplicado um guião de entrevista e outro de observação (Apêndice IV) que tornou possível conhecer as dimensões específicas de cada local, tais como, as características do serviço e da sua população-alvo, a gestão dos recursos humanos e dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a filosofia e a articulação de cuidados, os projetos de melhoria da qualidade e os instrumentos utilizados na prática de cuidados.

Este facto referido anteriormente tornou-se extremamente pertinente, uma vez que, permitiu validar a adequação de cada contexto específico aos objectivos a atingir e percurso a realizar, com base no desenvolvimento de competências enquanto EEER.

O início deste percurso de estágios localizou-se num serviço de Medicina Física e de Reabilitação de um Hospital em Lisboa, o qual apresenta na sua constituição duas EEER na prestação direta de cuidados às pessoas. Este contexto caracteriza-se pela especificidade dos cuidados prestados serem dirigidos primordialmente a indivíduos com patologia do foro neurológico e ortopédico em fase de reabilitação.

Neste contexto, existe uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, que elabora programas de reabilitação atendendo às necessidades individuais de cada utente e família. Tendo estes programas o objectivo major de permitir à pessoa alvo de cuidados conquistas em termos do seu autocuidado e capacidade para a realização de AVD.

Este serviço dedica-se assim à prestação de cuidados direcionados para a reabilitação em adultos com patologias do foro neurológico ou ortopédico, utilizando um método de trabalho por enfermeiro responsável, que naquele contexto clínico em virtude da sua especificidade e abrangência, se torna o mais adequado à prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Sendo que, no processo de reabilitação onde o objectivo é melhorar a capacidade para o autocuidado e a autonomia da pessoa, o EEER integra uma equipa multidisciplinar que visa a projeção e avaliação do plano de cuidados que foi estruturado, reformulando o mesmo sempre que necessário em função dos resultados obtidos. Esta visão multidisciplinar só acarreta vantagens para a pessoa alvo de cuidados, uma vez que, permite promover um cuidado diversificado, em que todos os debates são centrados na melhoria do autocuidado de determinado individuo (Hesbeen, 2010).

Relativamente ao segundo e terceiro período de estágio, os mesmos foram direcionados para a vertente respiratória e realizados em contextos distintos (ambulatório: Departamento Reeducação Funcional Respiratória e internamento: Serviço de Pneumologia) da mesma instituição hospitalar, uma vez que, pela diversidade em termos de experiências que um e outro representaram, tornou-se possível um desenvolvimento de competências mais estruturado, completo e rico em todas as suas dimensões. Permitindo também por outro lado períodos de reflexão sobre as experiências em cada um dos contextos.

Relativamente ao contexto de ambulatório a equipa era constituída exclusivamente por EEER, onde um desempenhava exclusivamente papéis de chefia e os outros quatro dedicavam-se a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação. Sendo que, para além da prestação de cuidados às pessoas em ambulatório também se incluía na sua prática diária outra vertente, onde prestavam cuidados de enfermagem de reabilitação nos serviços de internamento do hospital que não possuíam EEER.

Por fim, no serviço de internamento onde estagiei existiam três EEER, sendo que um desempenhava papéis de chefia e os outros dois se encontravam na prática direta de cuidados.

Estes foram dois contextos que tinham uma grande proximidade entre si, uma vez que, encontram-se na mesma instituição hospitalar, abrangiam pessoas com patologias

do foro respiratório (DPOC, Asma, Neoplasia Pulmão, Bronquiectasias, Derrame Pleural, entre outras) e por vezes referenciam pessoas alvo de cuidados de um para o outro, sempre que existia a necessidade de continuidade de cuidados em ambulatório ou de internamento em virtude da agudização de uma doença crónica.

Em ambos os serviços existia sempre uma reunião prévia ao início da prestação de cuidados, sendo que nessas era discutido a distribuição das pessoas alvo de cuidados por EEER e o conhecimento prévio sobre cada situação clínica. Por outro lado, sempre que existia um novo internamento e antes da prestação de cuidados de reabilitação era sempre efectuado uma avaliação prévia da pessoa, através da observação do processo clínico e exames complementares de diagnóstico.

Da participação nas reuniões em ambos os contextos pude constatar como o EEER é um elemento fulcral na tomada de decisão sobre o plano terapêutico para cada pessoa e em como todos os elementos forneciam o seu *insight* sobre a situação no sentido de se obter uma excelência do cuidar. Sendo que, inicialmente neste processo adoptei uma postura mais de observador numa primeira fase que posteriormente progrediu para uma intervenção participativa.

Todo este percurso realizado sempre com o acompanhamento e aconselhamento da enfermeira e professora orientadora permitiu-me um processo de integração rápido (essencial em virtude dos curtos períodos de estágio), um aprofundar de conhecimentos, facilitou o planeamento de cuidados e uma promoção gradual da autonomia em termos da intervenção junto da pessoa alvo de cuidados. Por outro lado, promoveram-se reuniões informais frequentes com os elementos da equipa de saúde para discutir áreas da prestação de cuidados sobre as quais sentia necessidade de ter uma segunda opinião ou a opinião de alguém mais experiente.

Desta forma, penso que todo este percurso permitiu desenvolver a minha autonomia na prestação de cuidados, tomada de decisão, confiança, segurança e capacidade de liderança na prestação de cuidados enquanto futuro EEER.

Para desenvolver competências que possibilitem, **identificar as necessidades de autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, tendo em conta a sua singularidade, projeto de vida e opinião**, procurei tal descrito pela Ordem dos Enfermeiros, (2010) avaliar as necessidades de intervenção na área da

enfermagem de reabilitação em pessoas que não conseguem realizar as suas AVD, de forma independente, em resultado da evolução de um processo de doença de natureza permanente ou temporária.

Assim, baseado nos subsídios adquiridos na prática, penso concretamente que é fundamental como futuro EEER que todo o processo de cuidados implique uma construção clara de uma relação de ajuda, que permita à pessoa alvo de cuidados identificar-se connosco enquanto profissionais para permitir maximizar a obtenção de *outcomes*. Neste sentido, torna-se fundamental que consigamos compreender as necessidades individuais de quem é alvo dos nossos cuidados e em função dessa avaliação construir conjuntamente com o individuo os objectivos a atingir e os cuidados a desenvolver.

Este processo de avaliação acarretou diversas dificuldades numa fase inicial na sua concretização prática, mas com o apoio ao nível da orientação na prática e das orientações tutoriais realizadas, todo este processo foi-se tornando mais fácil e promotor da minha evolução.

O EEER deve ter a capacidade de integrar saberes de enfermagem e justificar todas as suas intervenções e comportamentos, fundamentando-os à luz do conhecimento adquirido. Sendo que, uma correta identificação das necessidades da pessoa alvo de cuidados além de promover uma adequada elaboração e personalização do plano de cuidados irá permitir a implementação de intervenções preventivas, de modo a assegurar que as pessoas mantêm as suas capacidades funcionais, evitar a instalação de novas incapacidades ou o agravamento das existentes, prevenir complicações e defender a qualidade de vida do outro.

