



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A PESSOA COM OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO

**Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto
domiciliário**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem – Enfermagem Avançada

por

Maria de La Salette Rodrigues Soares

Outubro 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A PESSOA COM OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO

**Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto
domiciliário**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem – Enfermagem Avançada

Por **Maria de La Salette Rodrigues Soares**

Sob orientação de **Professora Doutora Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira
dos Santos**

Outubro 2012

Recordo

Em silêncio vou construindo

O meu próprio mundo

Um poema de tristeza e alegria,

Saudade e nostalgia.

Com cuidado, vou esquecendo

Que já tive falta de ar e um cansaço de nada fazer

Como o único sustento.

Lentamente

Vou construindo o sonho que é da minha alma o mantimento

O sonho....

Que em partes se vai fragmentando

Esta falta de ar que sufoca os sentidos

Mas com a ajuda de mãos delicadas, trabalhando com suavidade estes enfermeiros
transformam esta doença dura

Transformam cada dia, renovam a vida dando dignidade

Mantendo no coração a esperança.

Fica apenas um agradecimento

Pela dádiva do sorrir de mais um dia.

(Manuela Cerqueira)

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho só foi possível devido ao apoio e colaboração de várias pessoas que durante estes anos se envolveram neste projeto, de uma forma particular, às quais passo a agradecer.

À minha orientadora Professora Doutora Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos, pelo estímulo constante, pelo apoio e compreensão e pela partilha de saberes.

À Enfermeira Ana Passos pela sua preciosa colaboração neste percurso investigativo, sem a qual este trabalho não seria possível e a todas as Enfermeiras Chefes e colegas dos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

A todos os Participantes por aceitarem fazer parte deste estudo e pelos momentos de enriquecimento que proporcionaram pessoal e profissionalmente.

À Professora Adelina Bandeira Correia e à Professora Doutora Manuela Cerqueira pela preciosa colaboração e aconselhamento.

A todas as minhas amigas, em especial à Maria José Fonseca, Mara Rocha e Aurora Pereira pelo estímulo.

À minha família e particularmente ao Jorge e ao Rui pela compreensão, carinho e paciência demonstrado ao longo deste percurso.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I - DA ABORDAGEM CLÍNICA DA PESSOA COM DPOC E OLD ÀS ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	17
1. ABORDAGEM CLÍNICA DA PESSOA COM DPOC.....	19
2. A QUALIDADE DE VIDA E A PESSOA COM DPOC E OLD.....	24
3. ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PARA UM CUIDADO HUMANIZADO À PESSOA COM DPOC E OLD NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO	27
4. O AUTO – CUIDADO NO ÂMBITO DA PESSOA COM DPOC E OLD.....	40
PARTE II - A PESSOA COM DPOC E OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO - UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO	46
CAPÍTULO I - O ESTUDO, A POPULAÇÃO E O CONTEXTO	48
1. A PROBLEMÁTICA, O OBJETO DE ESTUDO E AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	49
2. INVESTIGAÇÃO- AÇÃO... UM PERCURSO	55
2.1. O Processo de Investigação e os Ciclos do Estudo.....	58
3. O CONTEXTO E A POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO	60
4. CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO	62
CAPÍTULO II - À DESCOBERTA DO PROBLEMA.....	66
1. OBJETIVOS.....	68
2. MATERIAIS	69
3. PROCEDIMENTOS	73
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	76
5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	77
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	87
6.1. Narrativas Experienciais	87
6.2. Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC e OLD	91
6.3. Atividades de Vida	98
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
CAPITULO 3 - CONSTRUINDO UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	108
1. OBJETIVOS.....	110
2. PROCEDIMENTOS	112
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	113
4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	114
CAPITULO 4 - DO PROBLEMA À AÇÃO E DA INTERVENÇÃO À AVALIAÇÃO.....	117
1. OBJETIVOS	119
2. MATERIAIS	120
3.PROCEDIMENTO.....	122
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	124
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	125
5.1. Narrativas Experienciais	125

5.2 Observando a Realidade	130
5.3. Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC e OLD	135
5.4. Atividades de Vida	141
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	149
CAPITULO 5 - MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM RESPIRATÓRIOS.....	156
1. INTRODUÇÃO	158
2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	161
3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.....	163
4. CONCLUSÃO.....	178
CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES DO PROCESSO E DO ESTUDO	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
ANEXOS	
ANEXO 1 - MINI-MENTAL STATE EXAMINATION	
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO HOSPITAL SAINT GEORGE NA DOENÇA RESPIRATÓRIA (SGRQ)	
ANEXO 3 - ÍNDICE DE BARTHEL	
ANEXO 4 - ESCALA DE ATIVIDADE DE VIDA INSTRUMENTAIS DE LAWTON E BRODY	
ANEXO 5 - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	
APÊNDICE 2- CONSENTIMENTO INFORMADO	
APÊNDICE 3- PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES FASE INICIAL DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
APÊNDICE 4- GRELHA DE OBSERVAÇÃO	
APÊNDICE 5 - FOLHA DE REGISTO DE SATURAÇÃO DE O²	
APÊNDICE 6 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	

INDÍCE DE FIGURAS

FIGURA 1 - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	36
Figura 2 - LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	37
Figura 3 - TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA	37
FIGURA 4- TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE OREM	41
FIGURA 5 - ACTION RESEARCH VIEWED AS A DUAL PROCESS	56
FIGURA 6 - CICLOS DO ESTUDO	59
FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PESSOAS COM OLD POR CONCELHO	63
FIGURA 8 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NA FASE INICIAL DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	88
FIGURA 9 - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NO DOMICÍLIO	114
FIGURA 10 - TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA NO DOMICÍLIO	115
FIGURA 11- PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	125
FIGURA 12 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO SENTADA	164
FIGURA 13 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO EM PÉ	164
FIGURA 14 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO DEITADO.....	165
FIGURA 15 – EXERCÍCIOS DE DISSOCIAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIOS COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO	166
FIGURA 16 – EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA DEITADO	167
FIGURA 17 – EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA SENTADO	167
FIGURA 18 - EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA DEITADO SOBRE RESISTÊNCIA.....	168
FIGURA 19 – EXERCÍCIOS DE EXPANSÃO TORÁCICA COM BASTÃO.....	168
FIGURA 20 – EXERCÍCIOS DE EXPANSÃO TORÁCICA COM FAIXA	169
FIGURA 21 – TOSSIR NA POSIÇÃO DE SENTADO	170
FIGURA 22 – CAMINHAR COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO	171
FIGURA 23 – SUBIR ESCADAS COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO	171
FIGURA 24 – PREPARAÇÃO DE ALIMENTOS	172
FIGURA 25 – ARRANJO PESSOAL	173

FIGURA 26 – VESTIR CAMISOLA	174
FIGURA 27 – VESTIR CASACO	174
FIGURA 28 - CALÇAR	175
FIGURA 29 - ASPIRAR	176
FIGURA 30 – VARRER	176

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES MÉDIOS EM ANOS DE DOENÇA.....	82
GRÁFICO 2 - COMPARAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA NO GRUPO EXPERIÊNCIA.....	143
GRÁFICO 3 – COMPARAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA NO GRUPO CONTROLO.....	143

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – CARATERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DPOC POR ESTÁDIOS.....	22
QUADRO 2 - SÍNTESE DE ESTUDOS.....	32
QUADRO 3 – CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO POR CONCELHOS.....	61
QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS COM OLD POR SEXO E POR CENTRO DE SAÚDE.....	64
QUADRO 5 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA POR GRUPOS.....	77
QUADRO 6 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NA FASE INICIAL DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - SÍNTESE.....	89
QUADRO 7- DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA SINTOMAS POR GRUPOS.....	92
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA ATIVIDADES POR GRUPOS.....	94
QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA IMPACTOS PSICOSSOCIAIS POR GRUPOS.....	96
QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO POR SUBESCALAS E VALORES TOTAIS POR GRUPOS.....	97
QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA.....	99
QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA.....	104
QUADRO 13 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-SÍNTESE.....	126
QUADRO 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE SINTOMAS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	136
QUADRO 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE ATIVIDADES POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	138
QUADRO 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE IMPACTOS PSICOSSOCIAIS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	139
QUADRO 17 - DISTRIBUIÇÃO POR SUBESCALAS E VALORES TOTAIS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	140

QUADRO 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DA 1ª E 2ª AVALIAÇÃO POR GRUPOS.....	142
QUADRO 19 - VALORES MÉDIOS TOTAIS POR GRAU DE INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES BÁSICAS E POR GRUPOS.....	145
QUADRO 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA NA 1ª E 2ª AVALIAÇÃO POR GRUPOS	146
QUADRO 21- DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS NA 1ª E 2ª AVALIAÇÃO POR GRUPOS.....	147
QUADRO 22 - VALORES MÉDIOS TOTAIS POR GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E POR GRUPOS.....	148

RESUMO

A doença respiratória crônica confronta a pessoa e a família com alterações das dinâmicas instituídas, onde o projeto de vida de cada um tem que ser reequacionado, levando à procura de adaptação a nível físico, social, emocional e espiritual. Os processos de transição nem sempre são facilmente ultrapassados, pelo que acompanhar estas pessoas no seu processo de cronicidade, realça a importância de um cuidar humano, onde o enfermeiro de reabilitação constitui um profissional de saúde que ajuda a pessoa a conseguir uma melhor qualidade de vida.

