

Investigação em Enfermagem de Reabilitação

UM NOVO CONHECIMENTO PARA GUIAR A PRÁTICA DE CUIDADOS

ORGANIZADORES:

Bárbara Gomes; Maria do Carmo Rocha
Maria Manuela Martins; Maria Narcisa Gonçalves

Ficha técnica

TÍTULO

**Investigação em Enfermagem de Reabilitação:
um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**

ORGANIZADORES

**Bárbara Gomes; Maria do Carmo Rocha; Maria Manuela Martins;
Maria Narcisa Gonçalves**

EDIÇÃO

**Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto**

Design e paginação: GDIAP-ESEP

ISBN

978-989-98443-1-5

2014

Índice

<p>› Apresentação</p> <p><i>Bárbara Gomes</i></p>	4
<p>› Aprendizagem de capacidades na gestão do risco de infeção da pessoa transplantada de progenitores hematopoiéticos</p> <p><i>Maria Manuela Babo</i></p>	6
<p>› Qualidade e a enfermagem de reabilitação em unidades de internamento</p> <p><i>José Augusto Pereira Gomes; Maria Manuela Martins; Maria Narcisa da Costa Gonçalves</i></p>	14
<p>› Validação do questionário clínico para a doença pulmonar obstrutiva crónica (CCQ) para a língua portuguesa</p> <p><i>Liliana Silva</i></p>	22
<p>› Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira</p> <p><i>Soraia Dornelles Schoeller, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Flávia Regina de Souza Ramos, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Maria Teresa Leopardi, Alacoque Lorenzini</i></p>	36
<p>› Doente submetido a amputação do membro inferior – o enfermeiro de reabilitação no processo de transição</p> <p><i>Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira</i></p>	46
<p>› Dados valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC</p> <p><i>Rui Pedro Marques da Silva; Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes; José Miguel dos Santos Castro Padilha</i></p>	54
<p>› Papel/ competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos</p> <p><i>José Alberto Teixeira Pires Pereira</i></p>	64
<p>› Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários</p> <p><i>Fernando João Alves</i></p>	73

Apresentação

Bárbara Gomes

Escola Superior de Enfermagem do Porto (bgomes@esenf.pt)

O e-book que se apresenta é o resultado de uma trajetória académica de um conjunto de profissionais, que apostaram no desenvolvimento do conhecimento ao frequentarem o curso de mestrado em enfermagem de reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Nesta instituição onde se pretende aprender Enfermagem e a construir Enfermagem, temos que indubitavelmente apostar na transferibilidade do conhecimento. Neste âmbito foi realizada a Conferência- “Investigação em Enfermagem de Reabilitação - Um Novo Conhecimento para Guiar a Prática de Cuidados”. Decorrente deste evento, e na prossecução da partilha como meio essencial à difusão do conhecimento, no sentido de promover melhores práticas, foram apresentados vários trabalhos cujo enfoque é a enfermagem de reabilitação quer nos cuidados diferenciados quer nos cuidados de saúde primários.

A investigação é o motor impulsor de qualquer profissão, pelo que é através desta via que os profissionais de enfermagem na área de reabilitação poderão demonstrar o seu contributo

específico e insubstituível para ganhos em saúde na discussão da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente, determinar as diretivas e condições para os serviços de enfermagem alcançarem os padrões da qualidade.

Ao analisarmos os vários estudos apresentados neste evento, deparamo-nos com a multiplicidade de áreas, de focos de atenção no âmbito da enfermagem de reabilitação: a família também como alvo de atenção, quando um dos seus elementos necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação; a pessoa dependente quer no âmbito dos cuidados de saúde primários quer no meio hospitalar e a necessidade de promover a autonomia/ independência possível nas atividades do autocuidado; a aprendizagem de capacidades na gestão do risco de infeção da pessoa transplantada de progenitores hematopoiéticos; a adaptação de instrumentos que permitam monitorizar o estado de saúde (CCQ) e bem-estar dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica; o enfermeiro de reabilitação na transição do doente submetido a amputação do membro; a enfermagem de reabilitação no âmbito

dos cuidados intensivos; dados valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesioterapia respiratória na pessoa com DPOC.

No sentido de se alargar o olhar sobre esta área de enfermagem, do outro lado do oceano (Brasil) partilhou-se a experiência da investigação em enfermagem desenvolvida no âmbito da compreensão/ respostas da pessoa portadora da deficiência física.

Resultados

Passando para uma leitura dos resultados destas investigações aqui apresentadas podemos retirar algumas conclusões, nomeadamente:

- A prática dos enfermeiros de reabilitação é um contributo significativo para potenciar a autonomia/ independência do utente;
- É importante a diferenciação dos seus conhecimentos e atributos técnicos, que ajudam na definição de programas adequados à especificidade de cada cliente. Equaciona-se a adequabilidade de estratégias, na promoção do autocuidado e autocontrolo, numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família;
- Emerge também dos resultados de investigação, a necessidade de monitorizar os cuidados na vertente estrutura, processo e resultados. No âmbito dos resultados, a monitorização da situação clínica através de instrumentos fiáveis é uma estratégia que deve ser incorporada

na prática clínica, pois tal estratégia contribui para uma prática baseada nas evidências científicas;

- Os resultados da investigação desenvolvida, também enfocam a intervenção dos enfermeiros de reabilitação na comunidade. Neste contexto o cliente e família são integrados no processo de decisão, onde a negociação dos cuidados e a partilha de responsabilidades se tornam realidades emergentes;

Podemos sublinhar em notas conclusivas que os vários estudos identificam vários aspetos alterados na condição de saúde da pessoa dependente no domicílio, o que evidencia a necessidade de profissionais especializados também na comunidade.

Estamos conscientes que o caminho da construção científica da disciplina de enfermagem é longo, pelo que o caminho se faz caminhando.... Há que criar/ consolidar sinergias entre a formação e o mundo do trabalho, para que se prossiga o caminho da melhoria continua nas respostas às necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem. Há que prosseguir uma cultura investigativa que norteie uma prática sustentada nas evidências científicas, e também através da investigação consolidar o contributo específico de enfermagem nos ganhos em saúde!

Assim, na senda de um caminho já anteriormente iniciado a ESEP propõe-se partilhar o conhecimento através de mais um eBook. Na humildade dessa partilha há o ensejo de construirmos mais e melhor enfermagem!

Aprendizagem de capacidades na gestão do risco de infeção da pessoa transplantada de progenitores hematopoiéticos

Maria Manuela Babo

*Serviço de Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português de Oncologia do Porto
(babomanuela@gmail.com)*

Resumo

Este estudo, de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, visou entender como decorreu a aprendizagem e desenvolvimento de capacidades (AC), para a gestão do risco de infeção pós transplante, nos doentes transplantados de progenitores hematopoiéticos (TPH). Da população transplantada nessa unidade, obteve-se uma amostra de 12 pessoas que aceitaram participar e reuniram os critérios de amostragem, colhendo-se os dados por entrevista em dois momentos, na unidade de transplante e posteriormente no domicílio das pessoas, 15 dias após a alta. Os resultados revelaram a necessidade de acrescentar e desenvolver alguns assuntos nos processos de informar e de instruir nomeadamente sobre a alimentação, a toma da medicação e atividade social. Identificaram-se fato-

res que podem condicionar a aprendizagem e devem ser tidos em conta aquando dos processos de informar e instruir. Constatou-se a necessidade de mais formação dos profissionais de modo a utilizarem todos a mesma linguagem e a melhorarem os processos de instruir. Sugerem-se novas estratégias para partilha de experiências, comunhão de responsabilidades de modo a aprimorar a aprendizagem e sobretudo a capacitação dos doentes e família. Foi nossa intenção promover o conhecimento sobre a AC para a gestão do risco de infeção enquanto foco de atenção da prática de enfermagem, e por outro, contribuir para a melhoria da formação dos enfermeiros, e, por consequência, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem através da construção de um roteiro de aspetos a atender no desenvolvimento de capacidades nestes doentes.

Palavras-chave: enfermagem, transplante de progenitores hematopoiéticos, aprendizagem de capacidades, risco de infecção.

Abstract

This investigation, based on a study of a qualitative nature, aims to understand how is the learning of skills, for the management of the risk of infection, in people with transplantation of hematopoietic progenitors. With an exploratory and descriptive feature, used a sample of 12 people with THP, in the service the transplant of hematopoietic progenitors (STMO). The picking of data was carried out by semi-structured interview from January to July 2011, STMO and domicile people, 15 days after discharge. The analysis of content showed that the participants had received information of care after discharge and had developed capabilities for the management of the risk of infection. We realized however that the information about food, medication and social activity, should be further developed. There are factors that can affect the learning process and should be taken into account during the processes of inform and instruct. It was found that should be given more training for professionals in order to use all the same language and improve the processes of instructing. There have been made suggestions of new dynamics for sharing of experiences, communion of responsibilities to improve the learning. It was our intention to promote

the knowledge about the learning of skills for the management of the risk of infection, and on the other hand, contribute to the improvement of the training of nurses, and, consequently, to improve the quality of nursing care through a list of aspects to take into account in the development of capabilities in this kind of people.

Keywords: nursing, transplant of hematopoietic progenitors, learning of skills, risk of infection

Introdução

A TPH é um tipo de transplante de órgão indicado principalmente para o tratamento de doenças que comprometem o funcionamento da medula óssea (MO), como doenças hematológicas, onco-hematológicas, oncológicas, imunodeficiências, doenças genéticas e hereditárias e em doenças autoimunes. Pela sua indicação em várias patologias, modificou significativamente o prognóstico de algumas doenças que, até alguns anos atrás, eram fatais, (Pasquini, 2001).

O transplante de PH inicia um conjunto de cuidados normalizados que constituem suporte e complemento de um longo processo terapêutico, desgastante para a pessoa do ponto de vista psicológico, debilitante do sistema imunitário ocasionando a suscetibilidade para a infecção. O conjunto de cuidados necessários para o sucesso deste tratamento são muitos e devem ser

cumpridos com a exigência necessária de modo a não colocar em risco todo o tratamento e a vida do doente (Brune, EBMT, 2010).

Esforços no sentido de diminuir o risco de infecção incluem normas rígidas de controlo de infecção. As pessoas são hospitalizadas em unidades de isolamento em quarto com fluxo de ar laminar, porque necessitam de um ar renovável e isento de microrganismos. As culturas de vigilância são essenciais para detetar aquisição de germes resistentes e possibilitar ajustes na profilaxia com antibióticos.

O TPH pressupõe modificações de hábitos alimentares, higiene, ambiente, convívio social e medidas de isolamento, de forma a reduzir ao máximo as infeções (Lacerda et al, 2007). Pressupõe cuidados de uma equipe multidisciplinar altamente treinada, com o objetivo de reduzir o risco de infeções e de outras complicações.

Porém a recuperação das defesas do hospedeiro representa um dos fatores mais importantes para o sucesso do tratamento das infeções. O investimento na informação e desenvolvimento de habilidades na pessoa também é fundamental para a gestão do risco da infecção, nomeadamente no período de ambulatório, no regresso ao domicílio.

A alta hospitalar ocorre geralmente, entre a quarta e sexta semana após a infusão do transplante, período de “pega” de medula, porém a recuperação total é lenta e pode demorar de seis a doze meses.

As complicações pós-transplante são frequentes, ainda no internamento e nos anos posteriores ao tratamento inicial. O acompanhamento rigoroso permite que muitas dessas alterações sejam detetadas precocemente e tratadas de forma adequada e eficaz (Tabak, 1991, Saboya, 1998 e Dullely, 2000).

A aprendizagem de capacidades inerentes à gestão do risco de infecção caracteriza-se pela aquisição de conhecimentos com significado para o próprio, na aquisição do domínio de atividades práticas, associadas a treino, prática e exercício.

Partimos para este estudo com o objetivo de compreender os processos subjacentes ao desenvolvimento das suas capacidades para a gestão do risco da infecção.

Na defesa de princípios éticos inerentes ao processo de investigar garantimos o respeito pelos princípios universais da ética, nomeadamente a confidencialidade ao longo do nosso percurso investigativo e durante todas as fases do processo assim como informamos os participantes da possibilidade de poderem suspender a sua colaboração no projeto a qualquer momento.

Metodologia

A compreensão do objeto em estudo (aprendizagem de capacidades para gerir o risco de infecção pós TPH), orientou-nos para a utilização de um

paradigma qualitativo, de caráter exploratório e descritivo e recurso a entrevista. O estudo foi realizado com pessoas TPH, do STMO, o qual funciona no IPO Porto, no 11º piso do edifício A, de janeiro a julho de 2011, introduzindo-se dois momentos de colheita de dados por entrevista, um antes da alta e outro após a alta, na residência da própria pessoa. Destes doentes obtivemos 12 participantes, com mais de 18 anos, pós transplante, fase de planeamento de alta e que aceitassem participar no estudo e responder a duas entrevistas.

Para a análise de dados utilizamos a análise de conteúdo de acordo com a técnica de análise teorizada por Laurence Bardin. Utilizamos a análise categorial, agrupando o discurso dos participantes em categorias e unidades de registo, segundo critérios e agregados de acordo com as semelhanças e diferenças encontradas, procedendo-se à categorização em categorias temáticas emergentes.

**Após a alta (...) 100% dos
participantes tiveram
de fazer alterações/
mudanças no seu
domicílio para diminuir os
riscos de infeção (...)**

Resultados

Sobre os processos de informar (92%) dos participantes receberam uma informação geral sobre a necessidade de ter uma boa higiene pessoal, cuidados com a sua alimentação que deveria ser fresca e incidir sobre alimentos naturais. O seu “ambiente” deveria estar cuidado relativamente à limpeza, ter cuidado com animais que deveriam estar desparasitados e vacinados, e ainda com as plantas, cuja presença poderia constituir um risco de infeção. Sabem que devem lavar as mãos com frequência e que tem períodos, que não devem receber muitas visitas. As crianças são um foco de infeção, dado que desenvolvem viroses e portanto podem contaminar a pessoa transplantada.

Da informação transmitida constam as complicações decorrentes do tratamento. Todos os participantes (100%) sabem que pode surgir febre, tosse diarreia e hemorragia e infeções de várias espécies. Foi interessante perceber que as infeções do tipo, infeções da boca, pulmões, CVC, ou até as diarreias foram identificadas, não por todos, mas associadas aos participantes, que no decorrer do seu internamento tinha já experienciado uma destas complicações.

De forma geral existiram vários momentos de informação que decorreram sob a forma de “folhetos informativos” indicando as complicações possíveis, sendo que na generalidade os participantes disseram que a informação sobre o risco de infeção foi efetuada

imediatamente antes do transplante e antes da alta, sobretudo nestas duas fases do internamento.

Pelo discurso dos participantes e sobre os processos de instruir, (100%) referem-se às instruções em caso de infeção, sobre como atuar, sendo que em relação à higiene (50%) referiram terem sido ensinados sobre os cuidados com a higiene do ambiente, dos alimentos e pessoal, (42%) com a higiene pessoal e (8%) com a lavagem das mãos. Em relação à alimentação (50%) referem-se aos cuidados com a alimentação, sua preparação, conservação e uso de alimentos frescos. Quanto ao ambiente (42%) referiram-se ao risco de infeção decorrente do contato com os animais e plantas e (17%) do risco decorrente do contato com crianças ou pessoas doentes. (25%) referiram-se ao cuidado com a dose e horário da toma da terapêutica medicamentosa. (83%) relataram as medidas que implementaram na sua casa e nas suas vidas de acordo com a interpretação da informação e instrução transmitida pelos enfermeiros, ou seja (25%) verbalizaram que tiveram outros cuidados com a higiene pessoal, alimentação e terapêutica, (17%) maior cuidado no contato com os outros, (17%) mais cuidados com a boca, mãos e visitas, (17%) cumpriram os cuidados, ficaram longe dos animais sem vida social, isolaram-se por completo. Consciencializaram-se que esses cuidados seriam essenciais para evitar infeções e complicações, no entanto consideraram que estes aspetos representaram mudanças significativas nas suas vidas pessoais.

No que concerne às capacidades desenvolvidas, (100%) consideraram terem sido capazes de dar resposta à situação.

Destes (83%) disseram que avaliaram a temperatura corporal à tarde e à noite, controlaram a temperatura e tomaram os comprimidos de ben-u-ron®, (25%) referem ter usado a máscara para se protegerem no contato com outras pessoas, dado o medo de adquirir uma infeção. Ainda (100%) verbalizaram terem sido informados sobre os cuidados após o transplante e sentiram ficar com alguma capacidade para cuidar de si próprio e fazerem as suas próprias vigilâncias. No entanto (58%) verbalizaram sentir medo e insegurança e nalgumas situações terem de contactar com o serviço em busca de ajuda para esclarecimento de dúvidas e redução da ansiedade.

Da análise das ocorrências verificadas após a alta, concluímos que (100%) dos participantes tiveram de fazer alterações/mudanças no seu domicílio para diminuir os riscos de infeção inerentes ao tratamento efetuado, de acordo com a instrução recebida.

Em relação às complicações (58%) dos participantes apresentaram sintomas pós alta no domicílio, sendo a febre a mais prevalente (50%), pelo que 50% decidiram recorrer a um profissional de saúde médico e ou enfermeiro tendo realizado meios complementares de diagnóstico. Destes, (25%) ficaram internados durante uma semana.

Dados idênticos são corroborados por outros estudos, designadamente as alterações efetuadas no domicílio de modo a manter um ambiente limpo, higienizado, imunoprotetor. Nesta fase pós-transplante imediato, os doentes apresentam complicações, nomeadamente infeções, pelo que frequentemente têm de ser internados para realizar terapêutica antimicrobiana por via endovenosa. Dados idênticos foram encontrados nos por Nucci e Maiolino, (2000); Ortega et al, (2004); Brunstein e Bittencourt, (2008); Chawia, (2009). As capacidades desenvolvidas são sem dúvida um avanço para que possam decidir o que fazer.

A aprendizagem de capacidades está associada ao desenvolvimento de um conjunto de processos interativos: informar, instruir, interpretar e treinar.

Sobre os processos de instruir, os resultados tornaram evidente que os participantes sentiram dificuldades na compreensão dos cuidados a ter para a gestão do risco de infeção, nos cuidados com a preparação da alimentação, com a medicação, com o ambiente e no cumprimento das regras. Apesar de saberem da importância e rigor dos cuidados, a chegada a casa tornou a situação mais complicada. São referidas dificuldades na adaptação aos cuidados pelas suas particularidades e mudança de ambiente hospitalar para o ambiente das suas casas onde os equipamentos e materiais são diferentes. O fato de não terem o apoio da equipa e terem de depender de outros para a satisfação

das suas necessidades e reorganização da sua vida familiar. A mudança de “ambiente” foi sentido como uma dificuldade na aplicação de “instruções” pensadas como saberes adquiridos. Estavam conscientes de que a presença do cuidador informal ou de referente direto ajudaria nesta fase da sua vida, pelas limitações impostas pela recuperação hematopoiética e que iria ajudar a adaptar e a resolver as situações.