Esta é uma das dimensões em que o EEER tem um papel preponderante em função da sua formação, uma vez que, a avaliação e identificação das necessidades da pessoa alvo de cuidados permite-lhe iniciar um processo de reabilitação precoce. É o EEER quem tem preparação e condições especiais para oportunamente identificar as necessidades e a real situação do utente nas diferentes AVD, tentando logo desde o início ganhar a confiança e o empenho da pessoa em todo este percurso de promoção do autocuidado.

Assim, realizei diariamente quando assumia a prestação de cuidados a uma pessoa com DPOC (ou outra patologia) uma avaliação inicial, onde integrei aspectos como a informação biográfica e história: da doença atual e pregressa, terapêutica, hábitos tabágicos, familiar e social, uma avaliação subjectiva (tosse, expectoração, dispneia e dor), uma avaliação objectiva (tórax, inspeção estática e dinâmica e auscultação pulmonar), estado nutricional, exames complementares de diagnóstico e informação sobre o domicílio. Tendo sempre o cuidado de consultar o processo clínico da pessoa com DPOC como complemento da avaliação inicial.

Fez também parte da minha prática diária a avaliação das limitações para a realização de AVD da pessoa com DPOC através da aplicação da escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) e a utilização da escala de avaliação da dispneia (escala de Borg). Onde através da aplicação destas escalas e do registo da evolução dos resultados das mesmas durante o programa de RR tornou-se possível demonstrar os subsídios que a prática enquanto EEER representa nos ganhos de capacidade para o autocuidado das pessoas com DPOC que foram alvo de cuidados.

Por exemplo, através da aplicação da LCADL junto de uma pessoa com DPOC que se encontrava internada por um quadro de DPOC Agudizada + Bronquiectasias, conseguiu-se comprovar que neste caso específico deste utente a intervenção enquanto EEER revelou uma melhoria na capacidade para o autocuidado em dimensões relacionadas com a sua higiene, lazer e atividade física. Por outro lado em aspectos relacionados com os cuidados no domicílio não revelou benefícios porque esta era uma dimensão que o utente não valorizada e onde não tinha intervenção direta.

Uma das dificuldades sentidas na aplicação da LCADL acabou por se relacionar com a compreensão da mesma pela pessoa alvo de cuidados. Neste sentido e para resolução desta dificuldade foi decidido proceder a avaliação da mesma sempre com o acompanhamento do EEER.

Por outro lado, é na interação diária com a pessoa e alvo de cuidados e sua família que se torna possível identificar fatores de risco, esclarecer dúvidas existentes, realizar uma adequada educação para a saúde e verdadeiramente dirigida às necessidades de ambos (pessoa e família), não só para que se mantenha um plano de reabilitação adequado no domicílio ou no encaminhamento para outra instituição, mas

também para que não exista um retrocesso em todo o percurso de promoção do autocuidado da pessoa alvo de cuidados.

Neste contexto, existiu sempre o cuidado de validar os conhecimentos que a pessoa com DPOC apresenta sobre a situação clínica, estágio da doença, implicações e cuidados a ter com a mesma. Centrando posteriormente neste conhecimento a construção da relação com o outro em termos de informação que se pretende transmitir, evitando o desperdício de tempo sobre temas que a pessoa já domina e o risco de esse facto reduzir o período temporal para a promoção de novas aprendizagens, resultante de internamentos cada vez mais curtos em termos temporais e das novas políticas para a saúde.

Finalmente, para desenvolver competências que visem, **prestar cuidados de enfermagem de reabilitação que capacitem a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica para o autocuidado, com rigor técnico e científico, garantindo a continuidade de cuidados**, procurei centrar-me na noção central que o papel de EEER acarreta, sendo papel desde conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados onde se projeta a qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade de pessoas com patologia que comprometam o seu autocuidado (OE, 2010).

Tenho claramente presente que um EEER deve abordar a pessoa alvo dos seus cuidados de uma forma holística, visando a melhoria do seu autocuidado e consequentemente da sua qualidade de vida, sempre considerando os seus limites e os impostos pela doença. A diferença que podemos concretizar na vida destas pessoas resulta de uma base de conhecimento teórico e de técnicas que nos garantem competência para representarmos realmente um elemento chave na melhoria do autocuidado e autonomia destas pessoas.

Estes factos encontram-se claramente decorrentes do enquadramento conceptual da OE, onde os cuidados de enfermagem constituem intervenções desenvolvidas em parceria com o utente para o ajudar no seu projeto de saúde, procurando ao longo do ciclo de vida promover a saúde, prevenir a doença e promover processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, com o intuito de obter a independência na realização de AVD. Neste sentido, enquanto EEER detemos

competências acrescidas e específicas que nos permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

Do meu percurso formativo enquanto EEER constato que possuímos um conhecimento aprofundado e competências especialmente vocacionadas para a recuperação funcional, motora, sensitiva, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Sendo que, na prestação de cuidados estas são dimensões que emergem quase automaticamente após a avaliação inicial da pessoa alvo de cuidados.

Na minha visão, torna-se claramente fulcral promover o autocuidado de uma pessoa com patologia do foro respiratório, neurológico ou ortopédico com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. No entanto, estes cuidados devem assentar numa base de respeito e confiança mútuos que permita promover ganhos em todo este percurso conjunto realizado entre o EEER e a pessoa alvo de cuidados.

Perante a problemática que a DPOC representa para a pessoa e as alterações que a mesma pode acarretar na capacidade para o seu autocuidado e consequentemente, no seu bem-estar, pensei ser uma dimensão extremamente importante de abordar na prática. Nunca desvalorizando todas as oportunidades de aprendizagem que surjam junto de pessoas com outras patologias do foro respiratório, neurológico ou ortopédico.

O EEER ao intervir para promover a capacidade de autocuidado do outro está claramente a desenvolver uma prática clínica que garante o respeito pela dignidade humana, liberdade de escolha enquanto agente das suas ações e a centralidade de cuidados, respeitando a individualidade humana (Firmino, 2004).

Para conseguir aplicar na prática todas estas dimensões acabei por utilizar dois recursos, centrei a minha intervenção no modelo teórico preconizado por Orem, onde o EEER atua como um facilitador da mudança, em que responder às limitações instaladas no outro em resultado de um qualquer processo patológico e às alterações daí decorrentes na capacidade para o autocuidado, agindo como um elemento que permita recuperar funcionalidades e desenvolver capacidades para que sejam capazes de cuidar de si mesmos.