Constituiu-se como objetivo principal deste estudo compreender o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória que influenciam a qualidade de vida das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em tratamento com oxigenoterapia de longa duração (OLD), tendo como finalidade contribuir através de cuidados de enfermagem de reabilitação para a maximização da qualidade de vida das pessoas com DPOC em tratamento com OLD.

Estudo sustentado num percurso de investigação-ação, com recurso ao paradigma quantitativo e qualitativo, decorreu em contexto domiciliário e participaram pessoas com DPOC e OLD, a investigadora e enfermeiras da prática clínica. Recorreu-se a dois grupos de participantes com OLD sendo que um dos grupos foi submetido a uma intervenção com base em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória e o outro grupo se constituiu como grupo controlo.

Os dados foram analisados através do processo de triangulação entre o recurso a diferentes testes estatísticos e o recurso à análise de conteúdo baseada em Bardin.

Os resultados obtidos sugerem que a reabilitação respiratória dá um forte contributo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DPOC e OLD, com grande impacto no controlo dos sintomas, com destaque para a dispneia, mas também, a nível do desempenho das atividades de vida diárias e a nível psicossocial.

Verificaram-se ganhos em saúde visíveis através da suspensão e diminuição de consumos de OLD, não se verificando nenhum internamento nem recurso ao serviço de urgência, no grupo de experiência, sendo que a intervenção decorreu de janeiro a julho, período em que o clima é particularmente agressivo para as pessoas com esta patologia.

As técnicas de reeducação respiratória e as técnicas de conservação de energia são cuidados de reabilitação essenciais no cuidar destas pessoas, com vista à manutenção/recuperação da autonomia e à manutenção da dignidade da pessoa, tornando-a independente pelo período mais longo possível, na vida destas pessoas.

O contexto domiciliário revelou-se como fundamental, no processo de cuidar, sendo facilitador das adaptações que se operaram face às reais necessidades das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: processo de cuidados de enfermagem; reabilitação respiratória; cuidados domiciliários; DPOC; oxigenoterapia de longa duração

ABSTRACT

The chronic respiratory disease confronts the person and the family with alterations of the dynamics instituted, where each one's life project has to be reworked, thus seeking physical, social, emotional and spiritual adaptation. The transition processes are not always easily overcome so accompanying these people in the chronicity process highlights the importance of human care, where the rehabilitation nurse constitutes a health professional who helps the person to achieve a better quality of life.

The main objective of this study constitutes of the understanding of the process of nursing care in respiratory rehabilitation which influences the quality of life of those who suffer from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) treated with long-term oxygenotherapy (OLD), with the purpose of contributing towards the maximization of quality of life of those who suffer from (COPD) in treatment with (OLD) through rehabilitation nurse care.

This study was sustained by an action-investigation process, using the quantitative and qualitative paradigm, held on a domiciliary level, where COPD and OLD patients, the researcher and clinical practice nurses participated. We resorted to two groups of participants with OLD, one of the groups being submitted to an intervention based on nurse care in respiratory rehabilitation and the other constituting of a control group.

The data was analyzed through the triangular process between the resources of different statistical tests and the content analysis based on Bardin.

The obtained results suggest that respiratory rehabilitation contributes strongly to the improvement of the quality of life of COPD and OLD patients, with a great impact in the control of symptoms, especially dyspnea, and also, on a daily activity performance and psychosocial level.

Visible health gains were noticed through the suspension and reduction in OLD consumption, not verifying any internment or the use of the urgency services, in the test group, the intervention being held from January to July, period in which the climate is particularly aggressive for people with this pathology.

The respiratory reeducation and energy conservation techniques are rehabilitative care which is essential in the care of these patients, with the view to maintenance/autonomy recovery and the maintenance of the patient's dignity, making them independent for the longest period possible in their lives.

The domiciliary context revealed itself as being fundamental, in the caring process, facilitating the adaptations that were operated owing to the people's true necessities.

KEYWORDS: process of nursing care; respiratory rehabilitation; domiciliary care; COPD; long-term oxygenotherapy.

INTRODUÇÃO

A saúde apresenta contornos diversificados, neste mundo hodierno, onde a alta tecnologia é para a população em geral e para muitos profissionais de saúde, altamente atrativa, ocupando um lugar central no interesse dos cuidados. Mas, sendo este aspeto, reconhecido como de grande interesse para a saúde e bem-estar da pessoa, revela-se insuficiente para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, em muitas situações que surgem ao longo da vida.

Entre as várias situações que modificam a qualidade de vida situam-se as alterações da capacidade de respirar. A qualidade de vida da pessoa pode ser fortemente comprometida pelas alterações produzidas nessa capacidade, que conduzem à doença, muitas vezes crónica, interferindo nos projetos de vida da pessoa e sua família, pois traduzem-se em perda de capacidade, de independência, colocando em causa a autonomia de cada um.

Todas as nossas atividades, desde as mais simples às mais complexas, interferem na respiração. Quando nascemos é verificado de imediato se respiramos. Assim, respirar é essencial à vida e embora este seja um processo natural e um ato voluntário, existem situações em que este processo se altera e interfere fortemente no bem-estar.

As doenças crónicas constituem um grave problema de saúde pública, sendo de extrema importância que se percebam as necessidades não satisfeitas, que “vão para além do aspeto estritamente médico” (Phipps, 2003, p. 145) pois “cronicidade é um conceito mais associado com os cuidados do que com a cura” (Hoeman, 2007, p. 17). Embora apresentem características comuns, é importante não esquecer que cada uma delas tem características únicas, como se podem identificar na doença respiratória obstrutiva crónica (DPOC), traduzindo-se em implicações na vida pessoal e familiar, de forma particular, sendo de extrema importância a sua identificação, para que os cuidados de enfermagem minimizem os seus efeitos, diminuam a incapacidade e promovam o menor grau de dependência.

Sabendo que a doença crónica produz no indivíduo e família, alterações das dinâmicas instituídas, levando à procura de adaptações a nível físico, social, emocional e espiritual, é importante ter presente o lema da OMS “... dar

mais anos à vida e mais vida aos anos...”. Face à pessoa com alterações na respiração, onde a interferência para a realização do autocuidado vai progredindo para a dependência, torna-se necessário capacitar estas pessoas com recursos que permitam a promoção da autonomia, do conforto e do bem-estar, maximizando a sua qualidade de vida. Numa população onde a esperança de vida aumenta, como é o caso da população portuguesa, há conseqüentemente um aumento deste tipo de doenças, como é o caso da doença respiratória, nomeadamente a DPOC, que assume grande magnitude entre os problemas de saúde pública no nosso país, prevendo-se que venha a constituir uma das principais causas de morte no século XXI.

Sabendo-se que a doença respiratória crónica está fortemente associada a fatores poluentes e de entre estes, um especial destaque para o consumo de tabaco, não deve ser alheia uma atitude de promoção de hábitos saudáveis.

Muitas destas pessoas necessitam, pela evolução da sua doença, de recorrer por longos períodos a oxigénio e habitualmente, fazem este tipo de tratamento no seu domicílio, mas este tratamento parece não ser suficiente para melhorar a qualidade de vida da pessoa, pelo que o recurso aos cuidados de enfermagem respiratórios deve constituir uma atitude imprescindível, pois evidencia melhorias inquestionáveis sobre a qualidade de vida das pessoas com doença crónica respiratória (American Thoracic Society e European Respiratory Society (ATS/ERS), 2004, Simão & Almeida, 2009; Troosters, Casaburi, Gosselink, & Decramer, 2005).

Face ao enunciado há necessidade de usar recursos que permitam respirar eficazmente, diminuindo os efeitos dos quadros já instalados ou em curso, permitindo a manutenção da qualidade de vida no seu potencial máximo. Neste sentido, surge-nos como questão central deste estudo, *“Como potenciar o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, de modo a que estes influenciem positivamente a qualidade de vida das pessoas submetidas a oxigenoterapia de longa duração?”*.

A Direção Geral de Saúde (DGS), em 2005, com base no Projeto GOLD¹ desenvolveu a nível nacional, instrumentos técnicos de suporte ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, pois estima-se que existam cerca

¹ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, da Organização Mundial de Saúde e US – National Heart, Lung and Blood Institute, conjuntamente com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

de 500 mil pessoas com a doença em Portugal, calculando-se que apenas 1 em cada 4 casos estejam corretamente identificados o que significa que cerca de 75% dos casos não são diagnosticados. Também, o Banco Mundial “estima que a DPOC seja responsável por mais de 29 milhões de anos de incapacidade (DALY’s)² e por um milhão de anos perdidos em todo o mundo” (DGS, 2005).

Neste sentido a DGS, através da Circular Normativa nº 06/DSPCS de 07/06/06, regulou a prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, em que estabelece as regras técnicas de boas práticas de prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, referindo-se no seu ponto 1.1.1. à Oxigenoterapia de longa Duração (OLD). No entanto, persiste a questão acerca da eficácia e impacto destas medidas na qualidade de vida das pessoas.

Sustentados nesta questão pareceu-nos pertinente efetivar o presente estudo com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas submetidos a OLD, visíveis em ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, percebendo qual o modelo de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a implementar em contexto domiciliário.