Em relação à terapêutica, referem o medo de se enganar, pois a terapêutica é muita. Referiram a importância e o rigor no cumprimento das doses e do horário da terapêutica. A terapêutica que as pessoas fazem nesta fase, além de ser variada, a dosagem é alterada com frequência, em virtude dos doseamentos dos fármacos que se fazem regularmente, para não comprometer os órgãos vitais.

Os resultados desta investigação favorecem a ideia de que a aprendizagem de capacidades decorre de um processo longo de interpretação da informação dada pelos profissionais aos doentes e do treino efetuado em colaboração com a família. Existem no entanto outros fatores que influenciam e condicionam as aprendizagens e que precisam ser tomados em consideração neste processo, nomeadamente a condição de saúde (força e potencial para aprender), a disposição para ouvir e treinar, a idade da pessoa, o grau de instrução, a motivação para ouvir e treinar, o plano de informação, a linguagem usada pelos profissionais, a estrutura da in-

formação. Os participantes atribuíram especial significado à linguagem e à disponibilidade dos enfermeiros neste processo

As pessoas submetidas a transplantação de progenitores hematopoiéticos desenvolvem as suas capacidades, através da informação e apoio que recebem dos profissionais, através da prática de situações que simulem as capacidades necessárias para a gestão do problema. A família foi apontada como um recurso fundamental nestes processos como uma forma de “lembrar” e certificar as informações recebidas.

Tornou-se evidente que a aprendizagem de capacidades para gestão do risco de infeção, nem sempre ocorre da melhor forma, pelo que se impõe uma mudança na preparação para a alta. Primeiro compreender os diferentes processos e intervenções: informar, instruir, interpretar e treinar.

Traçar roteiro standard para cada uma em função dos resultados a obter, contemplando fatores identificados e que condicionam o desenvolvimento das capacidades e a sua aquisição.

A aplicação dos resultados deste estudo visa a construção de um plano standard de capacitação dos doentes transplantados para a gestão do risco de infeção através de um plano de atuação (tipo roteiro), escrito, e plano formativo para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros neste serviço.

Bibliografia

Anders, C. et al. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na QV de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12 (2004), p. 866-874.

APER (2010). Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação – *Contributos Para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Consult. 20 Abril 2011].

ASST (2010). *Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação – Relatório Estatístico*. Lisboa: ASST.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. 3.^aEd. Lisboa: Edições 70.

Brune, W. (2010). *Transplante de medula óssea autogénico em crianças e adolescentes: informações para pacientes e familiares*. 2010. Trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem. Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Brunstein, C.; Bittencourt, H. (2008). Transplante de células do tronco-hematopoiéticas. In: Guimarães, J.; Rosa, D. – *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed. p. 91-101.

Chawia, R. (2009). *As infeções após transplante de medula óssea* [Em linha]. Recuperado em 6 de Dezembro de 2009.

CIPE (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: Versão 1.0. Lisboa: OE.

- Dulley, F. (2000). *Bussulfano e ciclofosfamida como condicionamento para o transplante de medula óssea da anemia aplásica grave*. São Paulo: Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo.
- EBMT (2010). *European Group for Blood and Marrow Transplantation Annual Report*. S.l.: EBMT.
- Hesbeen, W (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W (2003). *A reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Lacerda, A. et al (2010). Aplicação da teoria de Dorothea Orem na prática hospitalar: desafios e perspectivas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. B2.
- Meleis, A. et al (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. Vol. 23, nº1, p. 12-28.
- Nucci, M.; Maiolino, A. (2000). *Infecções em transplante de medula óssea*. Medicina. Ribeirão Preto, nº33 (Jul./Set. 2000), p. 278-293.
- Oordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa:OE.
- Ortega, E. et al (2004). *Compêndio de enfermagem em transplante de células tronco hematopoiéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e complicações*. 1.^a Ed. Curitiba (PR): Editora Maio.
- Padilha, J. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa – conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Porto: ICBAS - UP. Tese de Mestrado.
- Pasquino, R. (2001). *Fundamentos e biologia do transplante de células hematopoiéticas*. In: Pasquino, R. [et al]. *Hematologia Fundamentos e prática*. Ed. Atheneu, 1^a Ed. Cap. 81, p. 913.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau, 2007.
- Pinto, C. (1988). *Empowerment, uma Prática de Serviço Social*, In: Barata, O (coord), *Política Social – Lisboa: ISCSP*.
- Saboya, R. (1998). *Infecções bacterianas e fúngicas no transplante de medula óssea – análise de 186 pacientes*. Tese de doutoramento. S. Paulo: Faculdade de Medicina – Universidade de S. Paulo.
- Saboya, R. et al (2010). Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. Vol.32, p. 13-15.
- Scaider, T. (2008). Ética e pesquisa. *Acta Cir Bras*. Vol. 23, nº 1 (2008), p. 107-111.
- Tabak, D. (1991). Transplante de medula. In: Schwartzmann, G. *Oncologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 171-180.
- Valadares, J.; Moreira, M. (2009). *A teoria da aprendizagem significativa: sua fundamentação e implementação*. Coimbra: Edições Almedina.

Qualidade e a enfermagem de reabilitação em unidades de internamento

José Augusto Pereira Gomes¹; Maria Manuela Martins²; Maria Narcisa da Costa Gonçalves²

¹ Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (japgomes@gmail.com)

² Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo

A avaliação da qualidade tem vindo a ser uma preocupação crescente dos serviços de saúde, que ao longo dos últimos anos vem transferindo alguns instrumentos, métodos e modelos de avaliação da qualidade utilizados na indústria para a área da saúde. A enfermagem de reabilitação também necessita de instrumentos que avaliem a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em unidades de internamento. Com este estudo, pretendeu-se efetuar um percurso para identificar fatores que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento concebendo um caminho para a criação de um instrumento de avaliação da prática de cuidados. O estudo é de natureza qualitativa realizada em serviços

de medicina de um contexto hospitalar, através de entrevistas semi-estruturadas. Os resultados que emergem das narrativas dos participantes permitiram criar uma proposta de instrumento para avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: qualidade dos cuidados de saúde, enfermagem de reabilitação.

Abstract

Assessment the quality has been a growing concern of health services, which over the past years has been transferring some models and methods for evaluating the quality of the health industry. Nursing rehabilitation needs to integrate to assess the quality of nursing care rehabilitation in inpatient

units. With this study, we sought to make a journey to identify factors that contribute to the quality of nursing care rehabilitation inpatient units in designing a path for creating an assessment tool for the practice of nursing rehabilitation. The study is qualitative medical services performed in a hospital setting, through semi-structured interviews.

The results that emerge from the narratives of the participants have created a draft instrument for assessing the quality of nursing care rehabilitation.

Keywords: quality of health care, rehabilitation nursing.

Introdução

Uma ciência como a enfermagem, não se pode afirmar nem desenvolver-se na sociedade atual sem um corpo de conhecimentos próprio. O percurso da profissão até hoje coloca os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que as tendências do Sistema de Saúde permitem vislumbrar para amanhã (Vieira, 2007), de entre os quais, clarificar a natureza dos cuidados evidenciando atributos da qualidade dos mesmos.

A imprescindibilidade deste tema é ainda justificada pelas competências do enfermeiro especialista, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, descritas no âmbito do Regulamento nº 122/2011, onde

é referido, entre outras unidades de competência, a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.

Considerando que os enfermeiros de reabilitação têm competências técnicas e académicas para prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes com incapacidades decorrentes de lesões medulares, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, amputações, pessoas com doenças crónicas e degenerativas, síndromes incapacitantes em crianças, deficiências cardíacas e respiratórias, assim como em lesões físicas e desportivas (Faro, 2006), ficamos com uma visão de que, quando olhamos para a enfermagem de reabilitação, por um lado, encontramos uma casuística de patologias específicas, mas também uma prática, que embora organizada de forma comum necessita de conhecimentos sustentados por uma prática baseada na evidência.

É neste cenário que sentimos a necessidade de conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação do trabalho realizado pelos enfermeiros de reabilitação em unidades de internamento de Medicina que garanta a qualidade de assistência na área da enfermagem de reabilitação.

A problemática da avaliação da qualidade na enfermagem de reabilitação poderá obter dividendos para o desenvolvimento da prática através da evidência científica e com isto melhorar a prática do cuidado.

Apesar da controvérsia existente no meio científico acerca do melhor modelo para a avaliação da qualidade, o quadro conceptual mais popular e utilizado para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde continua a ser o modelo apresentado por Donabedian, este autor conceptualiza a qualidade como “uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis” (Mezomo, 2001, p. 73). A qualidade não é um atributo abstracto, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Maia, 2011).

Face a esta análise ficamos sensíveis há existência de vários modelos, mas, entendemos que o modelo de Donabedian (2003) é o caminho que melhor nos pode ajudar a analisar o problema.

O trabalho de campo desenvolvido é de natureza qualitativa, para o qual foram realizadas entrevistas a 12 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, seleccionados de modo intencional e com idades compreendidas entre os 27 e os 47 anos, sendo a média de idades de 33 anos.

Quanto aos participantes, foi obtido o consentimento informado e a sua participação foi voluntária, tendo-se respeitado os princípios éticos inerentes à investigação. À Direção da instituição onde o estudo foi efectuado foi obtida a autorização prévia para a sua realização.

Resultados

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, a que poderíamos denominar, tal como Donabedian (2003), de componentes da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em serviços de medicina. Estes atributos aparecem agregados tal como na literatura consultada, conjugando uma tríade de elementos sendo eles a Estrutura, o Processo e o Resultado.

A estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, mas conforme refere Cardoso (2002, p.33) a “existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária”. Logo, as variações nas características da estrutura do sistema, a menos que sejam grandes, podem não ser significativas sobre a qualidade. Indo ao encontro do que nos refere este entrevistado, “As instalações são importantes mas não são o fundamental” E11 (Gomes, 2011, p.130).

Contrariamente à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer informações valiosas sobre a qualidade, no mesmo sentido do que refere Donabedian (2003), quando afirma que a “Qualidade dos cuidados” pode ser vista no sentido da “Qualidade dos processos de cuidados”. Mas, esses atributos

tos derivam também de uma relação previamente estabelecida, entre o processo e o resultado. Ou seja, dizemos que tais características do processo significam qualidade, porque sabemos que elas contribuem para os resultados desejáveis. Os processos de cuidados relacionam-se mais diretamente com os resultados, do que propriamente as características da estrutura (Donabedian, 2003). Alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que para alguns, os indicadores de processo perdem sentido se a sua qualidade não se refletir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de factores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo (Paneque, 2004).

Por fim, o resultado que apesar de ser descrito como o último das componentes da avaliação da qualidade consiste no primeiro passo de uma série de atividades, ao longo do qual é possível fazer correções, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados (Silva et. al., 2004). Apesar da controvérsia associada à avaliação dos resultados, dado que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir outras variáveis, daí a necessidade de incluir todos os “inputs” para o resultado final (Donabedian, 2003).

Cientes da pertinência da construção deste caminho, e decorrente dos achados

deste percurso ousamos construir um instrumento de Avaliação da Qualidade da Enfermagem de Reabilitação em Unidades de Internamento (IAQERUI).

Este instrumento tem uma concepção quantitativa, exigindo para a sua validação um elevado número de indivíduos. Dado que, existe uma grande diversidade de aspectos a incorporar no instrumento, a sua concepção não seria possível sem uma prévia análise qualitativa da problemática em estudo.

O IAQERUI é constituído por 133 questões, distribuídas da seguinte forma: 56 para a Estrutura; 57 para o Processo; e 20 para o resultado. Este



Apesar da controvérsia associada à avaliação dos resultados, dado que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir outras variáveis, daí a necessidade de incluir todos os “inputs” para o resultado final (Donabedian, 2003).



instrumento tem subjacente o modelo de Donabedian (2003) e os achados das narrativas dos entrevistados desdobrados em categorias e sub-categorias.

No âmbito dos contributos da estrutura para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação, foram utilizados para a construção do IAQERUI os atributos visíveis nas narrativas dos participantes, representadas por:

- **Espaço físico:** quarto do doente; WC; espaços para cuidados de reabilitação.
- **Ambiente de trabalho:** ruídos; arejamento.
- **Atualização de equipamentos:** camas; cadeira; ajudas técnicas.
- **Equipamento imprescindível:** talas de Margareth; almofadas; banheiras; elevadores de sanita; cadeiras; cadeirões; material de estimulação cognitiva; pedaleiras; canadianas, andarilhos e tripés; barras paralelas, tapetes e escadas; espelhos; bolas e molas; sacos de areia; tábuas e cintos de transferência; ortóteses; camas elétricas.
- **Necessidades de improviso de meios técnicos:** meios técnicos para a marcha; meios técnicos de motricidade; cinesioterapia; estimulação cognitiva.
- **Dotação de enfermeiros de reabilitação:** distribuição por camas; distribuição por turno; distribuição por espaços; distribuição pelo tempo necessário de cuidados; valores mínimos; escassez de recursos; recursos adequados.

- **Enfermeiros:** enfermeiros de reabilitação; enfermeiros generalistas.
 - **Médicos:** indiferenciação da especialidade; fisiatras; neurologistas; médico assistente/internista.
 - **Técnicos de saúde:** fisioterapeutas; terapeutas da fala; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; nutricionistas; dietistas.
 - **Assistentes Operacionais.**
 - **Tipos de formação:** formação em serviço; formação contínua.
 - **Processos de formação:** diagnóstico; planeamento; integração; orientação de alunos.
 - **Investigação:** ausência de processos de pesquisa; necessidades de investigação; sensibilização para a investigação.
 - **Protocolos de atuação:** ausência de protocolos; protocolos de deglutição; protocolos para cateteres centrais; protocolos de levante; protocolos para a continuação de cuidados; elaboração de protocolos.
- A nível de processo da avaliação da qualidade, foi visível no discurso dos participantes do estudo o aparecimento de atributos relevantes sobre o processo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação:
- **Colheita de dados:** atividade motora; atividade respiratória; família e edifício residencial; exame neurológico.
 - **Documentação da avaliação inicial:** documentos experimentais; princípios de avaliação.

- **Estabelecimento de prioridades:** grande dependência; sem critérios objectivos.
- **Plano assistencial:** sem plano de assistência; plano expresso.
- **Alimentação:** pesquisa de reflexo de deglutição; treino da alimentação.
- **Eliminação:** vesical; intestinal.
- **Mobilidade:** levante; posicionamentos; mobilização; treino de equilíbrio.
- **Promoção da autonomia:** autonomia no autocuidado; motivar para a reabilitação.
- **Cinesioterapia respiratória:** ensino dos tempos respiratórios; limpeza das vias aéreas; exercícios específicos; ausência de cinesioterapia.
- **Prevenção de riscos:** lesões da pele; quedas; ergonomia do cuidar.
- **Interação com a família:** capacitar os cuidadores; reorganizar a família; suporte á vivencia da crise; estratégia de ensino junto das famílias.
- **Promoção da interação social:** avaliação das relações; estratégias de interação social.
- **Rede de suporte:** edificio residencial; rede de cuidados continuados; centro de saúde.
- **Processos de gestão:** planeamento da formação em serviço; gestão corrente; coordenação de equipe de cuidados.
- **Continuidade de cuidados:** in loco; passagem de turno; registos; ausência de continuidade.

- **Resultados no doente:** frequência; uso de instrumentos ou escalas; avaliações subjetivas.

Quanto ao tema resultado sobressaíram dos discursos dos participantes atributos sobre como os enfermeiros de reabilitação avaliam os resultados das suas práticas:

- **Auditorias:** externas; existência de auditorias; ausência de auditorias,
- **Escalas variadas:** sensibilização para a utilização de escalas; London Chest Activity; escala de Barthel; Mini Mental State; escala de Council; Escala de Ashworth; escala ASIA; escala SF; Escala de Berg; índice de Katz; índice Lawton; Escala de Glasgow; analógica da dor; MIF; escala de Morse; escala de Bora modificada.
- **Ganhos em saúde:** ganhos em autonomia no autocuidado; ganhos em eficácia funcional; ganhos em qualidade de vida; ganhos em conhecimento.
- **Satisfação do doente e família:** percepção subjetiva; expressão objectiva dos doentes; necessidade de medição da satisfação.
- **Avaliação de desempenho:** dificuldade em avaliar o desempenho do enfermeiro de reabilitação; auto-avaliação, avaliação para a melhoria do desempenho; supervisão do desempenho.

A escala utilizada no instrumento IA-QUERUI para avaliar as respostas do participante é uma escala do tipo Liket,

com cinco níveis de resposta consoante o nível de concordância com a afirmação, nomeadamente: totalmente em desacordo; em desacordo; indeciso; de acordo; e totalmente de acordo.

Conclusões

Tendo em conta que não foi possível testar o IAQERUI, deixamos em aberto a possibilidade de em investigações futuras o aprimorar e testar, assim como, lançamos o desafio a outros investigadores para darem continuidade á validação deste instrumento.

A enfermagem de reabilitação deve avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado (Regulamento nº122/2011). Ou seja, implementando programas de melhoria contínua, planeados em função da estrutura para a prestação de cuidados de reabilitação, executados no sentido da melhoria do processo de reabilitação, avaliados, olhando para os resultados, e atuar, reformulando os dados anteriores.

Bibliografia

Cardoso, F. M. (2002). *Avaliação da qualidade dos serviços de urgência: satisfação dos utentes*. Porto: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em Reabilitação ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*. 40:1. 128-133. [Consult. em 13-12-2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

Gomes, J. A. P. (2011). *Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento: resposta para a reabilitação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.

Maia, C. S. [et. al.] (2011). Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16:5. 2567-2574. [Consult. em 08-08-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a27v16n5.pdf>

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole.

Paneque, R. E. J. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Rev Cubana Salud Publica*. 30:1.17-36. [Consult. em 05-04-2010]. Disponível em <http://www.santacruz.gov.ar/planes/concursos/JIMENEZ%20PANEQUE%20%20Indicadores%20de%20calidad.pdf>

Regulamento nº 122/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8648-8653.

Silva, A. Varanda, J. Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. 1ª ed. Cascais: Principia.

Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.



A enfermagem de reabilitação deve avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado (Regulamento nº122/2011). Ou seja, implementando programas de melhoria continua, planeados em função da estrutura para a prestação de cuidados de reabilitação, executados no sentido da melhoria do processo de reabilitação, avaliados, olhando para os resultados, e atuar, reformulando os dados anteriores.