O outro recurso utilizado centrou-se na adoção de um instrumento de recolha de dados, onde se torna-se fácil de identificar todas as necessidades em termos de autocuidado que a pessoa alvo de cuidados apresenta, aferindo daí as áreas a necessitar de intervenção por parte do EEER e a construção de planos de cuidados individualizados e com objectivos concretizáveis.

Durante a prestação de cuidados, deve-se ter sempre o cuidado de colocar na pessoa alvo de cuidados simples escolhas como a roupa que quer vestir ou a forma como quer realizar os cuidados de higiene, descrevendo sempre claramente os cuidados de enfermagem de reabilitação que se pretendem realizar, uma vez que, todo o processo de reabilitação é dinâmico e assente no apoio, compreensão e promoção do autocuidado do outro.

Inicialmente preocupei-me com a forma como devia construir uma relação terapêutica com a pessoa alvo dos meus cuidados, uma vez que, acabo por ser um “elemento estranho” que se predispõe a entrar na vida de alguém que já possui um grande conjunto de experiências e vivências e que pretende trabalhar com essa pessoa para melhorar o seu estado de saúde e a sua independência. Na minha opinião, por tudo o que a nossa intervenção representa e pressupõe torna-se fundamental que se construa uma relação terapêutica, visto que, a nossa atuação implica um trabalho de cooperação entre enfermeiro e utente no sentido da promoção da saúde e do autocuidado deste último.

Esta díade que se forma entre enfermeiro de reabilitação e pessoa alvo de cuidados fez-me também refletir sobre a importância que representa o estabelecimento de uma verdadeira relação de cooperação entre a pessoa que cuida e a que é cuidada para uma real obtenção de ganhos em saúde.

Senti claramente por todo este processo de construção de uma relação terapêutica entre mim, profissional de saúde, e as pessoas a quem prestei cuidados que a autonomia profissional e a autonomia da pessoa que recebe os cuidados encontram-se interligados, pois o profissional para prestar cuidados centra-se em promover, defender, preservar e respeitar a dignidade da pessoa (autonomia pessoal), e partindo desse fundo ético decorre a afirmação da sua própria autonomia.

Por tudo isto, penso que ao se projetar o processo de reabilitação é preciso ter como objetivo primordial a obtenção de qualidade de vida para o indivíduo alvo de

cuidados, sem nunca colocar em segundo plano o respeito pela forma como este define a sua vida, expressa a sua individualidade e as suas preferências.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa, fazem parte de um processo co-participativo e exigem uma postura ética com respeito pelas crenças e valores e o reconhecimento do outro enquanto detentor de direitos, responsabilidades mas também potencialidades. Sendo que, o envolvimento da família neste processo, transforma-o num processo compartilhado que atende de igual modo as necessidades da pessoa dependente e dos elementos da família, transformando-os também em alvo de cuidados.

Assim sendo, os profissionais de enfermagem, ao apresentarem um contacto diário e contínuo com a pessoa alvo de cuidados, desempenham um papel fundamental no exercício da autonomia da pessoa e na participação desta na tomada de decisão sobre as suas necessidades. Torna-se assim claro que poder escolher e decidir representam pontos essenciais neste contexto, nunca desvalorizando a importância de fornecer toda a informação necessária e de validar em todo o momento a compreensão da mesma.

Em resultado dos recursos disponíveis, em conjunto com o nutricionista do serviço elaboramos um plano nutricional para a pessoa com DPOC que ficou disponível nos serviços. Por outro lado tentei sempre na minha intervenção integrar estratégias de cessação tabágica junto da pessoa com DPOC que mantinha hábitos ativos. Implementei programas de reeducação funcional respiratória, que visaram, exercícios respiratórios, treino de músculos respiratórios, membros superiores e inferiores e técnicas de conservação de energia.

Nunca esquecendo a promoção da educação para a saúde junto da pessoa com DPOC, abrangendo medidas preventivas e terapêuticas que visavam, a autogestão da doença pelo próprio, a intervenção adequada a adoptar pelos familiares em cada momento, a gestão do regime terapêutico e execução das técnicas de terapêutica respiratória (oxigenoterapia, terapêutica inalatória e utilização de nebulizadores no domicílio) e a abordagem da sexualidade da pessoa com DPOC.

Por tudo o que foi explicitado anteriormente, é importante concluir dando relevo à forma como a autonomia da pessoa deve ser vista como um conceito chave para a

obtenção de cuidados verdadeiramente centrados no indivíduo, com todos os benefícios que daí podem advir em termos de independência e autonomia.

Logo nesta fase inicial do estágio, acabei por ter também a percepção da autonomia que possuímos enquanto enfermeiros de reabilitação para a prestação de cuidados. Sendo que, esta referida autonomia deve ser justificada com suporte em intervenções baseadas na evidência científica.

Por outro lado, a prestação de cuidados enquanto EEER deve implicar sempre muita dedicação e a definição de objetivos concretos e sistemáticos que não permitam a desmotivação da pessoa alvo de cuidados num percurso que por vezes se pode tornar longo em termos temporais e com diminutos resultados imediatos.

Neste contexto as pessoas alvo de cuidados aprendem técnicas úteis em termos de reeducação funcional respiratória, treino de membros superiores, mobilizações no leito, transferências, realização de AVD e a lidar com dificuldades que possivelmente vão encontrar no dia-a-dia.

Tive a oportunidade de utilizar o dispositivo *Cough Assist* em diversos utentes, sendo um dos que me mais marcou foi uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) no qual pela evolução da doença a tosse já não era eficaz e devido ao seu estado de debilidade não tolerava as técnicas de reeducação funcional respiratória. Assim, através deste dispositivo tornou-se possível ajudar a pessoa a desencadear a tosse e a mobilização de secreções que permitissem a sua eliminação. Sendo necessário para a eficácia deste processo realizar a aspiração de secreções para melhorar a sua ventilação.

Outra vertente utilizada nos serviços por onde realizei a minha prática clínica incluía a broncodilatação e a humidificação das secreções para facilitar a eliminação das mesmas, sendo este aspecto utilizado regularmente no contexto de ambulatório antes da sessão de reabilitação respiratória e de forma mesmo regular no contexto de internamento pela possibilidade de recorrer a outras estratégias como a hidratação oral e a terapêutica mucolítica.

Sendo a educação para a saúde o principal recurso para a transmissão de saberes, aquilo que se demonstra tem de ser enquadrado no contexto social e cultural da pessoa alvo de cuidados, uma vez que, a importância da nossa intervenção não se

esgota na promoção do autocuidado da pessoa, mas também na prevenção dos reinternamentos e possíveis consequências negativas do mesmo para o indivíduo.

Neste sentido, no planeamento para a alta que é uma intervenção extremamente importante junto da pessoa alvo de cuidados torna-se fundamental identificar, as necessidades afectadas e os problemas reais/potenciais, prever o grau de dependência à saída, promover a participação da família na prestação de cuidados, criar espaços para o dialogo, identificar recursos necessários e disponíveis para o período pós-alta, fornecer documentação escrita para consulta quando necessário, identificar barreiras existentes na habitação e sugerir adaptações e coordenar a intervenção com outros profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados.