Com o intuito de dar resposta ao nosso estudo, formulamos os seguintes objetivos:

- Determinar o impacto da DPOC na qualidade de vida das pessoas com DPOC submetidas a oxigénio de longa duração, no domicílio;
- Aplicar um programa de intervenção em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a pessoas com DPOC e OLD, no domicílio;
- Avaliar a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, na autonomia para a realização do autocuidado da pessoa com DPOC em tratamento com OLD

A doença respiratória crónica tem vindo a aumentar e constitui uma alteração do estado de saúde, geradora de uma série de alterações na pessoa, que se centra em aspetos físicos, mas também, psicológicos, sociais e espirituais. O Homem como ser vivo de elevada complexidade respira de forma natural, exceto quando algo interrompe este percurso e altera esta situação. São

² DALY’s – *disability-adjusted life-years* – soma de anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e o número de anos vividos com deficiência, ajustados à gravidade da incapacidade

múltiplas as causas que podem produzir modificações neste percurso natural, que se podem circunscrever a situações agudas ou crónicas, de maior ou menor gravidade.

Face à doença crónica, coloca-se um desafio aos profissionais de saúde, ajudar a pessoa a viver com a máxima qualidade de vida, uma vez que a cura não é possível.

Este estudo, desenvolvido no âmbito do doutoramento em Enfermagem, entre 2008 e 2012, será apresentado em duas partes.

A primeira parte do trabalho, com uma aproximação à abordagem teórica e ao estado de arte, permitirá caminhar no sentido da compreensão da área temática em estudo – modelo de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória na pessoa com DPOC submetida a OLD, em contexto domiciliário.

A segunda parte irá enquadrar a investigação empírica realizada e que permitirá fundamentar as opções metodológicas adotadas face ao desenho do estudo, descrever o trabalho de campo, apresentar e discutir os resultados desta investigação, consubstanciado num percurso de investigação – ação.

Finaliza-se com uma proposta de Manual de Boas Práticas em Cuidados de Enfermagem Respiratórios, para a pessoa com DPOC, em tratamento com OLD no domicílio.

**PARTE I - DA ABORDAGEM CLÍNICA DA PESSOA COM DPOC E OLD ÀS
ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

A parte I deste trabalho engloba 4 capítulos que enquadram a pessoa com DPOC no que se refere à abordagem clínica da doença, para uma melhor compreensão dos problemas que a mesma acarreta, face aos efeitos produzida pela mesma, mas também, reflete sobre os conceitos de qualidade de vida e as implicações desta nos percursos de vida das pessoas com DPOC e OLD.

Iremos, ainda, refletir sobre o cuidado humanizado à pessoa com DPOC e OLD e as estratégias de reabilitação em contexto domiciliário, terminando com uma abordagem ao autocuidado e à teoria que suporta este estudo.

1. ABORDAGEM CLÍNICA DA PESSOA COM DPOC

Em qualquer situação de doença, nomeadamente quando se trata da DPOC, uma das principais causas de morbilidade crónica, mortalidade e perda de qualidade de vida (DGS, 2006), torna-se importante pensar os cuidados de enfermagem.

Para a DGS (2005) a DPOC é responsável por elevada frequência nos serviços de urgência e também, de consultas médicas e internamentos hospitalares, geralmente longos. Contribui, ainda, para elevado consumo de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliária e fármacos.

Sendo uma doença de instalação progressiva em que a limitação do débito respiratório está associado a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões e partículas de gases, a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o NHLBI- EUA (US – National Heart, Lung and Blood Institute), estabeleceram um programa para ser implementado a nível mundial, conhecido por Projeto GOLD que sofreu a sua última atualização em 2011, onde foram definidas estratégias globais para o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença pulmonar obstrutiva crónica.

A American Thoracic Society (ATS) define a DPOC como

uma doença prevenível e tratável caracterizada por limitação do débito aéreo que não é plenamente reversível. Esta limitação do débito aéreo é em regra progressiva e está associada com uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas e gases nocivos, primariamente causada pelo fumo do tabaco. Embora a DPOC afete os pulmões, também produz consequências sistémicas significativas (ATS, 2004, p.932).

As várias definições de DPOC, são praticamente coincidentes, embora a ATS, realce o agente nocivo que é considerado como fator de risco prioritário – o tabaco. Este é considerado o principal fator de risco na DPOC, pois em 1.1 biliões de fumadores no mundo, 15% desenvolverão DPOC. Mas, existem

outros fatores que também são considerados importantes, tais como a poluição do ar, a poluição ocupacional, as infeções e o estado socioeconómico (Projeto GOLD, 2004).

Importa ter presente que esta inflamação crónica abrange as vias aéreas periféricas e centrais, o parênquima e a circulação pulmonar, e que associada à hiperatividade das vias aéreas produz um declínio funcional rápido. A obstrução localiza-se em primeiro lugar, nas vias aéreas de pequeno calibre, o que determina a diminuição do débito de ar, agravado pela perda de elasticidade do parênquima pulmonar.

Associado à diminuição do débito de ar, processa-se o encurtamento do tempo expiratório, que vai conduzir à insuflação pulmonar.

O perfil da pessoa com DPOC, geralmente, é caracterizado por: idade superior a 40 anos, podendo ser homem ou mulher, fumador ou ex-fumador, apresentando dispneia normalmente associada ao esforço e tosse produtiva, principalmente em período diurno. A resposta a corticosteroides é limitada a um baixo número de pessoas e verifica-se um agravamento contínuo com exacerbações periódicas.

O nível educacional, o rendimento do agregado familiar e o tipo de emprego, estão fortemente associados à mortalidade por DPOC. A deficiência em $\alpha 1$ antitripsina, o etilismo, as deficiências dietéticas e o baixo peso à nascença são também, considerados fatores de risco importantes presentes neste tipo de doença (Cardoso, Ferreira, & Costa, 2006).

O diagnóstico faz-se pela história da pessoa e pela avaliação da função respiratória. Indivíduo com mais de 40 anos que apresente história de exposição a fatores de risco (tabaco ou poluentes ocupacionais) e apresente tosse, expectoração e dispneia, tem indicação para a realização de espirometria, para confirmação de diagnóstico, pois esta constitui a “*gold standart*”, quer para o diagnóstico quer para a avaliação da DPOC.

Os exames da função respiratória são de extrema importância pela sua grande utilidade no diagnóstico e orientação terapêutica. Permitem uma melhor compreensão dos fenómenos envolvidos, com a vantagem de serem, na sua maioria, de fácil realização e reproduzíveis. Destaca-se entre estes a espirometria, como um dos mais importantes para o diagnóstico e avaliação

da DPOC, com significado no valor preditivo, de sobrevida da pessoa e consequentemente, na previsão da sua qualidade de vida (Cardoso, Ferreira, & Costa, 2006). É um teste não invasivo, simples e de fácil execução, mas que requer da pessoa, capacidade para executar esforço máximo nas manobras expiratórias, pelo que é necessária a sua colaboração e integridade muscular. A utilização deste teste, deveria ser entendida com uma medida imperativa, no rastreio da doença respiratória, onde a deteção precoce, iria permitir uma abordagem abrangente e eficaz, com efeitos na diminuição ou retardamento da incapacidade, com reflexos na realização das atividades de vida, que afeta grandemente a qualidade de vida da pessoa e maximiza o seu sofrimento.

Sendo a espirometria o teste que permite avaliar a relação entre volumes de ar e o tempo em que eles se mobilizam e também, entre volumes e débitos, ela contribui fortemente para uma avaliação sustentada da ação ventilatória, permitindo inclusive, avaliar obstruções a nível das vias aéreas de menor calibre, pelo que a sua importância a nível da DPOC, é inegável.

Neste contexto são de extrema importância o estudo das curvas de débito – volume, com realce para valores como: Volume Expiratório Máximo no primeiro Segundo (VEMS ou FEV₁), que avalia o volume - tempo, a Capacidade Vital Forçada (CFV) e a relação percentual entre ambos (VEMS/CFV %), ou seja o Índice de Tiffeneau (Cardoso, Ferreira, & Costa, 2006).

Uma redução de VEMS em relação à capacidade vital forçada, resulta numa redução do índice de Tiffeneau, que sendo menor que 70%, indica uma alteração ventilatória obstrutiva, mas com normalidade na capacidade vital. A redução da VEMS resulta da existência de obstrução a nível da árvore traqueobrônquica, sendo esta uma alteração primária, enquanto a alteração da capacidade vital é secundária e surge como consequência da elevação da posição média respiratória, que produz uma diminuição desta capacidade vital e que consequentemente produz insuflação pulmonar e distensão torácica.

A insuflação pulmonar resultante deste quadro conduz ao aumento do Volume Residual e tem a sua origem na obstrução brônquica/alveolar, por mecanismo de válvula expiratória, sendo que esta alteração da capacidade vital é consequência de uma causa primária, que é a obstrução, e surge devido ao aumento do volume de reserva expiratório.

Embora se tenha realçado a espirometria, como um teste de eleição, este não é exclusivo para um diagnóstico correto e principalmente precoce da DPOC. Porém foi por nós salientado, pelo seu forte contributo, para uma intervenção rápida, eficaz e precoce, junto destas pessoas. Muitos outros testes, podem ser realizados, como o Rx pulmonar, a gasimetria arterial, doseamento de $\alpha 1$ antitripsina, entre outros, também, com carácter de importância elevada, mas exigem seleção criteriosa.

O quadro que se apresenta classifica a doença segundo os diferentes estádios.