Validação do questionário clínico para a doença pulmonar obstrutiva crónica (CCQ) para a língua portuguesa

Liliana Silva

ULS Matosinhos – UCC Matosinhos (enf.lilianasilva@gmail.com)

Resumo

Para efeitos de investigação, a utilização de questionários extensos é útil no sentido em que dá ao investigador muita informação válida. Recentemente, diretrizes emanadas pela GOLD identificaram que os objetivos do tratamento de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica são não só questões relacionadas com a qualidade de vida, mas também melhoria da tolerância ao exercício e minimização de sintomas. O CCQ (Molen, 1999) é o primeiro instrumento clínico prático para ser usado para a avaliação de rotina do controle clínico (estado funcional, sintoma e estado mental), relativa a pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica. Foi também construído com o objetivo de ser um instrumento de incentivo aos profissionais de saúde, com vista a não

se concentrarem exclusivamente no estado das vias aéreas e a tornarem-se mais conscientes das necessidades funcionais das pessoas.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é a validação do CCQ (Molen, 1999) para a língua portuguesa na doença pulmonar obstrutiva crónica e o seu cruzamento com um instrumento já validado e frequentemente utilizado na prática dos profissionais de saúde nos cuidados à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica em Portugal.

Método: O presente estudo é do tipo metodológico, com uma abordagem quantitativa. A amostra deste estudo é constituída por 58 pessoas a quem foi diagnosticado doença pulmonar obstrutiva crónica e que respeitaram os seguintes critérios de inclusão: 1) Condição estável, sem exacerbações

ou infeções nos últimos 3 meses; 2) ausência de cardiopatia grave ou instável; 3) ausência de outras condições patológicas que possam influenciar no desempenho das atividades de vida diária (como doenças cerebrovasculares, ortopédicas ou reumáticas). Os critérios de exclusão foram: 1) ocorrência de exacerbação aguda durante o período das avaliações; 2) não compreensão ou não colaboração com relação aos questionários. A amostra deste estudo foi não probabilística por escolha racional. Foi utilizada neste estudo a escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL (Garrod, 2000)) e o Questionário Clínico para a DPOC (CCQ (Molen, 1999)). A um grupo aleatório de 20 participantes voltou-se a entrar em contacto após 15 dias para efetuar o reteste do instrumento. Neste estudo, foram respeitados os princípios do consentimento livre e esclarecido.

Resultados: Existe uma correlação forte positiva bastante significativa entre o score total do CCQ (Molen, 1999) e o score total da LCADL (Garrod, 2000) ($r=0,602$; $N=58$; $p=0,0001$). Tendo em conta o número reduzido de itens, considera-se o resultado como uma consistência interna aceitável (α de Cronbach= $0,7$). O resultado foi $IVC=1$, considerando-se um índice de validade aceitável. Não existem diferenças significativas entre os resultados da aplicação do CCQ (Molen, 1999) num momento e uma segunda avaliação passados 15 dias aos mesmos pessoas ($Z=-1,000$; $p=0,317$). O Coeficiente Intra Classe apresentado sugere uma ex-

celente reprodutibilidade ($ICC=0,90$).

Conclusões: Os resultados deste estudo indicaram que a versão portuguesa do CCQ (Molen, 1999) fornece índices metrológicos aceitáveis e pode ser utilizada na população portuguesa como a escala de origem.

Palavras-chave: CCQ; DPOC; Enfermagem de Reabilitação; LCADL.

Abstract

For research purposes, the use of extensive surveys is useful once they provide very useful information to the researcher. Recently, guidelines issued by GOLD found that the goals of treating people with COPD are not only related with the quality of life, but also the improvement of exercise tolerance and minimization of symptoms.

The CCQ (Molen, 1999) is the first practical clinical instrument to be used for routine assessment of clinical control (functional status, symptoms and mental status) on people with COPD. It was also built with the goal of being a tool to encourage health professionals not to focus exclusively on the state of the airways and become more aware of the functional needs of people.

Purpose: The aim of this study is the validation of the CCQ (Molen, 1999) into Portuguese in chronic obstructive pulmonary disease and its intersection with an instrument already validated

and often used by health professionals in health care of people with COPD in Portugal.

Method: The current study is a methodological study with a quantitative approach. The sample of this study consists of 58 persons who have been diagnosed with COPD and that have satisfied the following inclusion criteria: 1) condition stable with no exacerbations or infections in the last 3 months; 2) absence of severe or unstable heart disease; 3) absence of other pathological conditions that can impact the performance of daily activities (such as cerebrovascular diseases, orthopedic or rheumatic). Exclusion criteria were: 1) the occurrence of acute exacerbation during the evaluation period; 2) not understanding or not cooperating with the questionnaires. The sample of this study was non-probabilistic by rational choice. In this study it was used the London Chest Activity of Daily Living (LCADL (Garrod, 2000)) scale and the Clinic COPD Questionnaire (Molen, 1999). In a random group of 20 participants the contact was returned after 15 days in order to retest the instrument. This study adhered to the principles of informed and free consent.

Results: There is a strong positive and significant correlation between the CCQ (Molen, 1999) total score and the LCADL (Garrod, 2000) total score ($r=0,602$; $N=58$; $p=0,0001$). Taking into account the small number of items, the result is considered as

an acceptable internal consistency (α de Cronbach= $0,7$). The result of content validity index was 1, considered an acceptable validity rate. There are no significant differences between the results of CCQ (Molen, 1999) application at a time and a second evaluation after 15 days to the same people ($Z=-1,000$; $p=0,317$). The presented Intra Class Coefficient suggests an excellent reproducibility ($ICC=0,90$).

Conclusions: The results of this study indicated that the Portuguese version of the CCQ (Molen, 1999) provides acceptable metrological indexes and can be used in the Portuguese population as original scale.

Keywords: CCQ; COPD; Rehabilitation Nursing; LCADL.

Introdução - DPOC como doença crónica

As doenças crónicas constituem a maior causa de morte e de invalidez a nível mundial. A sua incidência tem vindo a aumentar desde o início do século XX. A sua prevalência já ultrapassou, em muito, a doença aguda como principal causa de morbilidade e mortalidade nos países ocidentais.

A OMS (2000) indica que, nos países desenvolvidos, cerca de metade da procura dos cuidados de saúde está relacionada com condições crónicas. Esta organização perspetiva que, em 2020, essas condições contribuirão em mais

de 60% para a carga global das doenças. (Louro, 2009).

A doença pulmonar obstrutiva crónica é uma das principais causas de morbilidade crónica em todo o mundo, com consequente perda da qualidade de vida, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morte nas próximas décadas. Esta doença é responsável pela elevada frequência de consultas médicas e de episódios de recurso ao serviço de urgência, assim como, por elevado número de internamentos, por vezes prolongados. (Leite, 2012).

A GOLD define DPOC como uma doença prevenível e tratável com uma componente extrapulmonar, que contribui para a gravidade da doença. É uma das principais causas de morbilidade crónica e mortalidade em todo o mundo (GOLD, 2011)

É uma doença respiratória crónica com grande impacto no mundo, que segundo a ODNR (2009) tem uma prevalência de 63,6 milhões de pessoas a nível mundial, 11,3 milhões deles na Europa, responsável por 3 milhões de mortes anuais no mundo, sendo a 4ª causa de morte, responsável por 5,36% dos óbitos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a DPOC como a única doença crónica com tendência a aumentar, pelo menos até 2020. De acordo com a GOLD, até essa data a doença pulmonar obstrutiva crónica será a terceira maior causa de morte no mundo.

Em Portugal, em adultos com idade acima de 40 anos, a prevalência da

DPOC é de 14,2%, chegando este valor a 18,7% na população do sexo masculino e a 10,5 na de sexo feminino. Nos fumadores ativos, a prevalência atinge os 17,9%. Estes dados foram descritos recentemente num estudo realizado na população portuguesa, num universo de 2.700.000 habitantes e vieram confirmar que a DPOC se encontra em crescimento e subdiagnosticada em Portugal.

É, portanto, uma doença em crescimento no nosso país e, segundo o relatório de 2009 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, a segunda causa de internamento por doença respiratória em Portugal. Os dados do Instituto Nacional de Estatística colocam a DPOC como a 5ª causa de morte por doença em Portugal depois das doenças cardio-cerebro-vasculares, diabetes, pneumonias e cancro do pulmão. (Cordeiro e MENOITA, 2012).

Em Portugal, em adultos com idade acima de 40 anos, a prevalência da DPOC é de 14,2%, chegando este valor a 18,7% na população do sexo masculino e a 10,5% na de sexo feminino.

A DPOC é uma doença respiratória que evolui por exacerbações, que se caracterizam pelo agravamento dos sintomas e podem resultar em declínio da função pulmonar e aumento da fraqueza muscular, sendo que a frequência destas exacerbações aumenta com a gravidade da doença. Neste sentido, a ação de Enfermagem varia, de acordo com Orem, entre o agir ou fazer para outra pessoa quando se dão as exacerbações da DPOC, levando a pessoa a uma grande situação de dependência, orientar e ensinar numa fase mais estável da doença, em programas de reabilitação, possibilitando à pessoa o saber gerir os seus sintomas da melhor forma, evitando assim recursos desnecessários aos serviços de urgência.

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente do foro respiratório

A pessoa com DPOC, dependendo da evolução da sua sintomatologia, poderá estar perante um défice do autocuidado, o qual se pode definir como a *relação entre as propriedades humanas de necessidade de autocuidado terapêutico e a atividade de autocuidado na qual as capacidades de autocuidado constituintes desenvolvidas dentro da atividade de autocuidado não são operáveis ou adequadas ao conhecimento e preenchimento de alguns ou todos os componentes da necessidade de autocuidado terapêutico existente ou projetada* (Taylor, 2004, p.216).

A educação é fundamental para um processo de reabilitação respiratória

e deve abranger medidas preventivas e terapêuticas. A pessoa deve ser ensinada e responsabilizada pela gestão da sua doença. Deve ser incluído num programa de reabilitação respiratória uma componente de educação para a saúde onde seja explicado à pessoa com DPOC o que é a doença, como evolui e como a pessoa pode gerir a sintomatologia. É fundamental falar acerca da importância do exercício físico, uma vez que a tendência da pessoa com DPOC é descuidar a atividade física devido à dispneia associada. A evicção tabágica e a nutrição são aspetos importantes que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação não deve também descuidar num programa de Reabilitação Respiratória.

A reeducação funcional respiratória dirigida às pessoas com DPOC tem como objetivo facilitar a eliminação das secreções, contribuindo para a desobstrução brônquica, diminuindo as suas repercussões funcionais, nomeadamente os defeitos ventilatórios, bem como a interrupção do ciclo vicioso: retenção de secreções, infeção secundária, agudizações, deterioração progressiva que acaba por conduzir ao enfisema pulmonar, cor pulmonale e insuficiência respiratória. (Heitor et al 1988 p.82 cit. por Cordeiro e Menoita, 2012).

Os componentes clássicos da reeducação funcional respiratória da pessoa com DPOC são os exercícios respiratórios de âmbito geral, o treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e as técnicas de conservação de energia. (Cordeiro e Menoita, 2012).

Os cuidados de Enfermagem ao doente do foro respiratório variam desde a prevenção, o tratamento e a reabilitação. O Enfermeiro Especialista em Reabilitação assume um papel fundamental neste tipo de cuidados. É importante que os cuidados de Enfermagem sejam monitorizados e avaliados quer para atualização do processo de Enfermagem como para fins de investigação científica e consequente evolução da ciência.

Metodologia

Para efeitos de investigação a utilização de questionários extensos é útil no sentido em que dá ao investigador muita informação válida. Muitos questionários deste tipo têm vindo a ser validados para diferentes línguas e culturas com o objetivo, entre outros, de serem utilizados em ensaios clínicos. Não obstante, na prática clínica torna-se difícil a gestão de tempo quando se visa a utilização de questionários extensos para a monitorização da evolução clínica da pessoa. Assim, são necessários questionários mais pequenos, fáceis de aplicar e que não requeiram profissionais experientes para o fazer, uma vez que Enfermeiros e outros profissionais de saúde não têm frequentemente experiência em investigação.

A maioria dos questionários existentes na área das doenças respiratórias, nomeadamente na DPOC, tendem a incidir sobre a área da qualidade de vida, com o objetivo de monitorizar e tratar

alterações funcionais que seriam o mais importante para pessoas com DPOC. (Molen et al, 2003). Mais recentemente, diretrizes emanadas pela GOLD identificaram que os objetivos do tratamento de pessoas com DPOC são, não só questões relacionadas com a qualidade de vida, mas também melhoria da tolerância ao exercício e minimização de sintomas.

Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de um instrumento para a prática clínica. O questionário clínico da DPOC (Molen, 1999) surgiu a partir da prática clínica rotineira de profissionais de saúde ligados à pessoa com DPOC, onde foi reconhecido que os profissionais de saúde necessitam de uma ferramenta simples que os irá ajudar não apenas a identificar o estado clínico das vias aéreas, mas também limitação à atividade e disfunção emocional na pessoa.

O questionário clínico de DPOC (Molen, 1999) é o primeiro instrumento clínico prático para ser usado para a avaliação de rotina do controle clínico (estado funcional, sintoma e estado mental), relativa a pessoas com DPOC. Foi também construído com o objetivo de ser um instrumento de incentivo aos profissionais de saúde de não se concentrarem exclusivamente no estado das vias aéreas e tornarem-se mais conscientes das necessidades funcionais das pessoas. Na prática do Enfermeiro Especialista em Reabilitação este instrumento poderá ser uma mais-valia no sentido em que permite ao Enfer-

meio estabelecer prioridades no seu plano de cuidados de acordo com as necessidades e dificuldades identificadas da pessoa com DPOC. Ou seja, se uma pessoa responde ao questionário e apresenta um score baixo no domínio dos sintomas mas alto no domínio do estado mental, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação sabe que a sua atuação deverá incidir especialmente nesse domínio, não negligenciando os restantes.

O objetivo do presente estudo é validar o CCQ (Molen, 1999) para a língua portuguesa na doença pulmonar obstrutiva crónica e o seu cruzamento com um instrumento já validado e frequentemente utilizado na prática dos profissionais de saúde nos cuidados à pessoa com DPOC em Portugal.

O presente estudo é do tipo metodológico, com uma abordagem quantitativa.

A amostra deste estudo é constituída por pessoas a quem foi diagnosticado DPOC e que respeitaram os seguintes critérios de inclusão: 1) Condição estável, sem exacerbações ou infeções nos últimos 3 meses; 2) ausência de cardiopatia grave ou instável; 3) ausência de outras condições patológicas que possam influenciar no desempenho das atividades de vida diária (como doenças cerebrovasculares, ortopédicas ou reumáticas). Os critérios de exclusão foram: 1) ocorrência de exacerbação aguda durante o período das avaliações; 2) não compreensão ou não colaboração com relação aos questionários.

A amostra deste estudo foi não probabilística por escolha racional. Para a obtenção da amostra foi solicitada a colaboração dos médicos de família e de pneumologistas de uma Unidade Local de Saúde, após aprovação do estudo pelo conselho de administração da instituição. É composta por 58 elementos que cumprem com os critérios previamente definidos.

Foram utilizados neste estudo a escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL (Garrod, 2000)) e o Questionário Clínico para a DPOC (CCQ (Molen, 1999)).

A LCADL (Garrod, 2000) é uma escala validada para a língua portuguesa que avalia a limitação pela dispneia durante as atividades da vida diária em pessoas com DPOC. É calculado um subscore para cada domínio e o score total é formado pela soma dos subscores dos 4 domínios. Valores mais altos na escala indicam maior limitação nas atividades da vida diária. (Pitta et al, 2008)

O CCQ (Molen, 1999) está dividido em três domínios: sintomas (4 itens), estado funcional (4) e estado mental (2). As pessoas devem responder às questões do CCQ (Molen, 1999) baseando-se na sua experiência nos últimos 7 dias numa escala do tipo Likert. O score total é calculado somando os 10 itens e dividindo o total por 10. É também possível calcular os scores de cada um dos três domínios. O score do CCQ (Molen, 1999) poderá assumir os valores 0 (muito bom estado de saúde); 1 e 2 (bom estado de saúde); 3 (Razoável

estado de saúde); 4 e 5 (Mau estado de saúde) e 6 (estado de saúde extremamente mau).

Uma vez facultadas as listas de pessoas para serem aplicados os questionários foram realizados contatos telefônicos aos participantes entre os meses de Abril e Junho de 2012. Nos contatos telefônicos foi explicado e pedida a colaboração no mesmo. Uma vez dado o consentimento informado para a participação no estudo foram aplicados ambos os questionários, CCQ (Molen, 1999) e LCADL (Garrod, 2000). A todos foi pedida a autorização para um possível segundo contato telefônico com o objetivo de voltar a aplicar um dos questionários. Não lhes foi dito quanto tempo seria de intervalo nem se deu a certeza de que seriam contactados para que não houvesse influência nas respostas da segunda vez relacionada com a memorização das questões. A um grupo aleatório de 20 participantes voltou-se a entrar em contacto após 15 dias para efetuar o reteste do instrumento. Para Ribeiro (2010) na situação de teste-reteste o teste é passado aos mesmos indivíduos, num momento e de novo passado algum tempo. O tempo de intervalo considerado é uma variável importante por várias razões. No desenvolvimento do CCQ (Molen, 1999) o autor realizou o reteste do instrumento com avaliações espaçadas em 15 dias a um subgrupo de 20 pessoas. Este intervalo de tempo deve ser suficiente para impedir a memorização do instrumento mas que não torne provável a alteração do estado de saúde devido a agudiza-

ções ou alterações na terapêutica. No contato para reteste foi apenas aplicado o CCQ (Molen, 1999).

As respostas aos questionários foram introduzidas numa base de dados criada para o efeito no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

A consistência interna de cada domínio e do total do CCQ (Molen, 1999) foi avaliada determinando o coeficiente α de Cronbach, que intercorrelaciona todos os itens do instrumento.

Para avaliar a validade de critério é necessário proceder a uma correlação entre o CCQ (Molen, 1999) e um instrumento que seja já utilizado na prática dos profissionais de saúde e que esteja devidamente validado, tendo sido selecionada a LCADL (Garrod, 2000) pelas suas características anteriormente abordadas.

A validade de critério concomitante foi avaliada através da correlação de Spearman. Correlacionaram-se os scores totais e de cada domínio dos dois instrumentos. O coeficiente de correlação de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis.