Assim, podemos concluir que o EEER presta cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, otimizando e recuperando o mais rápido possível, a sua capacidade funcional, através das suas competências de carácter científico, técnico e humano, intervindo na prevenção primária, secundária e terciária (OE, 2005).

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

De forma a adquirir as competências do EEER enquadradas nas unidades de competência **B1**, **B2**, **B3** e **J2**, desenvolvi os seguintes objectivos específicos:

Quadro 2 – Domínio da Melhoria da Qualidade

Competências	Objectivos Específicos
<p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<p>- Elaborar planos de intervenção de enfermagem na área da reabilitação respiratória que visem a promoção do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir;</p> <p>- Implementar programas de intervenção junto da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico, tendo em conta a sua singularidade, projeto de vida e opinião na construção dos objectivos a atingir;</p>

De forma a atingir o objectivo, **elaborar planos de intervenção de enfermagem na área da reabilitação respiratória que visem a promoção do autocuidado da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir**, onde estes foram construídos com base em sólidos fundamentos teóricos e com uma clara aplicabilidade prática. Este aspecto torna-se central na intervenção enquanto EEER, pois tal como a OE perconiza, a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação engloba um elevado nível de conhecimentos e experiências acrescidas, que visam tomar decisões relativas à promoção de saúde, prevenindo complicações secundárias ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (2010).

Neste sentido, após uma pormenorizada recolha de dados sobre a pessoa alvo de cuidados, centrou-se o planeamento do programa de enfermagem de reabilitação tendo em conta a individualidade/singularidade de cada indivíduo e fatores relacionados com a doença, entre os quais, o estágio, fase de estabilização/agudização e patologias associadas.

Torna-se fulcral que estes planos de cuidados de enfermagem de reabilitação sejam claramente assentes nas reais necessidades da pessoa com DPOC, visando a promoção do seu autocuidado através da inclusão do problema detectado, objectivos graduais e bem estruturados e a avaliação dos resultados obtidos. Sendo este processo sempre mutável ao longo do tempo, reformulando e adaptando o mesmo sempre que necessário.

Assim, é essencial realizar uma avaliação e monitorização contínua do plano de intervenção, para garantir a excelência do cuidar enquanto futuro EEER.

Para complemento de todo este processo torna-se ainda fulcral que se incluam no plano de cuidados, dimensões educacionais, nutricionais, de treino de exercícios e de reeducação funcional respiratória porque tal como vivenciei na prática são estas que vão garantir uma melhor tolerância ao esforço e uma conseqüente melhoria para a capacidade de autocuidado da pessoa alvo de cuidados.

Neste sentido, recorrendo ao modelo teórico de Orem e aos seus requisitos universais de autocuidado consegui identificar quais os requisitos de autocuidado que se encontram ou não alterados em função do seu padrão habitual, qual o défice de

autocuidado que a pessoa apresentava e qual o sistema de enfermagem que teria de guiar a minha prática de cuidados.

Sendo que, das pessoas a quem foram prestados cuidados de reabilitação neste contexto, os requisitos que universais que mais encontrei alterados foram:

- **Manutenção de Inspiração de Ar Suficiente**, resultante da sua patologia respiratória e patologias associadas, realizou-se uma avaliação diária relativamente à presença de dispneia (através da aplicação diária da escala de *Borg*, antes e após a realização dos exercícios de reeducação funcional respiratória), queixas álgicas, expectoração, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão, frequência respiratória e características da mesma, auscultação pulmonar (antes e após o término da sessão) e avaliação radiologia através da radiografia de tórax ou outros exames complementares de diagnóstico. Promovendo a adopção de posicionamentos, a realização de exercícios que promovam o repouso e o relaxamento e a administração de analgesia previa caso seja necessário. Posteriormente foi também realizado ensino sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, implementados exercícios de reeducação diafragmáticos e costais, da terapêutica de posição e da drenagem postural quando a situação clínica o permitisse aplicar (por exemplo, derrame pleural). Promoveu-se períodos de levantar para o cadeirão, uma a duas vezes por turno e a realização de exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral bilateralmente.

Neste contexto de prática de cuidados, existiu sempre o cuidado de vigiar a frequência cardíaca, as saturações periféricas de O₂, a dispneia e a fadiga da pessoa alvo de cuidados, promovendo a administração de oxigénio sempre que necessário.

Tive a oportunidade de administrar e de realizar ensinamentos sobre a utilização da terapêutica inalatória e dos dispositivos de mobilização de secreções, tais como, o *Flutter*, *Acapella*, *Shaker* e *Threshold*.

Por outro lado realizei também ensinamentos sobre a tosse dirigida e assistida, instruindo sempre que necessário sobre o uso de manobras expiratórias (*Huff*), para facilitar a progressão das secreções. Tendo ainda implementado exercícios de correção da postura anti-álgica com recurso ao espelho quadriculado e introduzido o espirometro de incentivo sempre que considere os mesmos vantajosos para a pessoa alvo de cuidados e após justificação desta decisão junto da minha enfermeira orientadora.

- **Prevenção de Riscos à Vida Humana**, no sentido de promover a adesão terapêutica e a prevenção da recorrência de internamentos e de períodos de exacerbação da doença crónica. Sendo neste sentido fulcral, avaliar o conhecimento que a pessoa possui sobre a sua patologia, sintomatologia associada e terapêutica instituída, explicando a importância da mesma e da sua toma correta.

Tive a oportunidade por diversas vezes de validar a forma como as pessoas alvo de cuidados realizavam a terapêutica inalatória em ambulatório, corrigindo possíveis erros detectados. Por outro lado tive sempre o cuidado de identificar e corrigir a existência de expectativas não realistas relativamente à eficácia do tratamento.

Avaliei a possível existência de questões culturais ou financeiras associadas à não adesão terapêutica, identificando possíveis barreiras, tais como, aversão a toma de medicação, receio dos efeitos secundários, esquemas terapêuticos complicados ou tomas frequentes, reduzida compreensão dos objectivos da medicação ou esquecimentos.

Sendo que considero ter sido fundamental a repetição de exercícios sobre a toma da terapêutica inalatória até à obtenção de autonomia na realização da mesma, tendo o cuidado de rever sempre periodicamente possíveis erros de execução.

Finalmente tentei intervir também junto da equipa médica, estabelecendo um plano terapêutico que permita ajustar tanto quanto possível o número de fármacos e de doses prescritas por dia, adaptando o esquema terapêutico e de dosagem ao estilo de vida de pessoa alvo de cuidados, fornecendo sempre concomitantemente informação escrita.