QUADRO 1 – CARATERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DPOC POR ESTÁDIOS

Estadio	Caracterização
Risco - Estadio 0	Tosse e Expetoração crónica Espirometria normal
Ligeiro – Estadio I	Com ou sem sintomas (tosse e expetoração) I.Tiffeneu <70%; FEV ₁ > 80% (do valor teórico individual)
Moderado – Estadio II	Com ou sem sintomas crónicos (tosse, expetoração, dispneia) I.Tiffeneu <70% 50%<FEV ₁ <80% (do valor teórico)
Grave – Estádio III	Com ou sem sintomas crónicos (tosse, expetoração, dispneia) I.Tiffeneau <70% 30% <FEV ₁ <50% (do valor teórico)
Muito Grave - Estádio IV	I.Tiffeneau <70% FEV ₁ <30% (do valor teórico) ou Sinais de insuficiência respiratória ou insuficiência cardíaca direita

Fonte: Adaptado de Projeto GOLD, OMS, 2004

O tratamento da doença tem como objetivos prevenir a sua progressão; aliviar os sintomas; melhorar a tolerância ao exercício; melhorar o estado de saúde; prevenir e tratar complicações; prevenir e tratar exacerbações e reduzir a mortalidade.

São medidas hoje aceites como importantes:

- Eliminar fatores de risco, designadamente, tabaco e poluição atmosférica
- Promover a vacinação contra a gripe.
- Recomendar o uso de broncodilatadores em SOS no estadio I, passando a uso regular a partir do estadio II .
- Recomendar a oxigenoterapia de longa duração no estadio IV ou se o pessoa apresentar valores de PaO₂ ≤55 mmHg ou Sat O₂ ≤88% com ou sem

hipercapnia ou PaO² entre 55 e 60 mmHg ou Sat=89% e existir hipertensão pulmonar e/ou edemas periféricos e/ou policitemia

- Recomendar a partir do estadio II a reabilitação respiratória (RR) de forma regular (Projeto GOLD,2004), pelo que iremos abordar este tipo de tratamento, que se situa como um aspeto central no desenvolvimento deste estudo.

Face às repercussões desta doença na pessoa, tornando-a vulnerável e frágil, é exigida uma compreensão e um saber que permita uma resposta global à situação que está a viver.

Mas, olhar para a DPOC como uma doença crónica, não faz com que se ignore a subjetividade de cada pessoa. Assim, o processo de cuidar da Pessoa com DPOC exige que o(a) enfermeiro(a) de reabilitação perspetive conforme refere Collière (1989, p.293) uma “construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados (...) a partir daquilo que descobre, manejando as informações provenientes da situação (...)”. Neste sentido, e embora esta doença se caracterize por vários estádios, se os rastreios fossem uma realidade, poderia ser detetada mais precocemente, onde ainda os efeitos são pouco visíveis e permitir a tomada de medidas que retardassem ou impedissem a evolução da mesma

2. A QUALIDADE DE VIDA E A PESSOA COM DPOC E OLD

O conceito de qualidade de vidas sofreu uma evolução ao longo dos tempos acompanhando a evolução da própria história do Homem e dos avanços tecnológicos, mas defini-lo é algo complexo, pois a “qualidade de vida é um termo amplo, que é utilizado por todos embora de diferentes formas e em diferentes contextos, pelo que podemos classificar este conceito de “sincrético”, pois abarca um conjunto de definições que se constituem como fazendo parte de um todo complexo” (Soares, 2006 p.44).

A qualidade de vida é algo que pode ser entendido de diferentes formas, de acordo com a forma de estar de cada pessoa e até do momento que está a vivenciar. Bowling (1994), Lopez, Mejia e Espinar (1996) consideram que a qualidade de vida é um conceito ambíguo e amplo, que não se refere apenas à mera condição física, pois inclui outros aspetos importantes da vida humana, enquanto Ballesteros (1994) descreve este conceito como um juízo subjetivo associado a determinados indicadores objetivos, nomeadamente o grau de satisfação alcançado ou sentimentos de bem-estar pessoal, bem como, aspetos biomédicos, psicológicos e comportamentais. Mas, as definições de qualidade de vida são múltiplas e variam conforme os autores, como pode ser verificado em múltiplos estudos neste âmbito, sendo que alguns sobrepõem o conceito de saúde ao de qualidade de vida e outros consideram que este é mais abrangente.

López *et al.* (1996) referem que a tentativa de uma definição clara do termo tem-se revelado infrutífera, mas que é consensual que a multidisciplinaridade é necessária e que engloba não só aspetos relacionados com a doença e tratamento, mas também, o desenvolvimento satisfatório a nível psicológico e social, onde a participação das perceções e expetativas do próprio indivíduo são um aspeto fulcral.

Efetivamente a qualidade de vida é um conceito multidimensional, onde o indivíduo é entendido no seu todo, pelo que os enfermeiros são obrigados a encontrarem formas de estar e agir no sentido de maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas, mesmo quando existem processos de doença em curso.

A pessoa com DPOC e com OLD, confronta-se com uma série de alterações, que interferem com a sua funcionalidade e a autonomia, que acarretam sofrimento. A “qualidade de vida, quando aplicada à doença crónica, é habitualmente designada por qualidade de vida relacionada com a saúde e pretende perceber de que forma os diferentes domínios é influenciado pelas características da doença ou formas de tratamento dessa patologia” (Martins, 2006, p.36).

A pessoa com DPOC tem comprometimento na sua capacidade para a realização de tarefas, mesmo que simples, conduzindo à dependência. O tratamento com OLD pode condicionar de forma negativa a qualidade de vida, pela restrição que pode causar em termos de deambulação, pelo que se torna prioritária uma intervenção que permita a estas pessoas um percurso de vida com o máximo de autonomia.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) integra basicamente 4 domínios – estado funcional, sintomas relacionados com a doença ou com o tratamento, funcionamento psicológico e social (Marín, 1995; Schipper, Clinch & Olmeny, 1996 citado por Martins, 2006). A pessoa com DPOC vê o seu percurso de vida afetado não só pelo seu estado funcional, com limitações nas atividades básicas e instrumentais mas também pela presença de sintomas como a dispneia e a fadiga. A necessidade de tratamento permanente com OLD acarreta, também, repercussões no seu funcionamento psicológico e social. Sendo a funcionalidade de cada indivíduo uma competência que é importante preservar, quando esta é colocada em causa provoca alteração da QVRS e conforme refere Anderson e Burckhardt (1999) citado por Martins (2006) o estado funcional é a variável que se relaciona com a saúde que mais se confunde com qualidade de vida, pois refere-se às capacidades individuais para a realização de necessidades básicas, desempenho de papéis sociais e manutenção da saúde e bem-estar. Este estado de funcionalidade é uma consequência muito direta dos efeitos da doença e do seu tratamento farmacológico, nas pessoas com DPOC, pelo que é primordial associar ao tipo de tratamento tradicional, outras medidas como a RR, que permite retardar a instalação de perda de funcionalidade, interferindo de forma muito positiva na manutenção da qualidade de vida a níveis aceitáveis, especialmente quando nos referimos a doentes que se encontram no estágio III e IV.

A DGS (2009,p.1) refere-se à RR como uma

intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações da doença

importa realçar que podemos então considerar que desta forma estamos a dar fortes contributos para a QVRS, a cada uma das pessoas alvo desta ação.

A ATS (1999) citado por Dourado, Antunes, Carvalho e Godoy (2004) considerou a qualidade de vida como a satisfação e/ou felicidade com a vida face aos domínios considerados importantes pelo individuo. De facto, este conceito sendo amplo e subjetivo, pode ser entendido de diferentes formas por cada pessoa, mas, o contacto frequente com a Pessoa portadora de DPOC e OLD mostra que a perda de independência é um fator que condiciona fortemente esse sentido de “felicidade com a vida”.

Neste estudo teremos em consideração a multidimensionalidade que acompanha o conceito de QVRS, que permite avaliar o estado físico e aptidões funcionais, bem-estar e estado psicológico e as interações sociais.

3. ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PARA UM CUIDADO HUMANIZADO À PESSOA COM DPOC E OLD NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A pessoa com DPOC com prescrição de OLD, está afetada na sua condição de vida, com implicações no seu bem-estar, onde o seu projeto de vida se altera face às consequências da sua doença, mas que pode e deve ser ajudada “a desenvolver (...) a capacidade de viver ou tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença procurando suprimir a disfunção física, afetiva ou social” (Collière, 1999, p.241). De acordo com os princípios filosóficos que norteiam os cuidados de reabilitação à pessoa com DPOC, pretende-se dar “sentido ao sofrimento” da pessoa. Este cuidado liga-se de forma premente ao respeito pela dignidade da pessoa. Para a Ordem dos Enfermeiros (200, p.6-7)

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. (...) é também centro de processos não intencionais. As funções, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciados pela condição psicológica das pessoas e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como uno e indivisível.

Neste sentido, as pessoas com DPOC e OLD, constituem-se como um grupo com características específicas, não esquecendo o estigma que as acompanha. A sua autonomia, a sua independência nas atividades de vida diária (AVD) está posta em causa. Também, o ambiente familiar está perturbado pelo processo de doença, pelo que acompanhar esta pessoa neste tempo de vida exige uma visão mais abrangente da intervenção em enfermagem de

reabilitação, de forma a interagir com o doente e família. Para Lindholm e Erickson (1993) a identidade e a natureza do cuidar encontram-se na sua finalidade mais profunda que é o alívio do sofrimento da pessoa em situação de incapacidade.