A validade de conteúdo foi avaliada solicitando o parecer de peritos na área da doença pulmonar obstrutiva crónica, através do envio do questionário a 5 profissionais de saúde peritos na área da DPOC.

O teste de Wilcoxon foi utilizado para avaliar a reprodutibilidade do instrumento, correlacionando as médias dos questionários aplicados em dois momentos às mesmas pessoas. Tivemos o cuidado de questionar as pessoas acerca da existência ou não de exacerbações da sua DPOC, ninguém referiu ter tido alguma agudização do seu estado de saúde.

Nas validações já efetuadas do CCQ (Molen, 1999) para outras línguas para testar a qualidade da reprodutibilidade foi utilizado o Coeficiente de Correlação Infraclasse (ICC do inglês Intra-class correlation coefficient) ou coeficiente de reprodutibilidade (R).

Neste estudo foram respeitados os princípios do consentimento livre e esclarecido através da leitura inicial de uma carta de apresentação da investigação e do investigador, após a qual a pessoa aceita ou se abstém de participar no estudo. Apenas 3 pessoas recusaram a participação no estudo.

Foi pedida a autorização da utilização do CCQ (Molen, 1999) ao autor, que a concedeu para este estudo.

O pedido para a realização do estudo ao conselho de administração da unidade local de saúde foi também alvo de um parecer favorável da comissão de ética da mesma instituição.

Conclusões

A correlação do CCQ (Molen, 1999) com a LCADL (Garrod, 2000) mostrou-se positiva forte, este resultado mostra que ambos os questionários medem conceitos semelhantes. Sabemos que a LCADL (Garrod, 2000) incide na análise da capacidade funcional da pessoa com DPOC, o que foi constatado com a correlação entre o domínio estado funcional do CCQ (Molen, 1999) e a maioria dos domínios da LCADL (Garrod, 2000).

O coeficiente de consistência interna do CCQ (Molen, 1999) é considerado aceitável dado o número reduzido de itens. Analisados os coeficientes no caso da eliminação de um item, opta-se por não eliminar nenhum deles uma vez que a diferença entre o alfa de Cronbach após a eliminação de um item não é significativa.

O CCQ (Molen, 1999) possui uma excelente reprodutibilidade, ou seja, é capaz de medir o mesmo objeto em momentos diferentes de forma constante.

Da comparação deste estudo com outras validações já realizadas para outros países verifica-se que os resultados obtidos neste estudo estão na ordem dos resultados de estudos anteriormente realizados com o mesmo objetivo, o de validar a utilização do CCQ (Molen, 1999) nas diferentes línguas e contextos.

Nos estudos que a avaliaram, o CCQ (Molen, 1999) demonstrou ter uma boa capacidade de medir o que é suposto medir.

O objetivo por detrás da realização deste estudo de validação de um questionário está relacionado com a necessidade de obter instrumentos que melhor possam monitorizar a evolução clínica da pessoa com DPOC, alvo de um programa de reabilitação respiratória domiciliária.

O instrumento que utilizamos neste estudo avalia aspetos referidos na bibliografia como benefícios da Reabilitação Respiratória, tais como “melhoria da qualidade de vida, a redução da ansiedade e depressão, a redução da dispneia e fadiga associada ao exercício, com melhoria da capacidade de tolerância ao exercício, melhoria da capacidade funcional na realização das atividades de vida”.

Os resultados deste estudo indicaram que a versão portuguesa do CCQ (Molen, 1999) fornece índices metrológicos aceitáveis e pode ser utilizada na população portuguesa como a escala de origem.

Faz sentido utilizar este teste em momentos diferentes do tratamento da pessoa com DPOC de modo a avaliar a sua evolução clínica. A sua utilização num programa de reabilitação respiratória é também pertinente, no sentido em que é um instrumento que possibilita avaliar a evolução da pessoa nos

três domínios anteriormente expostos. É já utilizado em programas de cessação tabágica em países como Holanda, Suécia e Grécia. (Molen, T. et al, 2003; Stallberg, B. et al, 2009; Papadopoulos, G. et al, 2011).

Os cuidados de Enfermagem assumem hoje um papel crucial na prevenção e no tratamento da DPOC. Sendo esta uma doença prevenível e tratável, e tendo em conta o défice no autocuidado que a evolução da doença acarreta. Assim, impõe-se a necessidade da provisão do autocuidado de forma contínua e do ensino, reabilitando a pessoa para que seja capaz de suprir as suas próprias necessidades.

Com a criação de Unidades de Cuidados na Comunidade, é a oportunidade dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação utilizarem os seus conhecimentos e técnicas em prol das pessoas que devido à evolução da doença estão restritos às suas casas, com uma notória diminuição da sua qualidade de vida. São necessários mais projetos de Reabilitação Respiratória Domiciliária.

Os profissionais de saúde peritos na área da DPOC consideram o CCQ (Molen, 1999) como um questionário com itens pertinentes e bastante pertinentes, o que poderá viabilizar uma boa aceitação do mesmo, podendo, de acordo com os resultados deste estudo, ser utilizado em Portugal.

Este trabalho teve como objetivo a validação do Questionário Clínico para a

DPOC para a língua portuguesa. Analisando os resultados, podemos aferir que o CCQ (Molen, 1999) está bem adaptado à língua portuguesa, devendo ser utilizado por profissionais de saúde em Portugal para a avaliação da pessoa com DPOC nos diferentes contextos de atuação, recomendando-se a sua utilização em programas de Enfermagem de Reabilitação Respiratória.

Bibliografia

- Alligood, M.R & Tomey, A.M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (Cap. 13). 5.^a Ed. Loures: Lusociência.
- Almeida & Ávila (2003). Doenças obstructivas do aparelho respiratório. In: Gomes, M. & Sotto-Mayor. *Tratado de Pneumologia, Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal, p. 855-873.
- Avšar et al (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing* vol 28, n. °2, p. 46-52.
- Barnet, M. (2006). Pulmonary rehabilitation for COPD patients.. *Journal of Community Nursing* vol. 24, n.º6, p.4-11.
- Berry, C. & Wise, R. (2010). Mortality in COPD: Causes, Risk Factors, and Prevention. COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* n.º 7, p.375-382.
- Calisma, K. (2012). A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: the COPD. Life study. *Tuberk Toraks* vol. 60, n. °1, p.1-12.
- Casey et al (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing* Vol 16, n. °5, p. 231-237.
- Colutas et al (2005). A randomised trial of two types of nurse-assisted home care for patients with CPOD. *CHEST* vol. 128, p. 2017-2024.
- Cooke et al (2009). Outcomes of a home-based pulmonary maintenance program for individuals with COPD: A pilot study. *Contemporary Nurse* Vol. 34, n.º1, p. 85-97.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. Loures: Lusociência.
- Cornforth, A. (2012). Diagnosis and management of COPD. *Nurse Prescribing* vol 10, n.º 2, p.65-71.
- Cunha et al. (2005). Autocuidado “Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem”. *Sinais Vitais*, n.º 61, p. 36-40.
- Damato et al (2005). Validation of the Clinical COPD Questionnaire in Italian language. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 3, n.º 9, p. 3-9.
- Fernandes, A. Bezerra, O. (2006). Terapia nutricional na doença pulmonar obstructiva crónica e suas complicações nutricionais. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. vol. 32, n.º 5, p. 461-471.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Luso-didacta.

- Garrod et al. (2000). Development and validation of a standardized measure of activity of daily living in patients with severe COPD: the London Chest Activity of Daily Living scale (LCA-DL). *Academic Respiratory Medicine*. vol. 94, n.º 6, p.589-96.
- George, J. B. (1993). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição). (Cap. 7). Porto Alegre: Artmed.
- Gold Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2011). *Management and Prevention Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Acedido em maio, 2012, em <http://www.goldcopd.org>.
- Gomes, M. & Sotto-Mayor (2003). *Tratado de Pneumologia, Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Gulini, J. (2006). *Exercício físico em pacientes portadores de diferentes níveis de DPOC*. Florianópolis: Sc. Brasil.
- Hernandez et al (2003). Home hospitalization of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *European Respiratory Journal*, vol. 21 p.58-67.
- International Council of Nursing. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. (CIPE® versão 2. Tradução Oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kasper et al. Harrison (2006). *Manual de medicina*. Madrid: McGraw-Hill.
- Kerkoski et al (2007). Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica: sentimentos e expectativas. *Contexto Enfermagem*. N.º16 p. 225-32.
- Kocks et al (2010). Health status in routine clinical practice: validity of the clinical COPD questionnaire at the individual patient level. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol.8, p. e135.
- Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Leite, M. D. V. A. (2012). *Avaliação da Tipologia do Autocuidado em Clientes Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Lewis et al (2010). Does home telemonitoring after pulmonary rehabilitation reduce healthcare use in optimized COPD? A pilot randomized trial. COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, n.º7 p. 44-50.
- Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Dissertação de Doutoramento. Porto: ICBAS-Universidade do Porto.
- Menezes, A. (1997). Epidemiologia da bronquite crónica e do enfisema (DPOC): até onde sabemos?. *Jornal de Pneumologia*. vol. 23, n.º3, p. 153-157.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2005) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas so-*

bre *Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: DGS.

Molen et al (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* vol.1 n.º13, p. 1-13.

Nonoyama et al (2010). Lung Association's Ottawa COPD Program : a successful maintenance pulmonary rehabilitation program. *Canadian journal of respiratory therapy* vol. 46, n.º3, p.18-23.

Olszewska, J. (2011). Rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease patient. *Pol. Ann. Med.* Vol.18, n.º1, p. 177-187.

ONDR (2009). *Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, relatório (2009)*. Acedido em 13 de julho, 2012, em www.ondr.org/relatórios_ondr.html.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.

Pamplona P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar obstrutiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. 13, n.º1, p. 101-128.

Paulin et al (2003). Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal de Pneumologia*. n.º 5, p. 52-63.

Phipps et al. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Vol. II (6ª edição). Loures: Lusociência.

Pinto et al (2012). *Coefficiente de correlação Intraclasse*. Acedido em 3 de julho, 2012, em <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm>.

Pitta et al (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily living (LCADL) em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol.14, n.º1, p.27-47.

Polatli et al (2012). A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: the COPD - Life study. *Tuberk Toraks* vol 60 n.º1, p.1-12.

Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7.ª ed). Philadelphia: Lippincott, Williams.

Ribeiro, J.P.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.ª Edição). Porto. Legis Editora/Livpsic.

Rodrigues, M. (2011). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidados Informal – Versão Reduzida*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Soares, S. & Carvalho, C. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva. *Revista Ciências Médicas Campinas*. vol. 18, p.143-151.

Stallard, L (2007). Chronic obstructive pulmonary disease: a non-pharmaco-

logical approach. *Nursing older people*, vol. 19, n.º6, p.32-36.

Stallberg et al (2009). Validation of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) in Primary care. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol.25, n.º 7, p. 26.

Waltz, C. & Bausell, R. (1981). *Nursing Reaserch: Design, statistics and computer analyses*. Phyladelphia: F. A. Davis.

Waltz et al (1991). *Measurement in Nursing Research*. (2.^a ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Williams, S. (1993). *The subjective experience and management of symptoms*. New York: Rutledge.

Williams et al (2010). The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, vol.19, n.º 1, p. 45-51.

Woolfe et al (2007). The needs of caregivers of people with COPD: A study. *Australian Journal of Primary Health*, vol.13, n.º1, p.28-35.

Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira

Soraia Dornelles Schoeller, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Flávia Regina de Souza Ramos, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Maria Teresa Leopardi, Alacoque Lorenzini

Universidade Federal de Santa Catarina (soraia.dornelles@ufsc.br)

Resumo

O presente estudo objetivou refletir sobre aspectos da pesquisa em enfermagem de reabilitação no Brasil. Parte do pressuposto de que esta especialidade deve buscar, em todos os momentos, a autonomia do sujeito cuidado. Para investigação da existência do campo de pesquisa no Brasil investiga quatro eixos: as publicações (teses e artigos) de periódicos indexados entre os anos de 1980 a maio de 2013; os grupos de pesquisa voltados à enfermagem de reabilitação cadastrados; a legislação profissional sobre especializações de enfermagem e as políticas públicas brasileiras; e a demanda epidemiológica. As conclusões são que no Brasil a especialidade enfermagem de reabilitação inexistente ou é incipiente, com esparsas tentativas de organização desta área.

Palavras-chave: deficiência, enfermagem de reabilitação, pesquisa.

Abstract

This study aimed to reflect on aspects of the nursing rehabilitation research in Brazil. It presupposes that this specialty should look, at all times, the autonomy of the subject carefully. To investigate the presence of field research in Brazil investigated four areas: publications indexed (theses and articles) journals between 1980 and May 2013; research groups focused on rehabilitation nursing registered; legislation on professional expertise nursing and Brazilian public policies; epidemiological demand. The conclusions were that in Brazil the specialty rehabilitation nursing is absent or nascent, with sparse attempts to organize this area.

Keywords: disability, rehabilitation nursing, research.

Introdução

Analisar a pesquisa em enfermagem de reabilitação no Brasil requer que façamos algumas considerações prévias ao próprio tema: as interfaces do campo reabilitação e do campo cuidado de enfermagem.

Re habilitar indica literalmente ‘habilitar novamente’ para o desempenho de tarefas antes realizadas e para as quais as habilidades foram, independentemente do motivo, perdidas. Só necessita de reabilitação quem já possuiu algo e o perdeu. Ao considerarmos esta definição na sua radicalidade, constatamos que o trabalho de *re habilitar* requer os esforços das mais diversas profissões, além do esforço essencial da própria pessoa que está se reabilitando. Se, por um lado, não é suficiente que um ou mais profissionais empenhem-se neste processo de reabilitação (processo que extrapola as profissões específicas da área da saúde), por outro, este trabalho coletivo não evolui se a própria pessoa com as habilidades perdidas não empoderar-se de si mesma, de suas limitações e desafios.

Aqui residem dois desafios da enfermagem em reabilitação: 1) trabalhar multidisciplinarmente e dialogar com outras profissões que não somente as da saúde e, 2) olhar sempre de forma positiva e otimista para o sujeito que

queremos reabilitar, no sentido de olhar suas possibilidades e potencialidades muito mais do que sua patologia ou suas perdas. Enfermagem de reabilitação implica em sempre acreditar e não fechar qualquer prognóstico antecipadamente, por pior que o mesmo possa parecer.

Nenhum destes dois desafios é de fácil superação, na medida em que tendemos a trabalhar isoladamente enquanto profissão (é bem mais fácil o diálogo com quem utiliza a mesma linguagem nossa) ou não estabelecer relações igualitárias e dialógicas com outras profissões (temos dificuldade em estabelecer relações horizontais e de compartilhar conhecimento). Por outro lado, somos formados com o olhar muito fundamentado na fisiopatologia, e, na maioria das vezes, a patologia precede o sujeito que queremos cuidar (o diabético, o hipertenso, o pós AVE, entre outros).

A enfermagem é uma das profissões que deve ser ativamente participante no processo de reabilitação. Tem como uma de suas finalidades o cuidado terapêutico, entendido como o **cuidado do ser**, a partir do entendimento do outro enquanto sujeito autônomo e integral, dono dos caminhos de sua própria vida. Aqui, a liberdade do outro é fundamento do cuidado (Schoeller, Leopardi, Ramos, 2011). Enfermeiro é o que torna firme o *infirmus*, o não firme (Leopardi, 2006, p.10).

O termo latino **enfermeiro** tem origem no termo “*enfermo*” de **infirmus**,

que, por sua vez, resultou da fusão do prefixo **in** (negação) + **firmus**, firme, robusto, saudável. Enfermo, portanto, denota, debilidade, fraqueza, perda de forças. **Enfermeiro** é aquele que restaura tais forças, como dizia Nightingale e **Enfermagem** é o trabalho daqueles que tratam dos enfermos, para que se tornem novamente sadios e “firmes”.

Para que se possa realizar o cuidado de enfermagem é necessário então que conheçamos profundamente o outro (sujeito enfermo) na sua forma de encaminhar a vida, entendido o outro como alguém diferente de mim e com ideias, desejos, vontades e anseios próprios, que necessita de auxílio para poder retomar sua vida na plenitude possível do que está colocado para ele. Precisamos conhecer o outro como sujeito autônomo que é ou que pode vir a ser.

Não podemos confundir ou igualar a autonomia à independência. São duas coisas aparentemente articuladas, porém com significados muito diferentes. Todo o sujeito deve ser autônomo, no sentido de governar a própria vida. Independente nenhum ser humano o é completamente, pois necessita de diferentes formas e em diferentes momentos de outros seres humanos ou de equipamentos. Freire (1996) define a autonomia como a capacidade de auto gerir-se e responsabilizar-se pelos próprios atos. Isso só é possível com a educação, e sua construção depende de uma série de questões, entre elas reflexão crítica sobre a prática, a humildade, a alegria e esperança, a con-

vicção de que a mudança é possível e a disponibilidade para o diálogo. Para ele “ensinar é uma especificidade humana” (Freire, 1996, p. 36) e a autonomia é uma construção humana a partir da educação. Construir a autonomia do sujeito cuidado implica em conhecê-lo, respeitá-lo e dialogar com ele em primeira instância. Implica, acima de tudo, acreditar no outro e na sua capacidade de superação.

Já, a independência evoca a possibilidade de realização de atividades sem o auxílio de outros. Ela pode ser mensurada a partir de várias escalas, a depender de quais aspectos pretende-se medir, sendo as mais utilizadas aquelas voltadas às atividades cotidianas e relacionadas à cognição. Considera-se uma pessoa independente quando ela que consegue realizar atividades comuns e mais complexas, necessárias ao encaminhamento da própria vida: mover-se, comunicar-se, alimentar-se, higienizar-se, são as mais comuns na maioria das escalas. Afinal, a vida é mais simples do que pensamos, e é uma sucessão de pequenas ações relacionadas a estas áreas.

Independência e dependência parecem ser extremos contrários e antagônicos de uma mesma escala, na qual a existência de um inviabilizaria a do outro. Esta é outra ilusão, pois, a (in)dependência não ocorre de forma global, mas em aspectos relacionados à possibilidade de realização de tarefas e de relacionamento com o mundo que nos cerca. Alguém pode ser independente em um aspecto e dependente em outro.

Também há associação direta entre dependência e deficiência, como se uma, automaticamente levasse à outra. Uma pessoa pode ser deficiente e independente e vice versa: alguém com déficit visual pode ser mais independente do que alguém com perfeita acuidade visual. Isso se relaciona mais com os mecanismos de compensação que a sociedade coloca e com a própria autonomia do sujeito. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) afirma que todos, durante a vida, se tornarão dependentes em algum momento, por um tempo maior ou menor, e que a dependência ocorre em situações concretas, histórica e socialmente determinadas. Portanto, não basta ser deficiente para ser dependente. A resposta social e a individual são tão, ou mais importantes do que a própria deficiência.