Por outro lado, considero fundamental que em todas as nossas intervenções se tente incentivar a promoção da saúde do outro, principalmente em situações de doença crónica, através de uma vigilância médica periódica, cumprimento da terapêutica, vacinação, nutrição adequada e realização de exercícios gerais adequados à sua idade.

De forma a atingir o objectivo, **implementar programas de intervenção junto da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico, tendo em conta a sua singularidade, projeto de vida e opinião na construção dos objectivos a atingir,**

Considero ser fundamental em todo este percurso realizar uma avaliação inicial da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico, centrada na identificação de incapacidades existentes e necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação. Incluindo em todo este processo a identificação das condições habitacionais e do

ambiente envolvente do individuo, de modo a adequar a nossa intervenção e a direcionar os cuidados de reabilitação para a adaptação a esses contextos no domicílio.

Por outro lado, utilizei instrumentos de avaliação da pessoa com alterações sensório-motoras, através da aplicação da MIF (Medida de Independência Funcional), Índice de Barthel, escala de Braden, da escala de Lower (avalia a força muscular) e da escala modificada de Ashworth (avalia a espasticidade). Sendo que, para além da aplicação destas escalas também realizei diariamente uma avaliação do estado de consciência, orientação, atenção/concentração, sensibilidade, memória, linguagem e pares craneanos.

Neste contexto, elaborei planos de cuidados de enfermagem de reabilitação para a pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico, que respeitem a sua individualidade, necessidades e valores/crenças, adaptando-o ao longo do processo sempre que necessário e integrando a família em todo este percurso por todas as mais-valias que consegue trazer para o mesmo em termos de motivação, apoio e consequentes ganhos em saúde.

Um destes casos resultou da minha prestação de cuidados a uma utente que após um acidente sobre uma lesão vertebro-medular C5-C6 do qual resultou um quadro de tetraplegia espástica. Uma das dificuldades iniciais centrou-se na construção clara de uma relação terapêutica, em virtude deste diagnóstico se representar como muito recente. Neste sentido, para superar esta dificuldade e em virtude de se representar como um aspecto central para garantir reais *outcomes* em saúde, deu-se inicialmente um grande ênfase na compreensão das necessidades individuais de quem é alvo dos nossos cuidados e em função desta identificação promoveu-se conjuntamente com a pessoa os objectivos a atingir e os cuidados a desenvolver. Neste contexto, é essencial que a definição destes objectivos seja centrada em aspectos concretos, sistemáticos e construídos passo-a-passo para não permitir a desmotivação da pessoa num processo de promoção de autocuidado que se prevê longo e com diminutos resultados imediatos.

Outra das estratégias para promover esta relação terapêutica acabou por se centrar no cuidado em colocar claramente na pessoa alvo de cuidados a decisão sobre a sua higiene, vestuário e a explicitação clara dos cuidados enquanto EEER. Promovendo

numa primeira fase o apoio e a compreensão e numa segunda fase a capacidade para o autocuidado e conseqüentemente a autonomia.

Pude durante a minha prática clínica no estágio realizar cuidados de enfermagem de reabilitação junto de pessoas com lesão vertebro-medular, Acidente Vascular Cerebral ou em situações de pós-cirurgia ortopédica, citando só os exemplos mais frequentes com os quais tive contacto.

Neste sentido, recorrendo ao modelo teórico de Orem e aos seus requisitos universais de autocuidado consegui identificar quais os requisitos de autocuidado que se encontram ou não alterados em função do seu padrão habitual, qual o défice de autocuidado que a pessoa apresentava e qual o sistema de enfermagem que teria de guiar a minha prática de cuidados.

Sendo que, das pessoas a quem prestei cuidados de reabilitação neste contexto, os requisitos que universais que mais encontrei alterados foram:

- **Manutenção Ingestão Suficiente de Água e Comida**, pela alteração ao nível da mobilidade, onde foi necessário intervir de forma a garantir uma ingestão hídrica equilibrada e repartida ao longo do dia, consciencializando a pessoa e sua família para a importância de uma adequada ingestão hídrica na prevenção de complicações (função renal, intestinal e prevenção de úlceras de pressão). Disponibilizar água regularmente à pessoa alvo de cuidados durante a prestação dos mesmos, promover durante os períodos de repouso posicionamentos que facilitem a ingestão hídrica autónoma pelo individuo e evitar o consumo de bebidas gaseificadas. Integrando sempre nos ensinamentos relativos à ingestão hídrica componentes associados a eliminação vesical.

- **Promoção de Cuidados Associados ao Processo de Eliminação Vesical**, pelo compromisso da mesma em resultado da sua situação clínica, onde existiu o cuidado de construir conjuntamente com a pessoa um esquema para a ingestão hídrica, evitando o consumo de líquidos durante o período nocturno, dando informação à pessoa sobre as quantidades de água existente nos alimentos que ingere. Por outro lado oferecia regularmente dispositivos de eliminação (por exemplo, arrastadeira), implementando um horário para a utilização dos mesmos e a implementação de exercícios da musculatura pélvica (exercícios de Kegel). Tive ainda a atenção de realizar um registo diário sobre as características das micções, onde existia sempre

relevo para episódios de urgência urinária e intercorrências (por exemplo, perdas). Ajustando o horário construído sempre a estes episódios e com claro ênfase no reforço positivo sobre todos os progressos obtidos neste processo de reabilitação.

- **Promoção de Cuidados Associados aos Processos de Eliminação Intestinal**, também pelo compromisso da mesma em resultado da situação clínica, onde tive em conta no planeamento de um horário de eliminação intestinal os hábitos anteriores, o estilo de vida futuro e a promoção de um horário habitual. Tendo sempre em conta o reflexo gastro-cólico. Por outro lado, tentei promover junto da pessoa alvo de cuidados uma dieta equilibrada em termos nutricionais e rica em fibras, sendo esta componente sempre influenciada pelo contexto do serviço. Finalmente ofereci sempre regularmente dispositivos de eliminação, juntamente com a privacidade e um posicionamento adequado para o processo de eliminação intestinal. Sem nunca esquecer a importância de um registo completo de todos os episódios de eliminação e de perdas.

- **Manutenção de um Equilíbrio entre Atividade e Repouso**, devido às alterações do tônus muscular e mobilidade, onde coloquei na pessoa o papel de orientação dos cuidados de higiene, o que lhe permitia o controlo sobre esta AVD, incentivando sempre que possível para que fosse o próprio a preparar o seu material de higiene, tendo o cuidado de lembrar que deve ter os produtos de higiene necessários e todos com fácil acesso. Confirmava com a pessoa a temperatura da água, aplicando-a numa zona de sensibilidade mantida, garantindo sempre que a cadeira de duche está bem posicionada e travada para prevenir o risco de queda. Por outro lado aproveitava estes momentos para uma cuidadosa avaliação da integridade cutânea, ensinando a pessoa que poderia realizar posteriormente a sua autovigilância da superfície corporal com recurso a um espelho. Incentivei sempre que possível a pessoa alvo de cuidados a realizar os cuidados de higiene nas zonas em que tinha capacidade para tal, estimulando uma correta higiene oral e o uso de ajudas técnicas sempre que necessário. Terminando sempre com a aplicação de creme hidratante em toda a superfície corporal.