Também, a Ordem dos Enfermeiros (2011,p.8-9) refere que

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Neste contexto importa identificar os problemas reais e potenciais e prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para minimizar ou evitar esses problemas e, ainda, supervisionar os cuidados. Devemos ter sempre presente que é nossa função cuidar com e não para a pessoa, otimizando as capacidades de cada doente e das pessoas que identificam como de referência, para que seja alcançada a sua adaptação à situação de doença crónica.

É neste âmbito que a RR é um elemento importante para a resolução/minimização dos problemas reais e prevenção dos potenciais riscos, pois,

A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular, o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo - regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis. Este (...) é um interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa (Hesbeen, 2003, p. XI).

A ATS and ERS (2006, p.933) referem que

pulmonary rehabilitation is an evidence-based, multidisciplinary, and comprehensive intervention for patients with a chronic respiratory diseases who are symptomatic and often have decreased daily life activities. Integrate into the individualized treatment of the patient, pulmonary rehabilitation is designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase participation, and reduce health care costs through stabilizing or reversing systemic manifestations of the disease.

Esta definição realça três características importantes para que um programa de reabilitação respiratória (PRR) seja adaptado e coeso, nomeadamente a multidisciplinaridade para tornar este programa abrangente, a individualidade tão importante nas doenças crónicas pulmonares incapacitantes, onde a avaliação individual das necessidades permite estabelecer metas realistas, na vertente física, emocional e social, que vai permitir a readaptação à nova situação.

A pessoa com DPOC apresenta, ainda, uma deficiência a nível respiratório, com forte impacto a nível físico, social, psicológico, espiritual e financeiro, pelo que requer do(a) enfermeiro(a) um olhar muito particular, tendo “ (...) por missão ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou natureza da sua afeção” (Hesbeen, 2003,p.76). Esta ajuda carece de particular atenção por parte dos enfermeiros de reabilitação, uma vez que detêm um “corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2011,p.1), que os prepara para junto com o pessoa e família encontrar um caminho que resulte na minimização do impacto da doença, aos diferentes níveis e consequentemente, se traduza em qualidade de vida e bem-estar.

A abordagem da pessoa com DPOC deve ser abrangente, pois a sua doença é multidimensional, onde as alterações produzidas tais como dispneia, incapacidade para tossir e limpeza ineficaz das vias aéreas, fadiga,

intolerância ao exercício e incapacidade para se auto cuidar, tem forte impacto na qualidade de vida.

Numa perspetiva fisiológica os principais problemas centram-se na ineficácia da limpeza das vias aéreas, na ineficácia da ventilação ou alterações do padrão respiratório, na ineficácia das trocas gasosas que se traduzem por um forte condicionamento na capacidade para a realização do autocuidado.

Mas, estes problemas, reais ou potenciais, vão implicar grandes mudanças na vida da pessoa e da sua família, pois o impacto da doença não se limita a questões meramente físicas, como já referimos. O isolamento social, a ansiedade, a depressão, a tristeza, a perda de autonomia, são questões centrais, presentes no dia-a-dia destas pessoas, com especial realce quando estão submetidas a tratamento com OLD, pelas restrições que esta terapia impõe.

Efetivamente as pessoas quando confrontadas com a doença, situação que constitui uma ameaça e limitação ao seu estado de equilíbrio, porque as afeta social, física, emocional, intelectual e espiritualmente, requerem cuidados individualizados que as ajudem a (re)construir o seu projeto de vida e de saúde.

Nesta linha de pensamento os enfermeiros devem constituir-se como um recurso importante para cada pessoa, para com elas encontrarem o melhor percurso conducente à maximização da qualidade de vida, mesmo perante uma doença crónica e incapacitante. Nesse sentido, devem ter presente os descritores que estruturam a qualidade do seu exercício profissional, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) dos quais vamos realçar três, não significando que desvalorizemos os outros enunciados descritivos, mas pelo facto de estes se revestirem de particular importância no cuidar da pessoa com DPOC e OLD, nomeadamente a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional.

Importa pois desenvolver uma atitude promotora de saúde já que a patologia se associa a estilos de vida. Por outro lado, não se deve descurar as atitudes preventivas, mesmo aquelas que vão no sentido de prevenir estádios mais graves e promovam a reinserção social da pessoa.

Faz sentido então aproximarmo-nos da noção de empoderamento. Vasconcelos (2001) refere que a partir dos anos 90 o conceito de empoderamento é tema central das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Olhando para a história verificamos que o empoderamento está associado a formas alternativas de trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autónomos.

Salientamos que o empoderamento pessoal é um processo multidimensional e psicologicamente complexo. Os fatores psicológicos em parceria com as mudanças sociais em resposta à falta de autonomia podem conduzir à falta de empoderamento numa prévia independência individual. A interação de mudanças individuais e sociais na pessoa com perda de funcionalidade arrasta esta para um ciclo negativo de “desempoderamento” e, simultaneamente, provoca implicações para a reversão desta espiral negativa através do “re-empoderamento” (Myers, 1993).

Pelo fato de se entender o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm controlo sobre suas vidas, então, torna-se necessário que este indicador esteja presente no processo de cuidados do(a) enfermeiro(a) de reabilitação. Reforçamos que, o empoderamento é um estado de ter poder, ou seja, de obter as ferramentas necessárias para movimentar a própria vida na direção que deseja, pois a autonomia não é ausência de dependência física e tendo por base os pressupostos humanistas que norteiam os enfermeiros de reabilitação, onde cada pessoa é um ser único “(...) reconhecem nela capacidades e potencial para o desenvolvimento de estratégias, conducentes à resolução de problemas, mesmo quando esse problema é uma doença crónica e incapacitante” (Soares, 2006, p. 35), conduzindo assim à autorrealização.

Impõe-se, por isso, que estas pessoas sejam beneficiárias de um PRR adequado, que se traduza na manutenção/recuperação da independência, do bem-estar e de qualidade de vida. Simão e Almeida (2009, p.1) referem que

Apesar de a reabilitação respiratória ser complementar às restantes terapias devemos levar em consideração que a evidência da melhoria sobre a capacidade de esforço (máxima, de endurance e funcional),

sobre a dispneia e fadiga, bem como sobre a qualidade de vida, é hoje inquestionável.

Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, minimizar os estados de ansiedade, minimizar a perda de autonomia e de independência, são objetivos fulcrais num PRR. Troosters et al. (2005) salientam que a questão atual não se coloca em relação à importância ou não da RR para estas pessoas, pois a investigação tem demonstrado os benefícios destes programas, a questão coloca-se relativamente à forma como estes programas devem ser efetuados.

O quadro que se segue agrupa alguns dos estudos que demonstram que a RR é uma medida terapêutica importante no controlo dos sintomas físicos, melhoria da capacidade para a atividade física e conseqüente melhoria na capacidade para as atividades de vida, mas também no controlo da ansiedade e depressão, com efeitos positivos na qualidade de vida da pessoa com DPOC.

QUADRO 2 - SÍNTESE DE ESTUDOS

Designação	Estudo	Objetivos	Conclusão
<i>Redução dos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com DPOC participantes de um programa de reabilitação pulmonar</i> Godoy & Godoy, 2002	Quantitativo	Avaliar a prevalência e a intensidade de ansiedade e depressão em um grupo de pacientes portadores de DPOC ao iniciarem um programa ambulatorial de reabilitação pulmonar (RPR); ao término do PRP, avaliar efeito deste sobre a intensidade de ansiedade e depressão desses mesmos indivíduos	Pacientes com DPOC apresentaram alta prevalência de ansiedade e depressão. O PRP foi capaz de reduzir de forma significativa os níveis de ansiedade e depressão, bem como aumentar o desempenho do Tcam6.
<i>Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica</i> Rodrigues, Viegas, & Lima, 2002	Descritivo e prospetivo 30 Participantes	Avaliar a efetividade do programa de RP como tratamento coadjuvante da DPOC	O programa aumentou a capacidade física, a carga máxima sustentada pelos MMSS e não alterou as variáveis espirométricas e gasométricas

<p><i>Efficacy of pulmonary rehabilitation: exercise capacity, respiratory muscle strength and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease</i></p> <p>Zanchet, Viegas & Lima, 2005</p>	<p>Ensaio Clínico não-randomizado e aberto</p> <p>27 Participantes</p>	<p>Avaliar a eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura respiratória e qualidade de vida de portadores de DPOC</p>	<p>A RP³ é eficaz na:</p> <p>Promoção do aumento da distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos, da carga máxima para membros superiores e da pressão inspiratória máxima</p> <p>Melhoria da habilidade na realização das atividades de vida</p> <p>Melhoria na qualidade de vida (SGRQ⁴), em relação às atividades e impactos psicossociais, mas não em relação aos sintomas</p>
<p><i>Efeitos de três programas de fisioterapia respiratória (PRF) em portadores de DPOC</i></p> <p>Kunikoshita, Silva, Costa & Jamami, 2006</p>	<p>Comparativo</p> <p>25 Participantes</p>	<p>Verificar efeitos de três programas de fisioterapia</p>	<p>O TF⁵ associado ao TMR⁶ foi a melhor alternativa de entre as estudadas, pois proporcionou uma evidente melhora na tolerância ao esforço e na qualidade de vida. Promoveu efeito adicional nas adaptações fisiológicas ao exercício</p>
<p><i>Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC</i></p> <p>Pereira, Pinto, Alcantara, Medeiros & Mota, 2009</p>	<p>Transversal</p> <p>42 Participantes</p>	<p>Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DPOC através dos questionários SF36 e SGRQ, correlacionando-os com os parâmetros funcionais respiratórios</p>	<p>O componente físico e mental correlacionou-se com o FEV₁.</p> <p>O domínio atividades do SGRQ apresentou correlações negativas com todos os parâmetros funcionais.</p> <p>O declínio do FEV₁ está associado a uma pior qualidade de vida avaliada pelo SGRQ</p>