A reabilitação tem como pressuposto a autonomia do sujeito. Só o sujeito que vive a perda das habilidades (que são dele) sabe de seus limites e possibilidades para tornar-se novamente hábil. Diferentemente de outras especialidades de enfermagem, na reabilitação, dependemos da força de vontade, rebeldia e persistência do nosso “paciente”.

A enfermagem de reabilitação une duplamente a questão da autonomia do sujeito cuidado, no momento em que esta é essência da própria finalidade do trabalho de enfermagem e na interface da reabilitação, na qual, nada se consegue sem que o sujeito enfermo queira, de fato, alcançar. O enfermeiro, ao cuidar em reabilitação é um companheiro de jornada do sujeito com limitações, e, juntos estabelecem metas a serem al-

cançadas conjuntamente na construção da autonomia do sujeito. Cada um com papéis diferentes, mas ambos essenciais no processo. São dois sujeitos ativos, pessoa a ser reabilitada e enfermeiro. Isso muda radicalmente o lugar e a forma de agir do enfermeiro, que precisa, mais do que nunca, acreditar no outro e nas suas capacidades. Esta interação é necessariamente de longo prazo, para a qual precisamos construir tecnologias emancipatórias, a partir de pesquisas tanto qualitativas como quantitativas, cujos conteúdos e práticas aproximem-se do que consideramos abertura para possibilidades de estar melhor em sua condição.

O mundo da pesquisa deve refletir o mundo do trabalho, reafirmando-o, questionando-o, ou negando-o em processos concretos de cuidado. Se, na concretude do trabalho não existe um campo do mesmo, é de se esperar que a pesquisa reflita isto.

Nossa premissa, neste artigo, é de que não há cultura de pesquisa em enfermagem em reabilitação no Brasil, porque não há enfermagem de reabilitação no Brasil. Não há a concretude do trabalho de enfermagem de reabilitação, tal como ocorre com outras especialidades de enfermagem.

Discutiremos esta premissa a partir de quatro eixos articulados: as publicações relacionadas ao tema, os grupos de pesquisa em enfermagem de reabilitação, as políticas públicas e o mercado de trabalho dessa área. Frente a estes quatro eixos, teceremos breves considerações sobre a magnitude da dependência

e os dependentes no Brasil – campo gerador da necessidade de enfermeiros de reabilitação e do mercado de trabalho.

Para analisar as publicações foram coletados dados no PORTAL CAPES. O portal CAPES é uma biblioteca virtual sob responsabilidade do Ministério da Educação, com um acervo de 34 mil periódicos com textos completos e 130 bases de dados (Brasil, 2013). A busca aos grupos de pesquisa cadastrados foi feita no site do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – que mantém as informações de todos os grupos de pesquisa cadastrados no Brasil. As informações sobre o mercado de trabalho foram coletadas no Ministério da Saúde e no Conselho Federal de Enfermagem, que regula a profissão do enfermeiro. Em relação aos dados epidemiológicos, os mesmos foram coletados nos sites governamentais de morbimortalidade e em estudos epidemiológicos reconhecidos.

Foram selecionados artigos resultantes do cruzamento das palavras enfermagem e reabilitação, independente da língua, desde que a pesquisa fosse realizada por enfermeiros brasileiros e no Brasil. Resultaram 265 artigos, que, após a análise mais detalhada, restaram 40 artigos, conforme Quadro 1.

No referido quadro evidencia-se que, inicialmente, as publicações relacionadas foram resultantes de trabalhos realizados no Estado de São Paulo, das Escolas de Enfermagem das Universidades Federais.

A lesão medular figurou entre as principais preocupações. Nos anos mais recentes as publicações diversificaram-se em localização e temática, ampliando para estudo com pessoas amputadas, mastectomizadas, cardíacas e idosas, além da lesão medular. Há o aumento crescente nas pesquisas com pessoas idosas.

Somente cinco (05) artigos refletem sobre o espaço, a formação e a pesquisa em enfermagem de reabilitação no Brasil. Destes, três foram escritos pelo mesmo pesquisador, a partir da mesma instituição e antes do ano de 2006, evidenciando uma tentativa inicial de se estabelecer alguns limites da especificidade enfermagem de reabilitação no Brasil. Ainda, quatro são de revisão de literatura sobre a produção na área. O mais recente se propôs a realizar uma revisão sistemática, respondendo sobre o papel da enfermagem na reabilitação físico motora, que aponta contradições, nas quais, por um lado a maioria das prescrições de reabilitação são de outros profissionais que não os de enfermagem, por outro, o enfermeiro objetiva a

“independência funcional dos pacientes através do autocuidado, o treinamento dos pacientes para a execução das atividades da vida diária, o estabelecimento do relacionamento terapêutico com os pacientes, além da promoção e educação para saúde.”(Andrade et al, 2010, p. 1058)

Quadro 1: Publicações brasileiras relacionadas à enfermagem de reabilitação, período de 1996 a maio de 2013

Período	Universidade	Revista	Temática	Temas relacionados
2007 a 2009	USP - RR (02), USP (02), UNIFESP (01), UFMG (01), SARAH (01), UFG (02), UFC, (01), UFRG (01), UECARIRI (01)	Revista da Escola Paulista de Enfermagem (02), Acta Paul. Enferm. (02), Revista Enfermagem da Escola Anna Nery (01), Revista Eletrônica de Enfermagem (02), Rev. Latino-Am. Enfermagem (02), Revista Brasileira de Enfermagem (01), Revista Brasileira de Fonoaudiologia (01)	Inclusão social da pessoa com dependência	Dependencia
			O papel da enfermagem na reabilitação física	Enfermagem de Reabilitação
2004 a 2006	USP - RB (04), USP (01), UFC (01), UNR (01)	Revista da Escola Paulista de Enfermagem (02), Rev. Latino-Am. Enfermagem (02), Revista da Escola Anna Nery (02), Revista Brasileira de Enfermagem (01)	Qualidade de vida de queimados em reabilitação	Queimados
			Rede apoio a pessoas com Acidente Vascular Encefálico	Acidente Vascular Encefálico
			Expectativa dos alunos sobre Ensino Reabilitação	Enfermagem de Reabilitação
			Adesão mastect a reabilitação	Mastectomizadas
			Assistência à criança com paralisia cerebral	Pediatria
			Independência funcional de pessoas com lesão medular	Lesão medular
			Conhecimentos e necessidades de hipertensos revascularizados em reabilitação	Cardíaca
			Conhecimentos enfermagem pacientes com disfunção de deglutição	Distúrbios da deglutição
			Crença religiosa e pacientes oncológicos	Oncologia
			Diagnóstico de enfermagem em pessoas com lesão medular	Lesão medular
2000 - 2003	USP - RP (02), Univ. Est. Campinas (01)	Rev. Latino-Am. Enfermagem, Rev. Esc Enferm USP, Revista Enfermeria Global	Alimentação de criança com fissura lábio palatal	Mal formação cráneo facial
			Técnica limpa do Auto cateterismo	Lesão medular
			Auto estima pessoas com e sem fenda	Mal formação cráneo facial
			Avaliação funcional de pessoa idosa com amputação	Amputação
			Reabilitação da pessoa com lesão medular no brasil: tendências de investigação	Lesão medular
			Atividade física em mastectomizadas	Mastectomizadas
			Significados do cuidar para o cuidador de pessoa com lesão medular traumática	Lesão medular
			Cuidar de tetraplégicos no domicílio	Lesão medular
			Dor neuropática pós lesão medular	Lesão medular
			Enfermagem em reabilitação	Enfermagem de Reabilitação
< 1999	USP - RP	Rev. Latino-Am. Enfermagem (02), Rev Esc Enferm USP (02)	SAE e Vanda Horta	Sistematização da Assistência em Reabilitação
			Significado do Trabalho em equipe de reabilitação em mal formação cráneo facial	Mal formação cráneo facial
			Enfermeiro especialista reabilitação	Enfermagem de Reabilitação
			Enfermagem em reabilitação	Enfermagem de Reabilitação
			Dor neuropática pós lesão medular	Lesão medular
			Cuidar de tetraplégicos no domicílio	Lesão medular
			Significados do cuidar para o cuidador de pessoa com lesão medular traumática	Lesão medular
			Atividade física em mastectomizadas	Mastectomizadas
			Reabilitação da pessoa com lesão medular no brasil: tendências de investigação	Lesão medular
			Avaliação funcional de pessoa idosa com amputação	Amputação

2010 a 2013

UFSC (02), ENSP (01), UFFARÁ (01), UFG (01), UFG (01), UEMARINGÁ (01), UNB (01), USP - RB (01), USP (01)

Ciência e Saúde Coletiva (02), Revista Paulista de Enfermagem (02), Revista Eletrônica de Enfermagem (02), Rev. Latino-Am. Enfermagem (01), Revista Brasileira de Enfermagem (01), Revista Cuidado é Fundamental (01)

Atendimento de reabilitação à pessoa idosa	Idoso
Avaliação funcional do idoso	Idoso
Capacidade funcional do idoso	Idoso
Características das pessoas com lesão medular atendidas em um Centro de Reabilitação	Lesão medular
O descuidar da pessoa com lesão medular na Atenção Básica	Lesão medular
Diagnóstico de enfermagem à pessoa com mobilidade física prejudicada pós AVE	Acidente Vascular Encefálico
O tetraplégico e seu cuidador	Lesão medular
Qualidade de vida de mães com criança com paralisia cerebral	Pediatria
Motivações na reabilitação cardíaca	Cardíaca
Produção nacional sobre reabilitação em mastectomizados	Mastectomizadas
SAE em uma unidade reabilitação	Sistematização da Assistência em Reabilitação

Porém, a preocupação do enfermeiro transcende a simples independência funcional para a realização das atividades da vida diária, ao considerar o sujeito que está se reabilitando como uma pessoa na sua integralidade, reforçando o seu bem estar bio psico social e espiritual. O artigo destaca que o enfermeiro raramente é visto como colaborador no processo interdisciplinar de reabilitação, sendo, muitas vezes desvalorizado; isso, devido ao próprio desconhecimento do enfermeiro sobre sua importância, sem considerar o julgamento dos “profissionais que detém maior domínio no processo de reabilitação, que são o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional.” (Andrade et al, 2010, 1058)

Devido à própria essência do trabalho de enfermagem, o único profissional em contato permanente com a pessoa que se reabilita é o enfermeiro, e isso, associado à percepção da integralidade do sujeito inerente à profissão, é motivo pelo qual esse profissional tem mais condições de coordenar a equipe de reabilitação. Da mesma maneira, a aproximação do enfermeiro com o sujeito cuidado cria as condições ideais para que a reabilitação seja direcionada às atividades da vida diária do sujeito, num treinamento persistente e sucessivo, tal qual o processo de re – habilitação necessita.

Apesar de haverem poucas pesquisas direcionadas objetivamente à enfermagem de reabilitação fundada na dependência, esta realidade muda substancialmente quando se trata de pesquisas brasileiras diretas sobre deficiência, suas causas e cuidados de enfermagem (não sob a ótica de re-habilitar, mas somente do cuidado terapêutico). Assim é que, pesquisa rápida em banco de dados da CAPES com os descritores enfermagem e: amputação - 115 periódicos; deficiência física - 15 periódicos; dependente - 27 periódicos; idoso - 227 periódicos, entre outros. Isso evidencia a riqueza da pesquisa voltada à pessoas com deficiência física, porém, sem a cultura da reabilitação.

Quanto aos grupos de pesquisa no Brasil, os responsáveis pelo incremento da pesquisa científica em enfermagem, o total de grupos cadastrados em 2013 no CNPQ é de 513, sendo, que 10 (0,19%) abordam, em algum momento do seu escopo ou das linhas de pesquisa, a enfermagem de reabilitação. Destes 4 pertencem ao Estado de São Paulo, 03 ao Nordeste brasileiro, 02 ao Rio Grande do Sul e 01 é da Rede de Referência em Reabilitação do Brasil - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

A atual política nacional do deficiente vigente no Brasil é denominada Viver sem Limite, e foi sancionada por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Segundo o IBGE, 45 milhões de brasileiros alegam possuir alguma deficiência. A política prevê a inclusão social através do acesso à educação e ao trabalho através da convergência de ações voltadas à pessoa com deficiência.

Em relação à saúde aponta para:

qualificação das equipes de atenção básica; criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados aos serviços de reabilitação física do Sistema Único de Saúde (SUS); qualificação da atenção odontológica, tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica. (Ministério da Saúde, 2011, p 37).

Com base nisto deveríamos esperar uma ampliação do mercado de trabalho em reabilitação, especialmente em enfermagem. Mas o desdobramento das políticas voltadas à pessoa com deficiência, ao ampliar a rede de serviços prestada a esta parcela populacional, centra a assistência em dois profissionais: o médico e o fisioterapeuta. Santa Catarina, com uma população estimada em 2012 de 6.383.286: possui um plano estadual de reabilitação, de 2008, que prevê três níveis de atendimento: um primeiro nível intermunicipal, um nível intermediário, e um centro de referência em medicina física e reabilitação (Santa Catarina, 2008). Segundo o Plano, o primeiro nível deve contar com : um médico (não necessariamente fisiatra), um fisioterapeuta, um assistente social e profissionais de nível médio. O nível intermediário deve conter: médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro, profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação. Já, em alta complexidade deve-

rão constar da equipe: Médico Fisiatra, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação. O enfermeiro não faz parte da primeira equipe, sendo substituído pelo outros profissionais.

São previstos dois estabelecimentos de alta complexidade em Santa Catarina: um na capital e outro no Extremo Oeste do Estado, distante 551 quilômetros. Isso implica na obstaculização do acesso aos serviços de reabilitação, processo que ocorre na prática, cotidianamente, apesar dos discursos governamentais de acesso universal aos serviços.

O Brasil conta com um serviço próprio de reabilitação, referência internacional: a rede de hospitais de reabilitação Sarah. Esta rede possui hospitais de reabilitação em oito pontos brasileiros, distribuídas nas especialidades de reabilitação em ortopedia, neurologia, pediatria, oncologia, entre outras. É uma rede própria sem articulação prévia com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Atende por demanda oriunda de todos os municípios brasileiros, por contato direto com a Rede. Isso implica em obstáculos ao encaminhamento para a reabilitação. Ainda, no serviço público, o Brasil possui a Rede Luci Montouro, somente do estado de São Paulo. Esta rede é recente (aproximadamente 3 anos) e não há, ainda, estudos socializados sobre o trabalho por ela desenvolvido.

Cabe-nos refletir agora sobre a legislação profissional acerca desta especialidade. No Brasil a profissão do enfermeiro é legislada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina o espaço de atuação profissional e as requisições legais para esta atuação. A Resolução 389/2011 (Cofen, 2011) do estabelece, como especialidades de enfermagem no Brasil, um total de 44 especialidades e 37 sub especialidades. Porém, não há a especialidade de enfermagem de reabilitação. Com o reconhecimento e o estatuto de, aproximadamente 90 especificidades no campo profissional de enfermagem brasileiro, a enfermagem de reabilitação inexistente. O desdobramento desta resolução implica que as especializações deste campo não são reconhecidas como tal, podendo, quando muito, ser encaixilhadas em outras das 90 reconhecidas.

Temos no Brasil em enfermagem de reabilitação: pouca pesquisa, espaço demandado pela política pública de fortalecimento da fisioterapia, instituições fechadas de reabilitação e lacuna de legislação. A questão agora é contrapor este cenário com a necessidade epidemiológica: qual a incidência de pessoas que demandam reabilitação?

Segundo a OMS, 10 % da população possui alguma ou múltiplas deficiências. Neste estudo, foram considerados deficientes físicos aqueles que, independentemente da causa, possuem alterações de suas formas ou funções físicas, com diferenças visíveis e perceptíveis em relação àquelas pessoas consideradas normais e que resultem em limitações cotidianas.

Pesquisas e/ou estimativas e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao censo de 2010 apontam preliminarmente para um quadro de que cerca de 45.623.910 brasileiros (23,9% da população) referiu algum tipo de deficiência.

A deficiência é problema contemporâneo de saúde pública, dado pela mudança de perfil epidemiológico e demográfico. Na medida em que as pessoas vivem mais passam a ter dependência nos últimos anos de vida. Também a violência urbana acrescenta sempre novos deficientes, que, com atenção pública de qualidade têm sua autonomia e qualidade de vida assegurados.

Nesse sentido, é crescente a demanda por enfermeiros de reabilitação. Há o descompasso entre a demanda epidemiológica e as condições de trabalho no Brasil. Mesmo sabendo-se da importância do mesmo.

No Brasil, apesar da necessidade epidemiológica crescente de enfermeiros de reabilitação, dada pelo aumento da violência urbana que produz uma magnitude de pessoas jovens com deficiência e pelo aumento da expectativa de vida, responsável por outra magnitude de deficientes idosos, esta especialidade inexistente ou é incipiente. Não há o reconhecimento legal do Conselho Profissional sobre esta especialidade e as políticas públicas reforçam a associação entre reabilitação e outras profissões que não a enfermagem.

A pesquisa reflete a lacuna no mercado de trabalho. Este é um campo a ser construído.

Bibliografia

Andrade LT de, Araújo EG de, Rocha K da, Soares DM, Clanca TCM (2010). Papel da Enfermagem na Reabilitação Física. *Rev Bras Enferm*, nov-dez; 63;6: 1056-60.

Conselho Federal de Enfermagem (2011). *Resolução 389 – atualiza, no sistema COFEN e CORENs, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades*. DF, 18 de outubro de 2011.

Brasil (2013). *Capex - institucional*. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_painstitucional&mn=69, acessado em 23/05/2013, 10:31 hs.

Ministério da Saúde (2011). *Viver Sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. DF.

Freire, P (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire*. – São Paulo: Paz e Terra.

Leopardi MT (2006). *Teoria e método em assistência de enfermagem*. Florianópolis: SOLDASOFT.

OMS (2011). *Relatório Mundial sobre deficiência*. São Paulo: OMS.

Secretaria de Estado da Saúde - Santa Catarina (2008). *Plano Operativo para a organização da rede de assistências à pessoa com deficiência física de Santa Catarina*. Florianópolis.

Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FRS (2011). Cuidado, eixo da vida, desafio para a enfermagem. *R. Enferm. UFSM*; Jan/Abr;1;1:88-96.

Doente submetido a amputação do membro inferior – o enfermeiro de reabilitação no processo de transição

Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira

Centro Hospitalar de São João, E.P.E. (vpereiraenf@gmail.com)

Resumo

A enfermagem enquanto essência de cuidar tem por base a relação e a interação com o outro, permitindo o crescimento mútuo, sendo para isso indispensável cuidar o doente no âmbito da sua família e do meio envolvente.