- **Promoção do Funcionamento e Desenvolvimento Humanos**, uma vez que contactei com diversas pessoas que passaram de uma situação de autonomia em todas as AVD para uma necessidade de ajuda total para se mobilizarem no leito, transferências, e nas actividades de vestir/despir, arrumar-se e mobilizar-se. Assim, resultante de todas estas dimensões que apresentavam défices de autocuidado,

informei a pessoa sobre as melhores características de vestuário (calças sem costuras nas zonas sobre as quais se fica sentado, meias sem costuras ou costuras finas, sapatos macios um ou dois números acima do habitual e o uso de camisas, pólos ou *t-shirt* largas que facilitem o treino), incentivando sempre a pessoa a realizar a sua escolha de roupa a vestir em cada dia. Por outro lado, implementei técnicas de vestir/despir a roupa e calçar/descalçar meias e sapatos. Recorrendo sempre que necessário a ajudas técnicas, a etapas de demonstração da forma como vestir/despir e a promoção de exercícios estimuladores da motricidade fina. Nunca esquecendo de dar à pessoa o tempo necessário para esta realizar todos estes momentos autonomamente no sentido de promover o seu autocuidado.

Por outro lado, existiu sempre o cuidado de explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e a forma como este iria decorrer, pedindo a colaboração da pessoa alvo de cuidados com o intuito de o responsabilizar pelo seu processo de reabilitação, formando uma díade com o EEER.

Implementei programas de mobilizações de todos os segmentos articulares, individualizado e adaptado, realizando mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas com resistência, em função da avaliação da força e tónus muscular. Neste contexto expliquei sempre a pessoa alvo de cuidados a importância de realizar os movimentos respeitando o alinhamento corporal e as amplitudes articulares máximas, integrando a família em todo este processo.

Tive também sempre o cuidado de cumprir os princípios gerais na mobilização da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico, a existência de um ambiente calmo, ciclos de 5 a 10 repetições, iniciando as mobilizações das articulações proximais para as distais, não ultrapassando o limiar de dor, amplitude articular e avaliando a fadiga regularmente.

Ainda neste contexto, realizei períodos de atividades terapêuticas no leito, centrada em exercícios de rolar e na ponte, treinos de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, treino de transferências cama-cadeira com recurso à tabua de transferência (explicando sempre a técnica a pessoa alvo de cuidados e sua família), exercícios em cadeira de rodas (inclinação lateral do tronco, exercício do avião e da flexão do tronco), promoção da mobilidade em cadeira de rodas e a realização de auto-mobilizações.

Em todo este processo procurei ainda junto da pessoa alvo de cuidados estimular a visualização atenta dos exercícios realizados e a reflexão sobre o movimento, de forma a integrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor. Procedendo sempre no final a realização dos registos das atividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da pessoa alvo de cuidados.

Para concluir tive ainda a oportunidade na prestação de cuidados a uma pessoa que tinha sido alvo de uma cirurgia ortopédica recente realizar treino postural junto ao espelho, treino de marcha e a utilização e programação da angulação do artromotor em função da evolução diária do indivíduo.

Após estes exercícios progredíamos sempre para o treino de equilíbrio e de marcha. Tendo sido utilizados vários auxiliares de marcha, canadianas e andarilho.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

De forma a adquirir as competências do EEER enquadradas nas unidades de competências **C1**, **C2** e **J3**, desenvolvi os seguintes objectivos específicos:

Quadro 3 – Domínio da Gestão de Cuidados

Competências	Objectivos Específicos
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	- Avaliar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;	- Avaliar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico;
J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;	

De forma a atingir os objectivos, **avaliar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/avaliar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico,**

Neste percurso existiu sempre uma avaliação da capacidade para a realização de AVD da pessoa com DPOC durante e após a implementação do programa de reabilitação respiratória, através da aplicação da escala LCADL e da escala de Borg. Realizando uma comparação dos resultados obtidos através da aplicação destas escalas.

Um dos aspectos que acabou por afetar estes resultados foi o facto de não ter sido possível prolongar alguns dos programas de reabilitação instituídos durante o período temporal necessário para a obtenção de ganhos em saúde, uma vez que, tal como é definido estes devem ter durações mínimas de 6 semanas. Este facto resultou da presença de altas após melhoria clínica da pessoa alvo de cuidados, pela curta duração dos estágios e pela dificuldade em realizar turnos consecutivos (apesar do esforço pessoal e da professora orientadora para que os mesmos fossem possíveis) para promover o contacto com esses indivíduos.

Em virtude da curta duração dos períodos de internamento, uma das principais dificuldades sentidas centrou-se na necessidade de promover uma adequada educação para a saúde, uma vez que a informação transmitida deve ser sempre integrada através de uma comunicação adequada no contexto da pessoa alvo de cuidados e sua família. Tal como já foi referido a prestação de cuidados enquanto EEER não se deve centrar apenas na melhoria da capacidade para o autocuidado do individuo mas também na prevenção dos reinternamentos através de uma adequada educação para a saúde (Simões & Grilo, 2012).

Para tentar superar esta dificuldade sentida durante o período de estágio foram desenvolvidas estratégias, tais como, a identificação dos problemas reais e potenciais da pessoa com DPOC, a promoção do dialogo com a família durante o período de visita com o objectivo de aproximar o cuidador profissional ao familiar, a identificação do potencial cuidador informal logo que possível durante o internamento, a promoção da colaboração do cuidador na prestação de cuidados sempre que possível, a identificação dos recursos e necessidades que aquela pessoa/família iriam apresentar no período pós-alta, a resposta a todas as duvidas existentes, o fornecimento de documentação escrita adequada a cada situação e um contacto telefónico sempre ao fim de 48 horas e posteriormente sempre que necessário após a alta para monitorizar e reavaliar os aspectos anteriores.

Torna-se claro que a avaliação que permite antecipar as intervenções pode representar a diferença entre uma situação de descompensação clínica da pessoa com DPOC por passar de uma situação de internamento onde existe monitorização e intervenção diária para um contexto de ambulatório ou o simples *burnout* do cuidador informal. Os EEER possuem assim competências que lhes permitem intervir na prevenção da instalação deste tipo de consequências (Simões & Grilo, 2012).

Durante todo o período de internamento foi também realizada uma monitorização contínua do programa de reabilitação respiratória, discutindo o mesmo com a enfermeira e a professora orientadora, com o objectivo de identificar áreas de possíveis melhorias do mesmo.