³ Reabilitação Pulmonar

⁴ Saint George's Respiratory Questionnaire

⁵ Treinamento Físico

⁶ Treinamento muscular respiratório

<p><i>Perfil de nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil</i> Hernandes, Teixeira, Probst, Brunneto, Ramos & Pitta, 2009</p>	<p>Comparativo</p>	<p>Avaliar as características de atividades físicas na vida diária de pacientes com DPOC no Brasil e sua relação com diferentes variáveis fisiológicas</p>	<p>Os pacientes com DPOC apresentam menor tempo de caminhada/dia e menor intensidade de movimento quando comparados com idosos saudáveis. Os pacientes com DPOC também tendem a passar mais tempo sentados. O tempo de caminhada/dia correlacionou-se com TC67, carga máxima de trabalho, idade, escala MRC e domínio atividades do SGRQ. Os pacientes portadores de DPOC revelaram menos ativos em comparação com idosos saudáveis.</p>
<p><i>Reabilitação Respiratória na DPOC: do treinamento de exercício para a "vida real"</i> Ferreira, Guimarães & Taveira, 2009</p>	<p>Prospetivo</p>	<p>Avaliar a eficácia do treinamento de exercícios com protocolo de marcha</p>	<p>O efeito do treinamento evidenciou-se na comparação das distâncias percorridas antes e após o treinamento, com diminuição da dessaturação para maiores distâncias e na sensação de dispneia.</p>
<p><i>O índice BODE correlaciona-se com a qualidade de vida em pacientes com DPOC?</i> Araújo & Holanda, 2010</p>	<p>Observacional e descritivo 32 Participantes</p>	<p>Determinar se há relação entre BODE, IMC, obstrução das vias aéreas, dispneia e capacidade de exercício e a qualidade de vida em pacientes com DPOC</p>	<p>Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos nas variáveis demográficas, nem clínicas. Verificou-se correlação entre o score do índice de BODE e todos os domínios e os scores de todos os domínios do SGRQm nos pacientes com DPOC, com VEF₁ <50%, revelando que apresentam uma sobrevida diminuída e pior qualidade de vida do que os pacientes com VEF₁ ≥ 50%.</p>

Efetivamente vários estudos demonstram a importância da RR na qualidade de vida das pessoas com DPOC, com forte impacto no controlo dos sintomas,

⁷ Teste Caminhada 6 minutos

nomeadamente na dispneia, na ansiedade e depressão, na melhoria à tolerância ao exercício, bem como, na habilidade para a realização das AVD's, com conseqüente melhoria da sua autonomia, conforme constatado por Pryor e Webber (2002). Também, kunikoshita, Silva, Silva, Costa e Jamani (2006) num estudo por eles realizado onde avaliaram o efeito de três programas de fisioterapia respiratória em pessoas com DPOC, verificaram que após aplicação dos PRR a força muscular respiratória e a distância percorrida apresentava aumentos significativos, havia redução da frequência cardíaca e melhoria da qualidade de vida.

Zanchet, Viegas e Lima (2005, p.123) num ensaio clínico não-randomizado e aberto onde foram avaliados 27 pessoas com DPOC, avaliados antes e após o tratamento com um PRR com enfoque no treino físico, concluíram que estes programas são eficazes pois conseguem “quebrar o ciclo vicioso da DPOC, melhorando a qualidade de vida e a capacidade de exercício funcional dos pacientes”. Também, Pamplona e Morais (2007), Rose *et al.* (2002) concluíram que os PRR com recurso a exercícios físicos altera positivamente os fatores patológicos, recondicionando o indivíduo para melhores índices de força muscular, de capacidade aeróbica, de flexibilidade e coordenação motora.

As pessoas com DPOC apresentam sérias dificuldades para a realização das AVD's, devido a grandes limitações ventilatórias, provocando intolerância ao esforço devido ao descondicionamento dos músculos periféricos e respiratórios, conforme referem Pissulin, Guimarães, Kroll e Cecílio (2002), mas os estudos realizados por Casaburi *et al* (2004) e Cooper (2001), evidenciam que um programa de treino físico realizado durante 6 semanas proporciona melhoria da capacidade funcional nestas pessoas, enquanto Bourjeily e Rochester (2000) consideram que o aumento para 12 semanas acrescenta maiores benefícios.

As técnicas de conservação de energia são também fundamentais nos PRR no sentido de tornar as pessoas com DPOC mais autónoma, pois são essenciais na recuperação da independência nas AVD's e conseqüente melhoria da qualidade de vida. Conforme referem Velloso e Jardim (2006) estas técnicas são ferramentas que contribuem para minimizar o desconforto dos pacientes na realização das suas atividades de vida, na execução das atividades profissionais, sociais e familiares, ajudando as pessoas a manter ou a

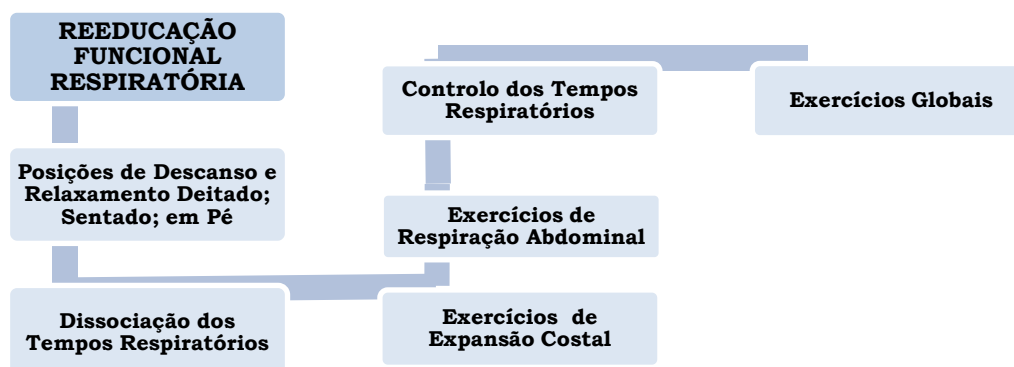
recuperar a sua funcionalidade, através da quebra do ciclo de inatividade. Referem, ainda, que alguns estudos demonstram que os exercícios de braços não sustentados causam dispneia em tempo mais curto e aumentam o consumo de oxigénio, mesmo para tarefas mais simples, motivo pelo que a sensação de dispneia surge na realização das mesmas. Assim, consideramos importante integrar nos PRR, as técnicas de conservação de energia, no sentido de minimizar o desconforto das pessoas com DPOC e melhorar a sua capacidade na realização das atividades de vida.

Troosters *et al.* (2005), após análise de vários estudos, consideram que se pode concluir que o recondicionamento físico é a chave para o sucesso de um programa de reabilitação. Assim, a construção de PRR tem que ser baseado na estimulação do sistema cardiovascular e dos músculos esqueléticos, que permitam induzir adaptações fisiológicas de forma a reverter a deterioração que o descondicionamento físico impõe, essencialmente devido ao sedentarismo. Mas, importa realçar que os PRR têm que considerar sempre as limitações de cada uma das pessoas.

Com base nos estudos efetuados por diferentes autores e na literatura, concluiu-se que um PRR direcionado para a pessoa com DPOC deve ser composto por três eixos estruturantes:

A Reeducação Funcional Respiratória (figura 1) que se centra em técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias e exercícios globais.

FIGURA 1 - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

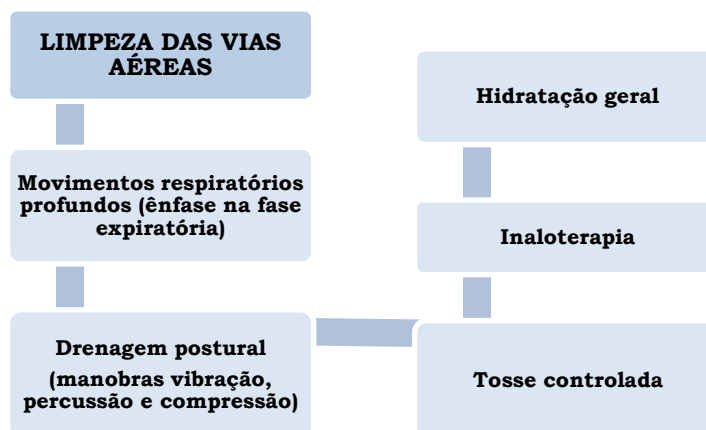


A reeducação funcional respiratória vai permitir um controlo efetivo sobre a respiração, com conseqüente controlo da dispneia, que é o sintoma que mais condiciona a independência da pessoa e permite, ainda, readquirir capacidade

física, através do treino de exercícios globais, que promovam não só o fortalecimento muscular, quanto o aumento da tolerância ao exercício, nomeadamente na caminhada.