Perante a inquietação com a questão da amputação, suas implicações e sentimentos despoletados na pessoa que experiencia uma transição para a deficiência no contexto de uma doença crónica, realizou-se este estudo com o objetivo de melhor compreender esse fenómeno. A revisão bibliográfica permitiu aprofundar conhecimentos sobre a patologia e a repercussão desta no doente e na família. Foram realizadas dez entrevistas com doentes submetidos a amputação, para tentar compreender como percebem e lidam com esta situação de crise.

Através da análise dos discursos dos doentes tentou-se perceber os seus significados, a partir da experiência de quem os vivência possibilitando desvendar algumas facetas do fenómeno amputação, sob um referencial fenomenológico, e compreender como se faz uma transição deste tipo. Aprofundou-se também o reconhecimento dado ao enfermeiro especialista em reabilitação neste processo de transição, no qual se preconiza a reintegração da pessoa na sociedade da forma mais adaptada possível, motivando-a para novos conhecimentos, estratégias e recursos que se pretendem facilitadores da transição saúde/ doença.

Para melhor perceção dos dados recolhidos e mais fácil interpretação, seguimos a lógica do Modelo de Transições em Enfermagem de Meleis.

Palavras-chave: Doença crónica, Amputação, Transição, Enfermagem, Reabilitação.

Abstract

Nursing, as far as the essence of caring, is based on the relationship and the interaction with the other, allowing mutual growth, for which caring for the patient in the context of his family and environment is a requisite.

Given the unrest brought about by amputation, its implications and the feelings of the individual that experiences a transition to impairment in the context of a chronic illness, a study to better understand the phenomenon was developed. Bibliographic review allowed deepening knowledge on the illness and its repercussion on the patient and relatives. Ten interviews with amputated patients were performed to try to understand how they perceive and handle this crisis situation.

Based on interview analysis the meaning of the situation was sought, taking into account the experience of those that live it enabling to uncover some of the aspects of the amputation phenomenon, upon a phenomenological referential and understand how the amputated patient makes this transition. We also analyzed the recognition given to the rehabilitation specialist nurse in this transition process, in which the objective is to bring the patient back to society in the most adapted way motivating them to new knowledge, strategies and resources aimed at improving the transition health/ disease.

For better understanding and easier interpretation of the collected data, the

logic of the Meleis Model of Transitions in Nursing was used.

Keywords: Chronic illness, Amputation, Transition, Nursing, Rehabilitation

Introdução

As doenças do aparelho circulatório são das doenças crónicas as principais causas de morte em Portugal, atingindo 31,9 % em 2009, segundo Carrilho e Patrício (INE, 2010, p. 121). Por outro lado, as doenças crónicas são responsáveis pelo aumento significativo do número de internamentos hospitalares. De salientar que a doença arterial tem como fatores de risco a hipertensão, a diabetes, a obesidade, o tabaco, o sedentarismo e a idade, sendo que alguns deles também são por si só doenças crónicas. Cada vez mais é necessário adotar medidas integradas, complementares e interdisciplinares que potenciem na população adesão ao regime terapêutico e gestão da sua doença.

Em Portugal, o estilo de vida associado a uma dieta desadequada, o tabagismo não controlado na idade adulta e o aumento em jovens, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e o sedentarismo favorecem o aparecimento de doenças crónicas como a diabetes, a obesidade e a hipertensão.

Considerando que, uma grande parte das doenças crónicas são silenciosas, não permitem que haja uma efetiva prevenção. Quando se manifestam

acarretam elevados custos de saúde e sociais implicando uma reestruturação familiar com necessidades de aprendizagem para viver e gerir a situação de doença. No entanto, nem sempre há desconhecimento da doença mas sim negligência no tratamento levantando a necessidade de perceber quais os motivos que levam ao incumprimento da gestão da doença crónica. Contudo, corroborando com Phipps et al. (2003, p. 159), *“o enfermeiro precisa de avaliar a situação, para verificar quais as razões por que o doente não está a cumprir as recomendações terapêuticas”*. Claro está que há um longo trabalho no sentido de consciencializar as pessoas a viver com mais saúde, bem-estar e melhor qualidade de vida.

Na maior parte das vezes, o doente que tem necessidade de ser amputado por isquemia crónica já tem um longo percurso de doença e de internamentos implicando o afastamento da família e consequentemente o aparecimento de sentimentos, necessidades, dificuldades, ... que se traduzem em vivências únicas. Este aspeto ganha mais força perante a necessidade do doente ser sujeito a amputação do membro fazer a transição para a deficiência mais tranquila e suave sem produzir efeitos negativos. Daí pensarmos que para prestar cuidados de enfermagem holísticos ao doente e à sua família será importante conhecermos como se processa essa transição na pessoa que a vivencia.

Como se compreende, esta vivência constitui um acontecimento marcante

e reveste-se de grande sobrecarga psicológica para além das limitações físicas inerentes, requerendo um grande apoio no processo de reabilitação físico e psicossocial, no qual os enfermeiros especialistas têm um papel preponderante.

Objetivos

Este estudo teve como objetivos aprofundar conhecimentos sobre: a problemática da doença crónica, a experiência do doente crónico perante a necessidade de amputação e como é que o doente faz essa transição enquadrando-a na Teoria das Transições de Meleis. Numa análise aprofundada pretende-se saber até que ponto a atuação dos enfermeiros, em especial do enfermeiro de reabilitação responde às necessidades sentidas pelos doentes.

Metodologia

A abordagem qualitativa, do tipo fenomenológico, através de um estudo exploratório-descritivo foi a opção metodológica adotada. Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada aos doentes internados no serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar de um hospital central. Os resultados foram obtidos de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo definidos por Bardin (2009).

Resultados

O facto destes doentes vivenciarem uma doença crónica acompanhada de sofrimento intenso faz com que percebam e aceitem melhor o desfecho do tratamento numa amputação. A evidência demonstra que uma vez instalada a doença arterial, o prognóstico é mau a curto/ médio prazo e que a prevenção/ controlo dos fatores de risco será, sem dúvida, a aposta a considerar. No entanto, podemos verificar que a adesão dos doentes a este facto é muito baixa. O doente experiencia sentimentos contraditórios ao longo da transição que só se percebem no enquadramento de quem vivência uma amputação. A família funciona como porto de abrigo ao longo da transição, necessitando também ela de atenção dos cuidados de enfermagem.

Ficou clara a importância da natureza das transições para se perceber as vertentes em que se torna evidente a necessidade de intervir enquanto profissionais de saúde, com a perspectiva de um cuidar holístico. Os enfermeiros e em especial o enfermeiro com especialidade em reabilitação têm capacidades e competências para intervir tanto ao nível da família como sociocomunitário. O facto de estarem sempre presentes, a nível institucional, favorece não só o contacto com o doente e família como o detetar de problemas sendo possível articular com eles e os demais profissionais da equipa interdisciplinar possíveis estratégias de resolução. É visível a preocupação dos profissionais

de enfermagem no desenvolvimento de potencialidades para a autonomia do doente no autocuidado.

Conclusão

Há décadas que se faz investigação em enfermagem em Portugal, no entanto, parece ainda difícil aos enfermeiros assumir a sua responsabilidade no desenvolvimento desta vertente profissional. Na escalada da enfermagem, na busca da afirmação como ciência, é importante cimentar uma prática baseada na evidência, regendo-se por princípios científicos e na procura de novos conhecimentos, que só a investigação poderá justificar. Este crescimento terá, certamente, como consequência uma maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde e, especialmente, da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e às famílias.

A doença crónica e a diferença física que dela pode advir poderão forçar uma mudança no estilo de vida. Desta forma, o doente submetido a uma amputação deve ser visto como um todo, sendo objetivo da equipa interdisciplinar que este seja capaz de se tornar independente aproveitando ao máximo as suas potencialidades. Para que isto aconteça este tem de se sentir bem, sem dor e sem complicações para estar disponível e colaborar no processo de transição no qual a reabilitação tem um papel fulcral.

Não podemos esquecer que o doente é parte integrante de uma família que

por sua vez, também tem vivenciado a evolução da doença crónica e, por isso, implicada no processo de transição saúde/ doença, já para não falar da transição que a família enquanto instituição tem que fazer.

É necessário ter sempre presente que cada doente/ família é única, com a sua cultura, valores, crenças, atitudes, objetivos e prioridades. A forma como a deficiência os afeta depende de vários fatores e varia de pessoa para pessoa. Perante os problemas que vão surgindo, o agregado familiar inicia todo um conjunto de ajustes nas suas relações intra-familiares, no sentido de se adaptarem à situação. Com o tempo acaba por haver essa adaptação, mas são frequentes as fases de desânimo e angústia, principalmente em situação de doença relativamente à sua recuperação e ao futuro.

Cabe aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros de reabilitação a aproximação ao doente e aos seus familiares para de alguma forma intervir neste momento de crise, tentando saber mais sobre o doente e sua família, mobilizando os seus conhecimentos a nível cognitivo, sócio-afectivo e funcional.

Sendo a família o pilar central quando pensamos no apoio social que o doente necessita, torna-se premente gerir o seu envolvimento no autocuidado do doente exigindo a quem o faz experiência e sensatez para conseguir uma abordagem holística.

Prestar cuidados de enfermagem adequados e instruir o doente e a família a prestar alguns cuidados, esclarecer sobre os recursos disponíveis na comunidade, tipo de apoio económico que podem usufruir assim como produtos de apoio e centros de reabilitação, no sentido de os auxiliar na satisfação das suas necessidades, são atividades importantes do enfermeiro.

Nas funções desenvolvidas pela enfermagem de reabilitação, para além da relação enfermeiro/ doente/ família está também incluída a comunidade no processo de tratamento e recuperação, devendo, sem dúvida, haver uma articulação estreita entre os diferentes recursos que são oferecidos pela comunidade e as instituições onde o doente está internado. O assegurar a continuidade de cuidados, não descorando a importância dos prestadores de cuidados informais orientando-os e acompanhando-os reforça e dá visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação.

Com os resultados obtidos com esta investigação conseguimos compreender as necessidades que os doentes mais referem e até que ponto a intervenção do enfermeiro e em particular do enfermeiro de reabilitação pode ser ajustada para um maior contributo no processo transacional para que o doente integrado no seu meio consiga atingir um nível de qualidade de vida satisfatório.

Para finalizar e corroborando com Meinoita (2012, p. 35) que refere Hesbeen (2000) afirmando que *“mesmo quando*

não é possível promover a autonomia e a resiliência, os Enfermeiros de Reabilitação são aqueles que terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais dependentes”.

Bibliografia

Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recursos aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau.

Albuquerque, L.; Falkenbach, A. P. (2009). Imagem corporal em indivíduos amputados. [Versão eletrónica]. *Revista Digital, Buenos Aires*, 14 (131). Acedido em 26 de Outubro de 2010, em: <http://www.efdeportes.com/efd131/imagem-corporal-em-individuos-amputados.htm>

Alves, D. [et al.] (2009). Cultura e imagem corporal. Fundação técnica e científica do desporto. [Versão eletrónica]. *Motricidade*. Acedido em 3 de Outubro de 2011, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a02.pdf>

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bittencourt, R. S. (2006). *Amputação e estratégias defensivas*. [Versão eletrónica]. Palhoça, Relatório de pesquisa apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina. Acedido em 22 de Abril de 2011, em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/RenataSouzaBittencourt.pdf>

Buchow, H.; Cayotte, E.; Agafitei, L. (2012). Circulatory diseases - main

causes of death for persons aged 65 and more in Europe. [Versão eletrónica]. *Eurostat, Statistics in focus*. Acedido em 26 de Fevereiro de 2012, em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OF-FPUB/KS-SF-12-007/EN/KS-SF-12-007-EN.PDF

Carrilho, M. J.; Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. [Versão eletrónica]. *Revista de Estudos Demográficos*, 48. Acedido em 26 de Fevereiro de 2012] em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2

Carvalho, J. M. S. (2012). *O homem portador de carcinoma da próstata: uma transição no masculino*. Loures: Lusociência.

Chick, N.; Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. [Versão eletrónica]. *Nursing Reseach Methodology*. Acedido em 20 de Abril de 2011, em: <http://repository.upenn.edu/nrs/9/>

Chini, G.; Boemer, M. (2007). A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. [Versão eletrónica]. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(2). Acedido em 5 de Outubro de 2011 em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21

Diabetes: Factos e Números (2009). *Relatório Anual do observatório Nacional da Diabetes*. [Versão eletrónica]. Portugal. Acedido em 30 de Maio de 2011, em: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15915>

Doenças e Acidentes em Portugal (2008). (CRPG) Centro de Reabilitação profissional de Gaia. Vila Nova de Gaia [Versão eletrónica]. Acedido em 30 de

Maio de 2011 em: www.crrpg.pt/site/Documents/id/colecao/Doencas%20e%20acidentes%20em%20Portugal.pdf

Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. [Versão eletrónica]. *RevEscEnfermUSP*. São Paulo, 40(1). Acedido em 11 Jan. 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

Gabarra, L. M.; Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. [Versão eletrónica]. *Aletheia*, 30. Acedido em 12 de Novembro de 2011, em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013591006.pdf>

Guerra, J. (2009). *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. [Versão eletrónica]. Acedido em 9 de Dezembro de 2011, em: http://side.utad.pt/cursos/storage/ENF/4389/1286879782_gestao_da_doenca_cronica.pdf

Kralik, D.; Visentin, K.; Loon, A. (2006). *Transition: a literature review – Integrative literature reviews and meta-analyses*. [Versão eletrónica]. Blackwell publishing Ltd . The Authors. Journal compilation. Acedido em 24 de Outubro de 2011, em: <http://www.mendeley.com/research/transition-a-literature-review/#page-1>

Marques, M. S. Q. (2008). *Sentimentos de Perda: Vivências da mulher com amputação do membro inferior*. [Versão eletrónica]. Porto, Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em 22 de Dezembro de

2011, em :<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7150/2/DissertaoMestradoMarina.pdf>

Meleis, A.; Trangenstein P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. [Versão eletrónica]. *Nursing Outlook*, 42(6). Acedido em 10 de Janeiro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>

Meleis, A. I. [et al.] (2000). *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*. Aspen Publishers, 1(23).

Meleis, A. I. (2011). *Transition Theory*. [Versão eletrónica]. Alligood. Acedido em 28 Fevereiro de 2011, em: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/sample-chapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4.^a ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.

Menoita, E. C. (2011). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusociência.

Norgreen, I. [et al.] (2007). Inter-Society consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*. [Versão eletrónica]. Acedido em 10 de Maio de 2011, em: http://www.sirweb.org/clinical/cpg/TASC_guidelines.pdf

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Coimbra: Formasau.

Phipps, W. J.; Sands, J. K.; Marek, J. F. (2003). *Enfermagem medicocirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6.ª edição. Loures: Lusociência.

Pires, A. I.; Pereira, J. A.; Pereira, V. L. (2010). *A família na experiência de cuidar de um doente amputado*. In: *Colectânea de textos: enfermagem de reabilitação*. Coimbra: Formasau.

Quadros, L. F. C. D. (2010). *A prevalência e a repercussão psicológica e funcional da dor e sensação fantasma na amputação do membro inferior por isquémia avançada*. [Versão eletrónica]. Lisboa, Tese de

Mestrado em Ciências da Dor apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa. Acedido em 4 de Janeiro de 2012, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1977/1/591758_TESE.pdf

Schumacker, K. L., Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. [Versão eletrónica]. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2). Acedido em 2 de Dezembro de 2012, em: <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacker-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>

A evidência demonstra que uma vez instalada a doença arterial, o prognóstico é mau a curto/ médio prazo e que a prevenção/ controlo dos fatores de risco será, sem dúvida, a aposta a considerar. No entanto, podemos verificar que a adesão dos doentes a este facto é muito baixa. O doente experiencia sentimentos contraditórios ao longo da transição que só se percebem no enquadramento de quem vivencia uma amputação. A família funciona como porto de abrigo ao longo da transição, necessitando também ela de atenção dos cuidados de enfermagem.

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

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

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

Introdução

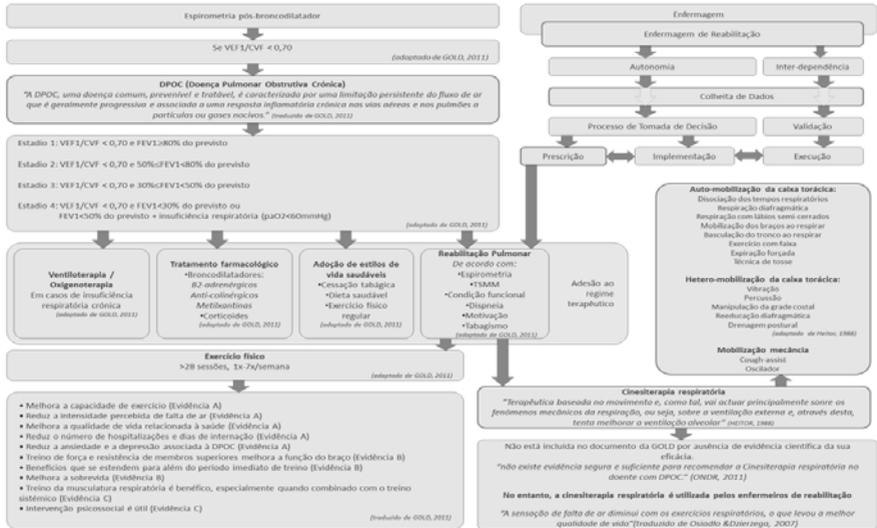
A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento de incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013). Em Portugal, estima-se uma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

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

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

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

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



Esquema 1 – Resumo do enquadramento teórico do estudo

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

Esquemáticamente, podemos representar os parágrafos anteriores pelo esquema 1.