Neste sentido, através dos instrumentos disponíveis nos contextos clínicos, foram sempre realizados registos de enfermagem de reabilitação completos e fundamentados cientificamente, que permitam compreender a evolução da situação da pessoa com DPOC. Avaliando sempre os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados juntos da pessoa, tendo em vista a melhoria da sua capacidade para o autocuidado.

Através da continuidade dos cuidados prestados com o acompanhamento diário das pessoas a quem foram prestados cuidados, tornou-se possível monitorizar a evolução destas na sua capacidade para o autocuidado, definindo novas estratégias que nos permitissem avançar, em todo o processo de reabilitação, ajudando paralelamente no meu desenvolvimento enquanto futuro EEER.

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

De forma a adquirir as competências do EEER enquadradas nas unidades de competência **D1** e **D2**, desenvolvi os seguintes objectivos específicos:

Quadro 4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competências	Objectivos Específicos
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;	- Desenvolver o conhecimento teórico sobre a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e as estratégias/técnicas de reabilitação que visem a promoção do autocuidado; - Desenvolver o conhecimento teórico sobre a pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico e estratégias/técnicas de reabilitação específicas nesta área;

Finalmente para desenvolver competências que visem, **desenvolver o conhecimento teórico sobre a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e as estratégias/técnicas de reabilitação que visem a promoção do autocuidado/desenvolver o conhecimento teórico sobre a pessoa com patologia do foro neurológico/ortopédico e estratégias/técnicas de reabilitação específicas nesta área**, este foi um percurso realizado de uma forma continua e transversal a todo este período de formação e de desenvolvimento enquanto EEER.

Tornou-se claramente necessário para mim desenvolver momentos de pesquisa e de estudo sobre as patologias do foro respiratório, neurológico e ortopédico porque sendo a realidade dos meus estágios, representam patologias com as quais não tinha contacto diário, razão pela qual senti a necessidade de reforçar o meu conhecimento teórico. Esta necessidade surgiu porque penso que este aspecto acaba por ser um dos vetores fulcrais na melhoria da nossa prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, pelo conhecimento que nos traz pela situação clinica da pessoa alvo de cuidados, resultando deste aspecto uma abordagem sempre fundamentada de todas as nossas intervenções terapêuticas.

Por outro lado, existiu uma constante reflexão sobre a prática e sobre o meu desenvolvimento e dificuldades durante todo este percurso, assente em reflexões realizadas numa base semanal onde através da utilização do ciclo de Gibbs tomei consciência da aquisição de competências ao longo dos estágios, assim como, compreendi e discuti as dificuldades sentidas, de que forma estas me afectavam e a forma mais adequada de as minimizar ou quando possível colmatar.

Tenho a noção que a prática reflexiva e as orientações tutoriais realizadas, onde eram discutidos os planos de cuidados, reflexões sobre a prática e a minha prática clínica, obrigou-me a analisar as minhas intervenções, atitudes e comportamentos, auxiliando o meu crescimento profissional e o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação.

Durante todo este percurso penso ter sido essencial conseguir reconhecer os meus limites pessoais e profissionais, conhecer todos os aspectos em que tinha de progredir e crescer profissionalmente, sendo que, considero o apoio dado pelos orientadores da prática clínica e da professora nas orientações tutoriais dimensões centrais e essenciais no desenvolvimento das competências enquanto EEER.

Na base da intervenção do Enfermeiro, deve estar uma formação continuada, sistemática e dirigida para os seus interesses, ajudando a pensar e a repensar o saber ser e saber agir, aprendendo novas formas de gestão de cuidados centradas na pessoa, refletindo sobre os seus atos, sobre si próprio e a sua verdadeira posição perante o outro e o meio onde se insere (Hesbeen, 2010).

Realizou-se regularmente uma análise sobre as normas e protocolos existentes nos serviços onde foram desenvolvidos os estágios, integrando sempre esta dimensão na prestação de cuidados. Por outro lado, realizou-se também uma pesquisa complementar nas bases de dados sobre intervenções da promoção do autocuidado.

Durante este percurso considerei também a necessidade de intervir como formador em contexto de trabalho, pela vantagem que pode ser produzida por alguém externo ao contexto profissional onde se encontra a realizar o estágio, trazendo para a prática diferentes práticas e vivências da mesma. Nesse sentido apercebi durante os estágios que existiam necessidades de material relativamente à Ventilação Não Invasiva (Apêndice V), sendo todo o processo de construção deste documento discutido

diariamente com a enfermeira orientadora para garantir um documento o mais simples e adequado possível aquela realidade específica.

Considero importante desmistificar e incentivar uma permanente formação ao longo de toda a prática clínica, criando uma base sólida entre a prática de cuidados e a sua análise reflexiva. Sendo todas as dimensões de todo este percurso extremamente importante, uma vez que, da elaboração de planos de cuidados, reflexões semanais sobre a prática e reuniões conjuntas entre a tríade (aluno, enfermeira e professora orientadora) advêm contributos para o nosso crescimento enquanto futuro EEER e para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Assim, ao desenvolver as atividades descritas posso concluir que o objectivo de todo este percurso foi alcançado com êxito, assim como foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas do EEER exigidas pela Ordem dos Enfermeiros.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de reabilitação sempre me despertou grande interesse, dada a sua especificidade, tendo sido esta a principal razão pela decisão sobre o caminho a tomar no meu percurso profissional. Neste sentido, a elaboração deste relatório de estágio representa o último passo de todo este processo, uma vez que, permitiu-se através de um processo de descrição, análise e reflexão explicitar a obtenção das competências enquanto EEER realizada durante os estágios realizados no 3º semestre.

Todo o percurso desenvolvido durante este período, acompanhado pela orientação na prática e as experiências vividas contribuíram para a melhoria da minha intervenção junto da pessoa com limitações na sua capacidade para o autocuidado. Neste sentido, sinto-me agora preparado a nível teórico, técnico e prático para em conjunto com os indivíduos promover o seu autocuidado, autonomia nas AVD e reinserção a nível familiar e social.

A Especialização em Enfermagem de Reabilitação, é uma área bastante abrangente e de grande utilidade para os serviços de saúde, na medida em que compreende uma série de dimensões que podem determinar uma grande diferença ao nível da capacidade para o autocuidado de uma pessoa no momento da alta.

Ao olhar para todo este período temporal, fico com a perfeita noção que os ganhos e contributos para a minha formação e desenvolvimento de competências enquanto EEER foram imensos. Tive diversas oportunidades de aprendizagem, uma vez que, os 3 serviços onde realizei os estágios são serviços de referência na área da reabilitação em todas as suas dimensões (respiratória e motora), o que me permitiu ganhos diários na minha prestação de cuidados pela intervenção prática que me era exigida, sempre fundamentada através do conhecimento teórico.