A Permeabilidade das Vias Aéreas (figura 2) que engloba a limpeza das vias aéreas com recurso a medidas específicas e gerais, facilitadoras da eliminação de secreções.

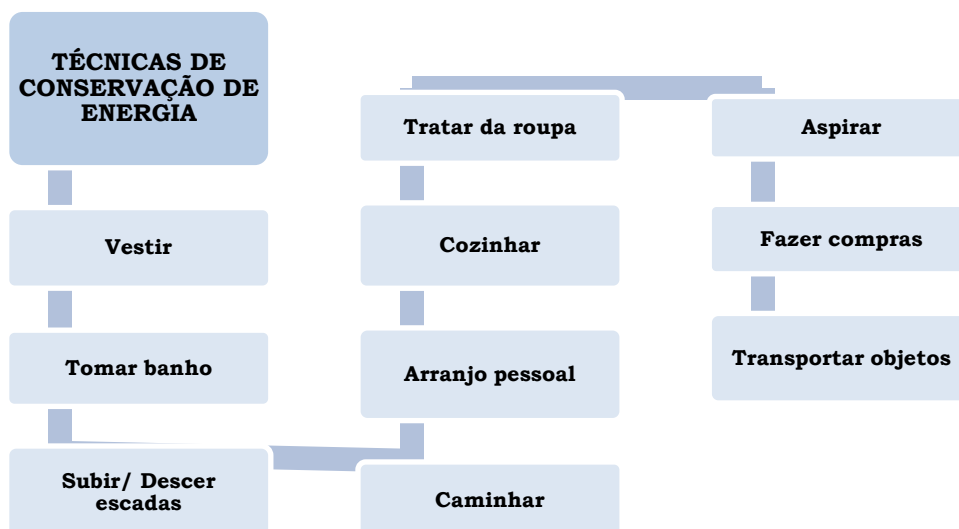
Figura 2 - LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS



A permeabilidade das vias aéreas é muito importante para que se processe uma respiração eficaz e as secreções sejam eliminadas de forma a prevenir agudizações, pois estas pessoas são muito suscetíveis a infeções respiratórias.

As Técnicas de Conservação de Energia (figura 3), que em conjugação com as técnicas respiratórias permitem, a realização das atividades de vida, com menor gasto energético, contribuindo para a autonomia da pessoa.

Figura 3 - TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA



A RR, segundo Pryor e Webber (2002) tem como objetivos gerais maximizar a independência funcional do indivíduo para as AVD's, avaliar e iniciar o treino físico para aumentar a tolerância ao exercício e encorajar gastos de energia de forma eficiente, reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes portadores de incapacidade decorrentes de problemas respiratórios.

Mas, consideramos que podem ser definidos objetivos específicos em concordância com Costa e Coimbra (1997), Heitor (1988) e Testas e Testas (2008), nomeadamente:

- Diminuir a sobrecarga muscular;
- Facilitar o controlo da respiração;
- Eliminar secreções brônquicas;
- Diminuir o esforço durante a expiração;
- Corrigir assinergias e defeitos ventilatórios;
- Prevenir e corrigir defeitos posturais;
- Reeducar para o esforço;
- Reeducar para o autocuidado e
- Diminuir a ansiedade.

Estes objetivos só serão alcançados se o(a) enfermeiro(a) for capaz de motivar a pessoa e a família, pois esta doença não afeta só a pessoa, mas também, aqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo, pelo que a colaboração de todos os intervenientes é essencial para o êxito do programa.

Para além, deste programa mais específico o(a) enfermeiro(a) no processo de cuidados atende, sempre, a pessoa na sua globalidade, pelo que aspetos nutricionais e de higiene ambiental são também essenciais, para que a qualidade de vida e o bem – estar sejam potencializados, minimizando os efeitos psíquicos, sociais e espirituais da doença.

A OLD domiciliária é um recurso disponível, para este tipo de pessoas, que segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tiologia (SBPT) (2000) aumenta a sobrevida dos pacientes pois melhora as variáveis fisiológicas e sintomas, incrementa a qualidade de vida através do aumento da tolerância ao exercício, diminui a necessidade de internamentos hospitalares e melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxia.

Segundo a DGS (2006) entende-se por OLD a administração de oxigénio, por períodos superiores a 15h/dia, cujo débito deve ser assegurado de forma a uma estabilização de saturação de O² de pelo menos 90%. Segundo a mesma fonte, em pessoas com insuficiência respiratória crónica, a OLD aumenta a sobrevida, melhorando a tolerância ao esforço, a funcionalidade da pessoa e o seu desempenho cognitivo e diz-nos ainda que, existe evidência que o recurso a esta terapêutica está associado a uma menor incidência de complicações e reduz o número de hospitalizações.

Considerando estas vantagens, acreditamos que só um conjunto de medidas coerentes e adaptadas à pessoa com DPOC podem traduzir ganhos em cuidados respiratórios com repercussões efetivas na qualidade de vida.

Os ganhos em saúde junto destas pessoas, tem que necessariamente conduzir à maximização da qualidade de vida e da capacidade para o desempenho do autocuidado, pelo que iremos abordar estes temas, dando realce à teoria de enfermagem que servirá de referencial teórico para o desenvolvimento deste estudo.

4. O AUTO – CUIDADO NO ÂMBITO DA PESSOA COM DPOC E OLD

A Associação Americana de Enfermagem (1980) definiu a enfermagem como uma ciência que se debruça sobre o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas reais ou potenciais de saúde. Historicamente, o termo enfermagem significa essencialmente cuidar, conforme refere Watson

Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano (...). O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço (2002, p.52).

Efetivamente, quando abordamos um problema como o da doença crónica que se instala na pessoa, ele vai afetar também, a sua família, pelo que a nossa intervenção não se pode limitar à pessoa. A família é primordial para ultrapassar a crise instalada e merece do(a) enfermeiro(a) a mesma atenção que a própria pessoa. Também, Meleis (1987) refere que a interação é um aspeto central em enfermagem, pois cuidar só é uma realidade tendo por base uma relação enfermeiro(a)/pessoa/família e que esta interação assenta numa relação, onde os valores humanistas obrigatoriamente estão presentes, para que em qualquer contexto e independentemente da diversidade de situações, se desenvolvam os cuidados de enfermagem.

Cuidar com qualidade só é possível em parceria com a pessoa e a família. Este é um conceito relevante em todo o processo do cuidar, mas adquire especial importância quando estamos a cuidar de pessoas com alterações crónicas respiratórias, tendo sempre presente que esta é uma pessoa autónoma, com capacidade de decisão e com potencial para a resolução de problemas, e que o papel dos(as) enfermeiros(as) reabilitadores(as), é ser parceiros neste percurso, é estar “com” e ser facilitador da utilização dos recursos que a própria pessoa possui. É evidente, que nos casos de exceção, o nosso papel pode ter que se

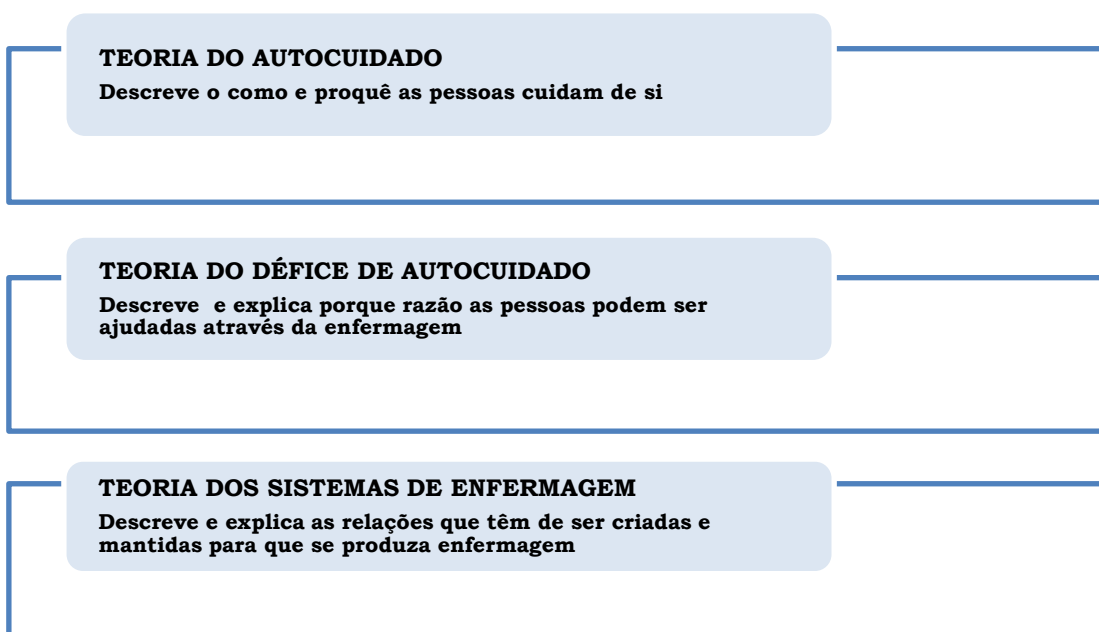
situar na substituição de forma mais ou menos temporária. Assim, é função primordial do enfermeiro(a), neste processo de cuidar/curar ajudar o indivíduo a prevenir, aliviar, resolver ou lidar de forma positiva com os problemas, quer estes sejam reais ou potenciais.