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

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

Objetivo

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

O Método de Investigação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Execução e análise das sessões

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



Esquema 2 - Execução das três sessões do grupo focal

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

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

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

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

Foi averiguada a existência de:

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

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

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

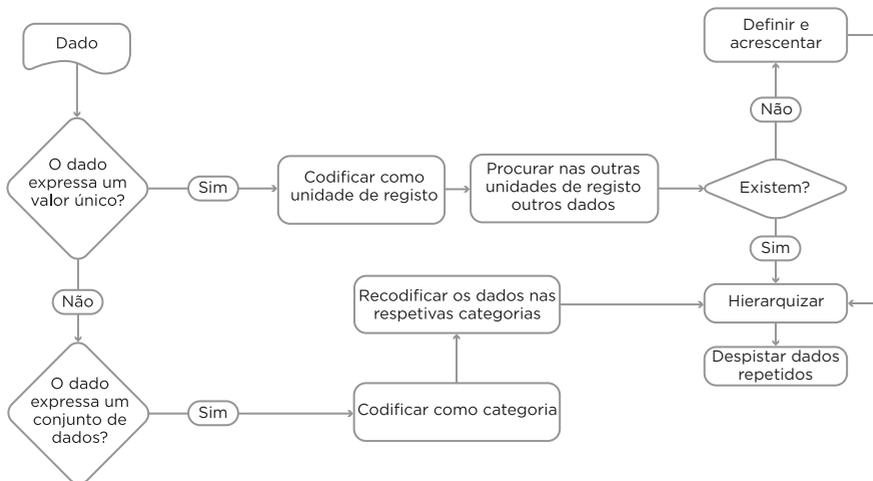
segunda sessão, foi solicitado aos participantes que se manifestassem sobre:

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

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

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

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



Esquema 3 - Fluxograma

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

Resultados

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

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

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

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

Tabela 2 - Resultados finais do grupo focal

Consulte o [Suplemento 1](#)

Após o processo de categorização, foram identificados cinco domínios:

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

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

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

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

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

Conclusões

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

Papel/ competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos

José Alberto Teixeira Pires Pereira

Centro Hospitalar de São João, E.P.E (jalbertopereira@gmail.com)

Resumo

O presente estudo teve como objetivo conhecer as competências do enfermeiro de reabilitação em unidades de cuidados intensivos de um hospital central da região norte de Portugal, a partir do relato das experiências dos enfermeiros. Optou-se por um estudo exploratório descritivo com uma abordagem qualitativa. A amostra foi não probabilística intencional, constituída por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo sete do género feminino e dois do masculino, com uma média de idade de 37 anos. Relativamente à experiência profissional apresentavam uma média de 14 anos e uma média de 3 anos em relação à especialidade de reabilitação.

Para a recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada e para o

tratamento dos dados efetuamos a análise de conteúdo.

A finalidade deste estudo consistiu em compreender as competências do enfermeiro de reabilitação em contexto de trabalho e perceber a influência do contexto da prática, da trajetória pessoal e profissional na construção dos saberes de forma a contribuir para uma melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No decurso do trabalho emergiram cinco unidades de análise: atitudes no desenvolvimento profissional; mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas; processo formativo; fatores de desenvolvimento de competências e fundamentação dos saberes.

Palavras-chave: Enfermeiro; Reabilitação; Unidades de Cuidados Intensivos; Competências.

Abstract

The goal of the present study was to understand the competences of the rehabilitation nurse in intensive care in a central hospital in northern Portugal, based on nurses experience reports. A descriptive exploratory study with a qualitative approach was chosen. The sample was non probabilistic intentional and consisted of nine rehabilitation specialist nurses, of which 7 female and 2 male, with an average age of 37. In terms of professional experience these nurses had an average of 14 years nursing experience and 3 years rehabilitation nursing experience.

For data collection a semi-structured interview was chosen and for data investigation, content analysis was performed.

The purpose of this study was to understand the competences of rehabilitation nurses in the workplace and understand the influence that the context of practice, personal and professional trajectory has on the construction of knowledge to contribute to a better practice of rehabilitation nursing care.

During the work, five analysis units arose: behaviours regarding professional development; stressful or emotional situation process; training process; competencies development factors and knowledge settlement.

Key words: Nurse; Rehabilitation; Intensive Care Unit; Competencies.

Introdução

A investigação científica é reconhecida pela profissão de enfermagem como uma estratégia que permite alargar conhecimentos essenciais à sua prática, sendo através desta que os enfermeiros adquirem competências que lhes permitem tomar decisões adequadas e fundamentadas cientificamente para obter uma melhoria dos cuidados prestados.

O presente estudo teve como objetivo conhecer as competências do enfermeiro de reabilitação em cuidados intensivos de um hospital central da região norte de Portugal, a partir do relato das experiências dos enfermeiros.

Objetivos

O objetivo deste estudo consistiu em compreender as competências do enfermeiro de reabilitação em contexto de trabalho e perceber a influência do contexto da prática, da trajetória pessoal e profissional na construção dos saberes.

Metodologia

Optou-se por um estudo exploratório descritivo com uma abordagem qualitativa. A amostra foi não probabilística intencional, constituída por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo sete do género feminino e dois do masculino, com uma média de idade de 37 anos. Relativamente à experiência profissional

apresentavam uma média de 14 anos e uma média de 3 anos em relação à especialidade de reabilitação. Para a recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada e para o tratamento dos dados efetuamos a análise de conteúdo.

Resultados

No decurso do trabalho emergiram cinco unidades de análise: atitudes no desenvolvimento profissional; mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas; processo formativo; fatores de desenvolvimento de competências e fundamentação dos saberes.

Conclusão

Os enfermeiros ao mobilizarem diferentes saberes na resolução de questões com que se deparam no dia-a-dia, podem levar a que muitas das respostas obtidas para essas questões os conduzam a uma ação direcionada à especificidade da pessoa e às suas preocupações, enquadradas no seu projeto de vida.

Ao contextualizar a temática em estudo salientamos o cuidado em enfermagem como um ato que requer aprendizagem prática e que progride à medida que o enfermeiro iniciado passa a perito e se enriquece como pessoa, atendendo a que a importância da prática na construção dos saberes é algo que não deve ser descurado.

A enfermagem engloba um conjunto diversificado de saberes situados na sua prática profissional, podendo e devendo ser aplicados para construir, melhorar ou desenvolver as conceções já existentes. Gostaríamos de referir a importância que teve questionarmos a prática dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação pelos contributos que nos deram para compreendermos a problemática em estudo.

Podemos concluir que quando há algum tipo de resistência à mudança, os enfermeiros de reabilitação tentam persuadir e motivar os colegas para a mudança, embora reconheçam que esta é efetuada de forma lenta, mas progressiva. Quanto à chefia é considerada como desmotivadora, sem valorizar o trabalho dos enfermeiros e criando dificuldades quando se pretende introduzir projetos que promovam a mudança.

É dada grande importância aos registos de enfermagem e à utilização de escalas e instrumentos de medida de forma a promover a continuidade de cuidados.

As relações profissionais, nomeadamente o trabalho em equipa são valorizadas e é revelada, por parte dos enfermeiros de reabilitação, segurança dentro da equipa, embora com algumas dificuldades de integração. O trabalho em equipa é considerado como a melhor forma de dar visibilidade aos cuidados prestados. O facto de se sentirem responsáveis pela visibilidade das competências dentro da equipa de saú-

de faz com que os enfermeiros consigam desenvolver o trabalho de equipa, demonstrando autonomia crescente, enriquecendo e desafiando o futuro pessoal e profissional. Segundo Gomes (1999) ser competente em enfermagem “(...) *implica necessariamente estar aberto às inovações, aceitar e promover mudanças na prática quotidiana*”.

A partilha de experiências com os colegas, como objetivo privilegiado para melhorar a prática profissional esteve presente no discurso dos enfermeiros, pela consciencialização de que as práticas de cuidados se constituem como percursos que podem conduzir à formação.

Ao refletirem sobre as perceções, representações, conhecimentos, modelos de ação e julgamentos, os enfermeiros de reabilitação são levados a encontrar novos significados que conduzem a mudanças na prática.

A continuidade de cuidados é referenciada como relevante ao favorecer ganhos em saúde e é demonstrado interesse em envolver o doente e a família.

A metodologia de organização do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é efetuada de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, dando ênfase à avaliação inicial/ apreciação; planeamento; execução e avaliação.

É incontestável que a avaliação dos cuidados de enfermagem é uma forma de garantir a sua qualidade, permitindo corrigir problemas encontrados. Esta

avaliação é possível através da pesquisa, da indagação e da investigação, fornecendo contributos que permitam reconhecer e valorizar os cuidados prestados.

Os enfermeiros entrevistados demonstram estar abertos a mudanças e a propostas inovadoras e consideraram necessário introduzir novos materiais nos serviços, criar grupos de trabalho, controlar os custos e a realização de ensinamentos como as propostas mais benéficas a introduzir nos serviços.

A ampliação de capacidades criativas, reflexivas e críticas é demonstrada através da realização de formação contínua e dos registos das atividades realizadas, o que determina a aquisição e aperfeiçoamento de saberes, conhecimentos e competências que motivam a prestação pessoal e profissional.

No que concerne aos mecanismos de reação a situações stressantes ou emotivas verificamos que os enfermeiros recorrem frequentemente a estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas que compreendem a aceitação da responsabilidade, a resolução planeada de problemas e estratégias de gestão das respostas emotivas. São descritas como principais dificuldades na prestação de cuidados as relacionadas com recursos materiais e humanos, nomeadamente a falta de enfermeiros de reabilitação nos turnos da tarde e noite e é referida a necessidade de estratégias adaptativas e o recurso ao improvisado como forma de solucionar essas dificuldades e permitir a prestação de cuidados.

No processo formativo dos enfermeiros de reabilitação são consideradas como áreas de interesse a investigação relacionada com cuidados intensivos, com geriatria, com o papel do prestador de cuidados e com a forma de demonstrar os ganhos em saúde associados às intervenções do enfermeiro de reabilitação.

Todos os entrevistados consideram importante realizar formação contínua através de leituras, frequentar congressos e reuniões científicas, bem como a pesquisa em bases de dados. São eleitas como áreas prioritárias a ventilação não invasiva e a prevenção de úlceras por pressão. Cada vez mais se nota a preocupação de fundamentar a prática com evidência científica.

A aquisição de competências técnico-científicas, relacionais e de responsabilidade, na perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, consolida-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades do doente e também da sua família.

Nos fatores de desenvolvimento de competências é dada ênfase à incorporação do modelo de Dorothea Orem (1991), nomeadamente à teoria dos sistemas de enfermagem. A ação do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos é enquadrada no sistema de enfermagem totalmente compensatório, no qual o enfermeiro

de reabilitação realiza o autocuidado pelo doente. Na fase em que o doente começa a despertar da sedação a que esteve submetido o enfermeiro compensa a incapacidade do doente através do sistema parcialmente compensatório. É dada grande importância ao sistema de apoio-educação e considerado o papel formativo do enfermeiro de reabilitação como imprescindível havendo, no entanto, necessidade de desenvolver competências na área da educação para a saúde.

De forma a adequar o tipo de assistência às necessidades do doente é considerada como etapa fundamental a avaliação e verificação dos resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do doente e familiares e dos registos efetuados.

Verificam-se diferenças significativas entre os enfermeiros especialistas recém-formados e os enfermeiros com alguns anos de experiência. Nos discursos dos enfermeiros é referida falta de segurança na prestação de cuidados relacionada com dificuldades em aliar a vertente teórica com a prática e são considerados insuficientes os conhecimentos adquiridos ao longo da especialidade, nomeadamente relacionados com a área de cuidados intensivos. Apesar das dificuldades é demonstrado orgulho em começar a praticar cuidados especializados e é dada ênfase ao reconhecimento obtido. Constatou-se ainda, que no desenvolvimento de competências, os colegas valorizam a formação prática do curso em relação

à teórica, emergindo do discurso, a importância atribuída às experiências e à reflexão sobre as mesmas e à mobilização de saberes, assim como, à relação estabelecida com os colegas.

A prática e o tempo de experiência profissional são referidos como indispensáveis ao desenvolvimento do domínio da função. A conjugação de conhecimentos, de saber-científico, saber-ser, saber-prático e saber-informação, no contexto dos cuidados intensivos, permite a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área da reabilitação visando uma atuação precisa ao doente crítico, através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados. Desta forma, e num sentido progressivo, os enfermeiros referem a importância da informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, bem como de outros tipos de formação realizada.

A diferenciação académica é considerada como tendo alguma influência na realização das funções do enfermeiro de reabilitação nomeadamente na necessidade de adequar a informação ao nível de conhecimentos do doente. Os enfermeiros acreditam poder ser veículos de mudança ao nível da recuperação do doente crítico ao abordar as alterações psicossociais e de comunicação em contexto de cuidados intensivos procurando soluções para estes problemas de saúde complexos, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência, ao nível da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.

Na fundamentação dos saberes, as competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos são consideradas fundamentais na realização de reabilitação funcional motora, nomeadamente no levante precoce e na reeducação funcional respiratória. Estas intervenções permitem ao enfermeiro de reabilitação corrigir as posturas incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar as incapacidades instaladas.

Como estratégias de transformação de competências de forma a permitir uma correta adaptação ao contexto de trabalho é reforçada a importância do saber-transformar conseguido com base numa transformação individual através dos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos.

Estes resultados são indicadores da importância atribuída pelos enfermeiros às estratégias ativas de aprendizagem e à necessidade de formação prática, com aplicação a casos concretos de modo dinâmico, para o exercício destas competências e para a excelência do exercício profissional. É ainda reforçado o conceito de aprendizagem ao longo da vida em constante formação e aprendizagem contínua, o que é corroborado por Le Boterf (2003) ao referir que a competência como um processo dinâmico implica a capacidade de integrar os vários saberes, ou seja, estamos perante um processo dinâmico, intrínseco ao indivíduo em todos os momentos do seu agir.

As competências do enfermeiro de reabilitação permitem-lhe colaborar na definição, implementação, monitorização e avaliação de estratégias com vista a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades do doente.

Em termos conclusivos os discursos dos enfermeiros de reabilitação lavam-nos a identificar um conjunto de competências emergentes, indispensáveis ao desenvolvimento da prática profissional.

Refletindo sobre os dados obtidos identificamos diferentes evidências de uma autonomia progressiva por parte dos enfermeiros de reabilitação na tomada de decisões, na resolução de situações imprevistas, na flexibilidade para trabalhar em equipa e na adoção de práticas inovadoras.

As competências pessoais relacionadas com a flexibilidade, a perceção e interperceção, a criatividade, o sentido de organização e a iniciativa foram as mais referenciadas. Por outro lado a autoconfiança, a abertura a novas ideias, a persuasão e a autonomia foram as menos descritas, o que vai de encontro às conclusões obtidas no estudo de Gomes (1999) e que serviu de base a este estudo.

Por fim, analisando a metodologia utilizada, face às perguntas de partida que nos conduziram à elaboração deste estudo, constatamos que esta nos permitiu esclarecer conceitos e ideias e ainda fornecer-nos alguns dados importantes para refletirmos sobre às práticas em

uso nas unidades de cuidados intensivos, assim como para a identificação de alguns problemas reais que podem ser alvo de futuras pesquisas em outros trabalhos.

Podemos finalizar com um pensamento de Morrie Schwartz que refere que “Qualquer perda, quando chega, vem sempre cedo demais” e acrescentar que importa intervir precocemente para minimizar essa perda.

Bibliografia

Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência: revista de educação e formação em enfermagem*, 6, 55-59.

Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. [Versão eletrónica]. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina*, 14(3): 373-382. Acedido em 8 de Outubro de 2011, em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414308.pdf>

Alarcão, I. (2005). *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. 2ª edição, Coimbra: Quarteto.

Boterf, G. L. (2005). *Construir competências individuais e colectivas: respostas a 80 questões*. Porto: Asa Editores.

Boterf, G. L. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.

- Cosme, A. F., Martins, L. M. B. (2006). Cuidar do doente com DPOC: que incapacidades do doente? Que competências exigidas aos enfermeiros? *Sinais Vitais*, 66, 47-49.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Gomes, B. P. (2006). *Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação*. [Versão eletrónica] Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 15(2), 193-204. Acedido em 18 de Abril de 2011 em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415202.pdf>
- Gomes, B. P. (2001). *Dos métodos de aprendizagem à aquisição de competências*. Porto: ESEnfCP.
- Gomes, B. P. (1999). *Enfermagem de reabilitação: das práticas às competências*. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Hesbeen, W. (2002). *A reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2ª edição, Loures: Lusociência.
- Jordão, A. (1995). *O balanço de competências: conhecer-se e reconhecer-se para gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Levy-Leboyer, C. (2009). *La gestion des compétences*. Paris: Organisation.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Porto: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2000). A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. *Sinais Vitais*, 30, 35-42.
- Lourenço, C. A. M., Mendes, R. M. N. (2011). Reabilitação em cuidados intensivos: reflexão crítica. *Nursing*, 23(270), 2-6.
- Mestrinho, M. G. (2008). Papéis e competências dos professores de enfermagem: um quadro de análise. *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2), 2-12.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2002). *Competências morais no exercício de enfermagem «cinco estrelas»*. *Nursing*, 14(171), 8-11.
- Orem, D. E. (1991). *Modelo de Orem: conceitos de enfermeria en la práctica*. Barcelona: Masson.

Pires, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4-19.

Pires, A. L. O. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.

Pires, A. L. O. (1996). Os balanços de competências. *Formar*, 21, 28-31.

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Simões, R. M. P. (2008). *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.



Refletindo sobre os dados obtidos identificamos diferentes evidências de uma autonomia progressiva por parte dos enfermeiros de reabilitação na tomada de decisões, na resolução de situações imprevistas, na flexibilidade para trabalhar em equipa e na adoção de práticas inovadoras.

As competências pessoais relacionadas com a flexibilidade, a perceção e interperceção, a criatividade, o sentido de organização e a iniciativa foram as mais referenciadas. Por outro lado a autoconfiança, a abertura a novas ideias, a persuasão e a autonomia foram as menos descritas, o que vai de encontro às conclusões obtidas no estudo de Gomes (1999) e que serviu de base a este estudo.



Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários

Fernando João Alves

UCC de Ermesinde (joao.rm.alves@gmail.com)

Resumo

A implementação de projetos potenciadores da qualidade de serviços é complexa, assim como a sua monitorização objectiva e precisa. No entanto na nossa perspectiva a qualidade tem que ser vista de uma forma dinâmica, em que há várias entradas e saídas no sistema organizacional. Uma das condições potenciadoras da qualidade do produto e dos serviços, passa por entre outros factores, pela formação que os seus profissionais têm. Passa também pela actividade dos enfermeiros junto das pessoas alvo de cuidados. Nesta perspectiva a avaliação incidiu sobre o comportamento do Enfermeiro no desempenho das atividades inerentes aos cuidados prestados à pessoa, tendo em conta o desenvolvimento científico e técnico da profissão. O recrutamento

de Enfermeiros de Reabilitação para os Cuidados de Saúde Primários implicou novas intervenções nas diferentes áreas de atuação que fazem parte das suas áreas de abrangência. Perante estas novas áreas que o Enfermeiro de Reabilitação desenvolve nos Cuidados de Saúde Primários, é viável avaliar-se a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados. A satisfação é um dos indicadores da avaliação da qualidade e perante esta problemática surgiu o tema:

- O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O objetivo deste estudo, foi de avaliar o grau de satisfação das pessoas dependentes e das pessoas prestadoras de cuidados relativamente aos cuidados de

Enfermagem de Reabilitação no domicílio em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Para tal realizamos um estudo de caso, transversal, quantitativo num ACES numa população de 74 pessoas que tiveram este tipo de assistência.