Por outro lado, a possibilidade de realizar o estágio da vertente respiratória em 2 contextos diferentes, um de ambulatório e outro de internamento penso ser um claro ponto forte pela possibilidade de aprendizagem e de desenvolvimento que me permitiu através do contacto com duas realidades distintas e da intervenção junto de pessoas em períodos de agudização e de estabilidade da sua doença crónica.

Neste contexto, o único ponto menos positivo que posso citar foi a impossibilidade de conhecer também a realidade num contexto comunitário, uma vez que, a intervenção do EEER também aí é fulcral na promoção do autocuidado da pessoa. Assim, penso que teria sido claramente uma mais-valia na minha aprendizagem ter tido esta possibilidade.

O EEER na sua intervenção diária tem de ter o cuidado de avaliar concretamente quais as limitações, necessidades e potencial de autocuidado que a pessoa a quem presta cuidados apresenta, uma vez que, é este passo inicial que vai permitir uma adequada elaboração do plano de cuidados, centrada nos reais problemas do indivíduo, e posterior intervenção e avaliação do mesmo. Nunca esquecendo a importância de estabelecer objectivos graduais e atingíveis, as preferências do indivíduo e a importância que a integração da família em todo este processo representa para o sucesso do mesmo.

No caso da pessoa com DPOC, as sequelas decorrentes desta patologia são diversas e as suas manifestações geradoras de possíveis dificuldades para a realização do seu autocuidado e autonomia. Neste sentido, a intervenção do EEER com base no seu conhecimento teórico torna-se fundamental para promover esta capacidade de autocuidado em todas as suas dimensões descritas por Orem.

No entanto, nunca deve ser esquecido que o EEER trabalha inserido numa equipa multidisciplinar, onde se torna fulcral a discussão e elaboração de objectivos comuns para a obtenção da excelência do cuidar. Esta noção é explicitada por Hesbeen (2010, p. 63) ao afirmar que “o processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a profissão ou actividade, contribuem para a cultura de reabilitação, nas instituições ou serviços especializados.”

Não posso deixar de referir que foi um longo percurso, bastante exigente não só pelo facto de se tratar de uma especialidade, mas também porque conheci novas realidades e contextos, que exigiam uma adaptação rápida e eficiente, para conseguir desenvolver competências técnicas, humanas, científicas e relacionais, que me permitissem terminar cada prática clínica com distinção.

Para concluir este relatório, queria frisar que todo este percurso que aqui se culmina tratou-se de uma experiência enriquecedora no aspecto clínico, científico e acadêmico e também em ganhos pessoais e profissionais.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ APER (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Disponível em: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf.
- ❖ Areias, V., et al (2012). Evolução da capacidade funcional e estado de saúde dois anos após um programa de reabilitação respiratória. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 18 (5). 217-225.
- ❖ Bauldoff, G. (2009). When breathing is a burden: how to help patients with COPD. *American Nurse Today*. 4 (9). 17-23.
- ❖ Branco, P., et al (2012) *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Medesign;
- ❖ Cardoso, J., et al (2013) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em Portugal: estudo Pneumobil (1995) e estudo de prevalência de 2002 revisitados. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 19 (3). 88-95.
- ❖ Carreiro, A., Santos, J., Rodrigues, F. (2013). Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 19 (3). 106-113.
- ❖ Cechetti, F., Simioni, F., Schmitt, G. (2012). A Influência da Fadiga e da Dispneia nas Atividades de Vida Diária de Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: O Papel da Reabilitação Pulmonar. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 10 (34). 32-40.
- ❖ Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- ❖ Direcção-Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas Sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Circular Normativa)*. Lisboa: DGS.

- ❖ Doram, D. (2011). *Nursing outcomes: the state of the science* (2ª ed.). Toronto: Jones and Bartlett Learning.

- ❖ Firmino, F. (2004). Autonomia e Respeito. In Neves, e Pacheco, S. (Coord.) *Para uma ética de enfermagem: Desafios*. 237-262. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- ❖ Fernandes, A. (2009). Reabilitação Respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. 1 (1) 71-78.

- ❖ Foster, P., Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In George, J. e colaboradores (autores) *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 83-101). Porto Alegre: Artmed Editora.

- ❖ Gardenghi, G., Santos, M., Galano, S., Giachini, F. (2009) Reabilitação pulmonar na doença pulmonar obstrutiva crónica. *Integração*. XV (58) 263-269.

- ❖ GOLD (2013). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Updated 2013*. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/guidelines-resources.html>.

- ❖ Gronkiewicz, C., Coover, L. (2011) Reabilitação Respiratória e Pulmonar. In Hoeman, S. (autor) *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.

- ❖ Hesbeen, W. (2010) *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.

- ❖ Holland, A., Hill, C. (2011) New horizons for pulmonary rehabilitation. *Physical Therapy Reviews*. 16 (1) 3-9.

- ❖ Laizo, A. (2009). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Uma Revisão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XV (6). 1157-1166.

- ❖ Leite, E., Malpique, M., Santos, M. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª edição. Porto: Edições Afrontamento.

- ❖ Lutz, B., Davis, S. (2011) Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman, S. (autor) *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.

- ❖ Magalhães, M. (2009). O Processo de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deficiência Ventilatória Crónica – DPOC: Da Evidência Científica à Mudança das Práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*. 20. 26-39.

- ❖ Nici, L. et al (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 173. 1390-1413.

- ❖ Pamplona, P., Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XIII (1) 101-128.

- ❖ Pitta, F. et al (2008). Validação da versão em Português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XIV (1) 27-47.

- ❖ Ries, A. et al (2005) The Effects of Pulmonary Rehabilitation in the National Emphysema Treatment Trial. *Chest*. 128 (6) 3799-3809.

- ❖ Rucker, G., Young, J., Simpson, A. (2009). Advanced chronic obstructive pulmonary disease: more than a lung disease. *Progress in Palliative Care*. 17 (3) 117-125.

- ❖ Rodrigues, F. (2010). Importância de factores extrapulmonares – depressão, fraqueza muscular, qualidade de vida – na evolução da DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5) 709-715.

- ❖ Simões, S., Grilo, E. (2012). Cuidados e Cuidadores: O Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Alta do Doente Pós Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 31. 18-23.

- ❖ ONDR (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias – A Sociedade, o Cidadão e as Doenças Respiratórias*. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf.

- ❖ ONDR (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias – Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf.

- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2005). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. (Aprovado por unanimidade em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ❖ Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6ª ed., St. Louis: Mosby.

- ❖ Orem, D., Taylor, S. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the Foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*. 24 (1). 35-41.

- ❖ Norweg, A., Bose, P., Snow, G., Berkowitz, M. (2008). A pilot study of a pulmonary rehabilitation programme evaluated by four adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Occupational Therapy International*. 15 (2) 114-132.

- ❖ Van Zeller, M., et al (2012). Avaliação de eficácia de Sessões de Educação a doentes com Asma e DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 18 (1). 29-33.