De uma forma global a maioria das pessoas estão satisfeitas (85,77%) com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Verificamos também que as dimensões com maior satisfação são o Envolvimento do utente, a Individualização da informação e a Qualidade na assistência. A dimensão que manifesta um grau de satisfação baixo é a Formalização da informação. De salientar que a média de idade dos inquiridos estudo é de 68,8 anos e o grupo etário com maior representação na população para as pessoas dependentes e para as pessoas que prestam cuidados situa-se entre os 71 e os 80 anos. Nesta realidade, estudada, temos pessoas idosas a cuidar de outras pessoas idosas.

Palavras-chave: Satisfação, Enfermagem de Reabilitação, Cuidados de Saúde Primários, SUCECS26.

Abstract

The contribution of nursing care rehabilitation on the person with dependence in the context of primary health care.

The implementation of projects that can increase the potencial of services quality is complex, as well as their objective and accurate monitoring. However, from our perspective the quality has to be seen in a dynamic way, in which there are several inputs and outputs in the organizational system. One of the conditions who potentiate the quality of the product, and in the context of health institutions, of services goes by, among others factors, their professionals training. Also involves the activity of nurses among those targeted care. In this perspective the assessment focused on the behavior of Nurses in carrying out activities related to the care of the person, taking into account the scientific and technical development of the profession. Rehabilitation Nurses recruitment for primary care health services meant new interventions in the different areas that are part of their areas of coverage. Faced with these new areas that the rehabilitation Nurse develops in primary health care, it is feasible to evaluate the quality of Nursing Care provided. The satisfaction is one of the indicators of quality evaluation and by this problem came up the theme:

- The contribution of rehabilitation nursing care in the dependent person in the context of primary health Care.

The objective of this study was to assess the degree of satisfaction of dependent persons and caregivers in nursing home rehabilitation in the context of primary health Care services.

To do this we conducted a cross-sectional quantitative case study, in a ACES on a population of 74 people who had that kind of assistance. Overall most people are satisfied with (85.77%) the rehabilitation nursing care.

We also note that the dimensions with greatest satisfaction are the involvement of the beneficiary, the Individualization of information and the quality in assistance. The dimension that expresses a lower degree of satisfaction is the formalization of information. It should be noted that the average age of our study is 68.8 years, step of age with increased representation in our population to dependants and caregivers is between 71 and 80 years. In this reality, studied, we have the elderly taking care of other elderly people..

Keywords: Satisfaction, Rehabilitation Nursing, Primary Healthcare, SUCECS26.

O contributo que a Enfermagem de Reabilitação pode dar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e segundo a OE (2010) permitem à pessoa o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca excluir do seu contexto sociofamiliar.

Enfermagem de Reabilitação é sinónimo de competência técnica. Não pode-

mos dissociar de forma alguma o elevado contributo ao nível de sentimentos gerados na sua atuação junto da pessoa dependente e da pessoa prestadora de cuidados.

Santos (2009) no seu estudo demonstrou que os seus participantes atribuíram sentimentos de confiança, tranquilidade, gratidão, satisfação e valorização à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação que estão relacionados com as suas competências profissionais, na informação transmitida, na ajuda disponibilizada e na eficácia do programa terapêutico estabelecido. A satisfação surge assim como um dos contributos na qualidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados.

Segundo Lacerda (2005, p.20) “qualidade é a filosofia de gestão que procura alcançar o pleno atendimento das necessidades e a máxima satisfação das expectativas dos clientes”.

Sendo, a satisfação, uma das componentes da avaliação da qualidade dos cuidados prestados e a Enfermagem de Reabilitação uma Especialidade que tem como objetivo a recuperação e a adaptação funcional da pessoa e dos seus familiares, quisemos saber até que ponto estes dois intervenientes, no processo de autocuidado, estariam satisfeitos com a atuação deste profissional, em contexto CSP, com atendimento domiciliário.

A mudança ocorrida no SNS, levou a alterações nos CSP que originaram,

por sua vez, o aparecimento de novas unidades de atendimento às pessoas e a integração de novos profissionais sendo um deles o Enfermeiro de Especialista de Reabilitação.

Inicialmente este profissional começou a desenvolver as suas competências em atendimento domiciliário, sendo depois colocado nas ECCI que fazem parte da RNCCI. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) estes profissionais devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou às pessoas prestadoras de cuidados, capacitando-os para a integração da pessoa dependente no seio da família.

O que distingue os cuidados de Enfermagem de Reabilitação é o tipo de conhecimento que o Enfermeiro Especialista possui e o tipo de intervenção que faz quando presta cuidados à pessoa dependente e sua família.

Por isso, torna-se necessário avaliar a qualidade dos cuidados prestados a estes dois intervenientes, no processo de cuidar, com vista ao autocuidado e que são realizados pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

O desafio estava assim lançado, no entanto, o aparecimento do Enfermeiro de Reabilitação nos CSP ainda é recente e muitos destes profissionais só há pouco tempo é que começaram a exercer em pleno esta Especialidade, com o aparecimento das ECCI em finais do ano de 2009. Por este motivo, pouca bibliografia existe acerca deste tipo de atuação tendo sido uma das limitações do nosso estudo.

A satisfação, como contributo do trabalho de Enfermagem de Reabilitação, foi o nosso guia de orientação e objetivo principal deste estudo.

Propusemo-nos conhecer o grau de satisfação das pessoas dependentes e da pessoa prestadora de cuidados face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio.

Para avaliar a satisfação precisávamos de um instrumento validado para a população portuguesa e apto para avaliar a satisfação nos CSP. Ribeiro (2003) validou um formulário para a avaliação da satisfação com os cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde: SUCECS26 e optamos pela utilização deste formulário.

O formulário SUCECS 26 avalia as dimensões “Qualidade na assistência”, “Individualização da Informação”, “Envolvimento do utente”, “Informação de recursos”, “Formalização da informação” e “Promoção do elo de ligação”.

Dimensões que estão patentes na prestação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas dependentes e pessoas prestadoras de cuidados e familiares no domicílio e em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Outra das nossas limitações foi o tamanho da nossa população, que como já foi referido sendo uma atividade recente obtivemos um número de setenta e quatro pessoas e incluímos na aplicação do formulário as pessoas dependentes e as pessoas prestadoras de cuidados

que usufruíram da intervenção da Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

A utilização dos mesmos testes estatísticos utilizados no estudo de Ribeiro (2003) teve como propósito permitir a comparação de resultados. Esta comparação representa uma fragilidade deste estudo dado que a população passível de ser trabalhada foi reduzida.

A população foi constituída por trinta e quatro pessoas dependentes e quarenta pessoas prestadoras de cuidados num total de setenta e quatro pessoas. Têm uma idade compreendida entre os 19 e os 90 anos, sendo a idade média de 68 anos sobressaindo uma percentagem elevada de idosos.

De salientar que a maior percentagem de pessoas dependentes situa-se entre os 71 e 80 anos e também a maior percentagem das pessoas prestadoras de cuidados situarem-se nesse mesmo grupo etário sugerindo que temos idosos a cuidar de outros idosos, o que logo implica limitações no ato de cuidar com vista ao autocuidado.

O nível de escolaridade também é baixo, com cerca de 58% da população com o ensino básico. Em relação à sua situação profissional a maior percentagem é de reformados com 71,6% que também em termos comparativos está de acordo com a idade avançada da população.

A patologia que maioritariamente foi o motivo para as pessoas ficarem dependentes, foi o AVC. Este valor vai de encontro aos dados internacionais,

apresentados pela European Stroke Initiative que consideram o AVC como primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa (UCC-MI, 2007).

As pessoas prestadoras de cuidados já cuidam da pessoa dependente há mais de 5 anos, com um valor percentual de 35%.

O tempo que a pessoa dependente esteve inserida em PRD, foi de 64,9% e o valor com a maior percentagem situa-se no período de tempo de um mês a seis meses, sendo o processo de Reabilitação, com o objetivo de retomar o autocuidado, um processo moroso.

Na análise das repostas dadas ao formulário SUCECS26 pela população é de salientar que em 10 questões obtivemos uma percentagem de 100% no índice mais alto de satisfação. Numa das questões, a opção de escolha “Nunca” teve uma percentagem de 55%. Essa questão foi: “Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si).

De mencionar que nas questões que se referiam ao Centro de Saúde, grande parte das escolhas recaiu na opção de “não se aplica/sem opinião” porque muitas pessoas da população nunca tinham ido ao Centro de Saúde devido à sua situação de dependência ou recorrem, a este, há muitos anos.

Respondendo à pergunta de partida que orientou este estudo: “Será que as pessoas se sentem satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio”, podemos afirmar que de uma forma global a grande maioria das pessoas inquiridas está satisfeita com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação com um valor de 85,7%, em que as duas dimensões apresentam um grau de satisfação muito elevado rondando os 99% sendo estas, o “Envolvimento do utente”, a “Individualização da informação”.

Quadro 1 - Estatística descritiva relativamente às dimensões da satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário (N=74)

	Média
3 - Envolvimento do utente	99,84
2 - Individualização da informação	99,02
1 - Qualidade na assistência	89,88
4 - Informação de recursos	75,67
6 - Promoção de elo de ligação	69,97
5 - Formalização da informação	45,27
Satisfação global SUCECS26	85,77

A dimensão “Envolvimento do utente” reflete a ideia que a pessoa se encontra satisfeita pelo facto de o enfermeiro desenvolver todo o seu trabalho centrado nela, considerando a sua opinião na conceção dos cuidados e mostrando à pessoa que conhece bem a sua situação e portanto os cuidados que são propostos são justificados por esse conhecimento, Ribeiro (2003). Um dos objetivos da Enfermagem de Reabilitação é capacitar a pessoa para a realização do

seu autocuidado ou na falta dessa possibilidade, intervindo junto de algum familiar para que o faça, promovendo com isto a interação com a pessoa prestadora de cuidados.

O Enfermeiro de Reabilitação tem sucesso na sua atuação se envolver as pessoas no seu programa terapêutico e é este envolvimento/participação no processo de reabilitação, com vista à autonomia, que conduz a uma maior satisfação das pessoas atendidas.

Santos (2009), no seu estudo, refere que um dos sentimentos percecionados, pelo prestador de cuidados em relação ao Enfermeiro de Reabilitação, era o sentimento de satisfação que está associado à eficácia do programa terapêutico estabelecido. Na mesma circunstância Costa (2011) realça que a pessoa valoriza a importância que o enfermeiro atribui à sua opinião, relativamente ao seu estado de saúde, pelo que os profissionais de enfermagem devem reconhecê-lo como parceiro de cuidados.

A dimensão, “Individualização da informação”, reflete o modo como as pessoas percecionam o processo de comunicação que o enfermeiro estabelece com elas, como meio para que o indivíduo aprenda a lidar com a situação de saúde/doença, Ribeiro (2003).

O facto de esta dimensão ter uma satisfação de 99%, em relação ao trabalho do Enfermeiro de Reabilitação, mais uma vez realça que este, através da comunicação que estabelece com a pessoa

dependente e a pessoa prestadora de cuidados, é essencial para que o primeiro consiga atingir a sua autonomia e o segundo veja diminuída a sobrecarga do seu trabalho, ao lidar com a doença do seu familiar.

Costa (2011) refere que, para as pessoas, a sua satisfação relaciona-se com o atendimento, com a informação, com a confiança e compreensão dos profissionais que facilitam o envolvimento destas no cuidar.

Perante esta justificação também, de certa forma, se encontra explicado que a dimensão que obteve um grau de satisfação mais baixo foi a “Formalização da informação” com um valor de 45% levando a que a atividade do enfermeiro se direcione para aspetos mais formais da sua atividade, no que se relaciona com proporcionar informação escrita. Neste estudo, como já foi descrito, pouca informação escrita é fornecida habitualmente, mas esta informação é complementada pelo envolvimento da pessoa, com demonstração pela prática e pela individualização de um plano terapêutico estabelecido com a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados.

Por este motivo, sugere-se que os Enfermeiros de Reabilitação pensem em arranjar estratégias, com informação escrita, para obterem um grau de satisfação ainda maior, tendo em especial atenção que está perante uma população envelhecida e com graus académicos baixos.

Outro dos objetivos deste estudo foi identificar os fatores que influenciam a satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Os fatores que influenciam a satisfação das pessoas atendidas com cuidados de enfermagem são a o género, em que o género masculino se encontra mais satisfeito que o género feminino.

Outro dos fatores que também influenciaram a satisfação das pessoas foram o estado civil, a escolaridade e a situação profissional.

Também, o facto de as pessoas pertencerem a diferentes Unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde foi um fator que determinou a perceção diferente na satisfação das pessoas que foram atendidas por este tipo de cuidados especializados, no seu domicílio.

São, assim, vários os fatores que influenciam a satisfação das pessoas. No entanto, o fato do tempo que permanecem em programa de Reabilitação, no domicílio, não é um fator que influencia a sua satisfação.

Outro objetivo que nos propusemos, neste estudo foi de saber se as pessoas dependentes teriam uma satisfação diferente da pessoa prestadora de cuidados.

Os resultados obtidos mostram que as pessoas dependentes têm uma maior satisfação na dimensão Individualização da informação e as pessoas prestadoras de cuidados têm uma maior

satisfação na dimensão “Informação de recursos”.

Portanto, estas duas pessoas, que são abrangidas pelos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, têm uma satisfação diferente uma da outra.

No cômputo geral as pessoas que tiveram atendimento de cuidados de Enfermagem especializados de Reabilitação no seu domicílio estão muito satisfeitas.

Os cuidados que as pessoas que integraram este estudo receberam, diferem dos que tinham anteriormente, cuidados com uma vertente mais inclusiva e participativa, com dois objetivos que se interrelacionam um com o outro, autonomia e diminuição da sobrecarga de quem cuida e de quem é cuidado.

O autocuidado é um complemento de trabalho destes dois agentes (pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados) para melhorarem a sua qualidade de vida, contribuindo assim para uma melhor satisfação no atendimento que usufruem por parte dos enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Estes Enfermeiros utilizam o contexto domiciliário como um fator facilitador na recuperação destas pessoas, como forma de um atendimento mais personalizado.

Como refere Ordem dos Enfermeiros (2009), comum a todas as Unidades é a necessidade de cuidados especializados que incluam o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e apoio de natureza informativa

e educativa para o autocuidado, numa perspectiva personalizada que caracteriza os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com vista à recuperação e adaptação funcional da pessoa e seus familiares.

Denotamos, assim, vários contributos nesta forma de atuação e atendimento pelos Enfermeiros de Reabilitação como a autonomia, o autocuidado e o que ressalta, neste estudo, é a satisfação das pessoas atendidas.

Sem esta satisfação não se poderiam obter os ganhos que são estabelecidos entre o Enfermeiro de Reabilitação e as pessoas atendidas. Esta satisfação não difere muito dos outros estudos que usaram este instrumento estando em consonância na escolha das três dimensões, independentemente da sua colocação, por ordem de escolha.

Três dimensões que caracterizam os cuidados de Enfermagem de Reabilitação e os cuidados de Enfermagem nos CSP: a “Qualidade na assistência”, a “Individualização da Informação” e o “Envolvimento do utente”, que são essenciais para uma a satisfação da pessoa atendida, pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados e consequentemente melhor qualidade de cuidados.

Costa (2011) refere que para as pessoas a sua satisfação relaciona-se com o atendimento e com a informação, com a confiança expressa pelos profissionais, facilitando o envolvimento destes, no processo de cuidar.

Perante o descrito e perante uma nova forma de atendimento nos CSP que contribui para uma satisfação das pessoas atendidas pela Enfermagem de Reabilitação, sendo esta mais do que uma especialidade de Enfermagem. Citando a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.26) "...pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde."

Considerando que este modelo de organização de atendimento, com as UCC e as ECCI está ainda no princípio da sua atividade, sugere-se a utilização deste instrumento, em populações maiores e em outras áreas geográficas, para se poder comparar resultados e saber até que ponto as pessoas estão satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Como obra inacabada que é toda a investigação, lançamos o desafio da criação de um instrumento mais vocacionado para a avaliação do atendimento domiciliário, no entanto, parte do trabalho do Enfermeiro de Reabilitação é efetuado nas UCC que estão incorporadas nas Unidades que compõe os Cuidados de Saúde Primários. A avaliação periódica da satisfação com este instrumento ou outro, deve fazer parte da rotina habitual das Unidades que prestam cuidados, para se determinar de que forma os cuidados de Enfermagem de Reabilitação estão a contribuir para a satisfação das pessoas atendidas.

Os objetivos gerais da Enfermagem de Reabilitação são melhorar a função,

promover a autonomia e máxima satisfação da pessoa e deste modo preservar a autoestima (Brummel-Smith, 1990, citado por Hoeman, 2000). Um dos contributos/objetivos da Enfermagem de Reabilitação já está atingido, a satisfação das pessoas atendidas.

Bibliografia

- Costa M. L. (2011). *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- Hoeman P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2.^a Ed. Loures: Lusociência.
- Lacerda, M. R.; Giacomozzi, C. M.; Oliniski, S. R.; Truppel, T. C. (2006). Atenção à saúde no domicílio: modalidade que fundamentam a sua prática. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.88-95.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. n.º. 33, p. 22-27.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – Regulamento aprovado na*

Assembleia Geral Extraordinária. [Consult.2011-06-08] Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ribeiro, A. L. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. nº 16, p. 53-60.

Ribeiro, A. L. (2003). Satisfação dos Utesntes com os Cuidados de Enfer-

magem: Construção e Validação de um Instrumento de medida. Dissertação para Provas Públicas. Porto: ESEnfSJ.

Santos, M. F.; Pedro, M. C.; Lopes, N. M. S.; Azevedo, T. S. (2009). Sentimentos do familiar Cuidador face à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, *Revista Investigação em Enfermagem*. nº 19.

UMCCI (2007). Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados.



O autocuidado é um complemento de trabalho destes dois agentes (pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados) para melhorarem a sua qualidade de vida, contribuindo assim para uma melhor satisfação no atendimento que usufruem por parte dos enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Estes Enfermeiros utilizam o contexto domiciliário como um fator facilitador na recuperação destas pessoas, como forma de um atendimento mais personalizado.





esepe

ESCOLA SUPERIOR de
ENFERMAGEM do PORTO