Meleis (2005) diz-nos que a enfermagem, pode ser definida como uma disciplina, pois tem uma forma distinta de olhar os fenómenos e que as teorias de enfermagem permitem desenvolver e explicar os fenómenos centrais, que constituem a essência do conhecimento. Nesse sentido, a nossa opção centra-se na Teoria do Défice do Auto - Cuidado (Orem), por considerarmos que nos orienta para um atendimento personalizado e de qualidade a este tipo de pessoas/famílias.

O autocuidado é uma “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIE, 2007, p.46), que pode estar altamente afetado na pessoa com DPOC, pelo que consideramos importante ter como referência esta teoria para o desenvolvimento do nosso trabalho.

A teoria do défice de autocuidado é considerada por Orem (Taylor in: Tomey e Alligood, 2002) como uma teoria geral que é composta por três teorias relacionadas (figura 4).

FIGURA 4- TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO DE OREM



Esta teórica considera o autocuidado como a prática de atividades que favorecem o desenvolvimento e amadurecimento da pessoa e que estas desempenham em seu benefício próprio, com o intuito de preservar a vida com um funcionamento saudável, dando continuidade ao desenvolvimento e bem-estar pessoal.

Na teoria de Orem a normalidade é definida como o que é essencialmente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos dos indivíduos. Nesta teoria são definidos requisitos de desvio de saúde do autocuidado, para as pessoas doentes ou que apresentam alguma lesão ou desordem patológica específica, incluindo defeitos ou incapacidades e que são submetidas a tratamentos.

A doença ou lesão afeta quer as estruturas físicas quer psicológicas e ainda, o funcionamento integrado do ser humano na sociedade. Este desvio de saúde, enquanto situação que se prolonga no tempo, vai determinar as necessidades de cuidados.

É nesse tempo que acompanha todo o percurso de vida da pessoa com DPOC, após instalação dos processos patológicos que determinam a doença, que vão afetar as estruturas físicas e psicológicas, mas também, as estruturas sociais e espirituais, que surge a necessidade de cuidados em grau variado, conforme o estadió da doença e a forma de reação da pessoa à mesma. Nestas pessoas, os desvios do autocuidado surgem em consequência quer da doença (ex. dispneia, hipoxia), quer dos tratamentos, como por exemplo a OLD. As consequências da doença e dos tratamentos, nas pessoas com estadios graves ou muito graves, obriga a longos períodos de imobilidade e interferem fortemente na sua capacidade para o autocuidado.

Para dar resposta à teoria do défice de autocuidado, Orem orienta – nos para a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que tem por base a enfermagem centrada na ação humana, onde são exercidas atividades de enfermagem direcionadas para as pessoas com limitações no autocuidado ou cuidar dependente, derivadas ou associadas à saúde. Estas ações podem integrar-se num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, conforme as limitações expressas e as necessidades de cuidado identificadas.

A teoria do défice de autocuidado é frequentemente aplicada na enfermagem de reabilitação, pois os enfermeiros reconhecem que os múltiplos níveis de capacidade de autocuidado, concebidos por Orem, são de grande utilidade para um processo de reabilitação eficaz.

Knust e Quarn (1983 in. Hoeman, 2000, p.7) referem que

a chave da utilização da teoria de autocuidado, na enfermagem de reabilitação, está numa avaliação criteriosa de cada categoria do autocuidado (desvio universal de desenvolvimento e face à saúde). As relações entre áreas de avaliação demonstram a unicidade da pessoa e, em última análise, intervenções diretas, de carácter holístico.

De facto, a aplicação desta teoria na enfermagem de reabilitação e especificamente neste tipo de pessoas, parece fazer todo o sentido, uma vez que simultaneamente e em complementaridade os três sistemas podem ser aplicados, por serem sistemas dinâmicos, o que se torna coerente com o processo de reabilitação, caracterizado por ser um processo ativo de gestão de obstáculos, potenciadores de gerarem desvantagens. Esta teoria parece ser, ainda, útil para se aplicar em contextos comunitários, pois pode permitir a avaliação da capacidade de viver com independência.

Sendo o autocuidado uma atividade executada pelo próprio, as alterações nos percursos de vida provocadas pela doença, interfere com a capacidade para se autocuidar, levando à dependência. A pessoa com DPOC, que se confronta com alterações fisiológicas, nomeadamente perda de capacidade para efetuar uma limpeza eficaz das vias aéreas, que apresenta uma diminuição da capacidade ventilatória e conseqüente ineficácia nas trocas gasosas, vai confrontar-se com um quadro de dispneia, fadiga e perda de capacidade de resistência ao esforço e de *endurance* muscular.

Este quadro é facilitador da criação de condições para a instalação da dependência na realização das atividades de vida, muito evidenciado na capacidade para o autocuidado, tornando-o dependente de outros.

Assim, o(a) enfermeiro(a) de reabilitação deve intervir nesta área, através de cuidados de enfermagem, no sentido de aumentar a capacidade funcional e

maximizar as potencialidades existentes, através da recuperação da força muscular, da resistência ao esforço, mas também, de capacitar a pessoa com recursos que lhe permitam fazer face a esta situação, Pamplona e Morais (2007, p.102) realçam que “ A reabilitação respiratória beneficia todos as pessoas com doença respiratória que tem o seu dia-a-dia afetado pela dispneia crónica, a grande maioria dessas pessoas têm doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ...”.

Esta pessoa vai perdendo capacidade para cuidar da sua higiene pessoal, para tomar banho, para se vestir, para se arranjar, para usar o sanitário e ainda, para participar no arranjo da casa, entre outras. É sobre esta perda de capacidade que devemos direcionar a nossa intervenção junto destas pessoas, tendo sempre presente a adequação a cada caso.

Esta patologia que se manifesta na fase adulta, vai encontrar cada indivíduo numa fase do seu ciclo vital em que a autonomia para o autocuidado é uma realidade e que representa no seu percurso de vida, algo importante, que lhe permite percorrer o seu caminho de uma forma independente e desenvolver o seu projeto de vida. A transição de saúde-doença estabelece-se perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação (Meleis *et al.*, 2005) e necessariamente vai passar por modificações e adaptações que irão ser influenciadas por diversos fatores.

Mas, é de extrema importância realçar que se o alcançar desta independência foi um percurso natural ao longo do seu ciclo vital, a perda ou diminuição da mesma, não deve ser entendida como perda da dignidade. O papel do(a) enfermeiro(a) é primordial para com este indivíduo e sua família, procurando encontrar percursos alternativos que mantenham a dignidade da pessoa, pois deve ser uma prioridade a preparação dos mesmos para a transição eminente e devem-se constituir como facilitadores no processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis *et al.*, 2005).

É importante que cada indivíduo perceba que a forma como cada um entende a doença e passa pelo processo de aceitação da mesma, é um processo flutuante, mas que deve ser visto por todos com a máxima dignidade.

Aliviar ou resolver problemas, prevenir o seu reaparecimento e lidar de forma positiva com os mesmos é o objetivo principal da intervenção do(a) enfermeiro(a). É importante que a adoção, de um conjunto de medidas terapêuticas específicas de RR sejam implementadas e se constituam como uma ajuda essencial para as pessoas com DPOC submetidas a OLD, minimizando os efeitos dos problemas reais, mas que também contribuam preventivamente para que potenciais problemas não evoluam para situações reais.

PARTE II - A PESSOA COM DPOC E OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO - UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

A parte II do trabalho aborda essencialmente o desenvolvimento do estudo empírico e é constituído por diferentes capítulos. Iremos no capítulo 1 proceder ao enquadramento metodológico, com realce para o tipo de estudo, o contexto e a população alvo. Procederemos, ainda à caracterização do distrito e da amostra que integra este estudo.

O capítulo 2 permite-nos ir à descoberta do problema e neste são abordados os objetivos específicos, os materiais, os procedimentos e as considerações éticas deste ciclo do estudo, bem como, a apresentação e análise dos resultados, finalizando com a discussão dos mesmos.

O capítulo 3 debruça-se sobre o planeamento da ação.

O capítulo 4, que associa o 3º e 4º ciclo do estudo, dá conta da implementação da ação, mas também da sua avaliação e percorre um trajeto idêntico ao capítulo 2, que vai desde os objetivos específicos à discussão dos resultados.

O capítulo 5 permite identificar o adquirido completando o último ciclo do estudo e é dedicado ao manual de boas práticas em cuidados respiratórios no domicílio.

Terminamos com o 6º capítulo que reflete as conclusões do estudo e relata as limitações do mesmo.

CAPÍTULO I - O ESTUDO, A POPULAÇÃO E O CONTEXTO

1. A PROBLEMÁTICA, O OBJETO DE ESTUDO E AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A DPOC é responsável por três milhões de mortes anuais, sendo a quarta causa de morte a nível mundial. Em Portugal os últimos dados disponíveis, referem-se a 2003 e colocam esta doença como responsável pela quinta causa de morte, a seguir às doenças cerebrovasculares, diabetes, pneumonias e ao cancro do pulmão, traqueia e brônquios (Araújo, 2008). É a segunda causa de internamento por doença respiratória, onde os reinternamentos são muito frequentes, contribuindo para o aumento substancial dos custos com a saúde.

Esta patologia provoca compromisso a nível físico, psicológico, social e espiritual, que atinge a pessoa e a família, podendo provocar grandes alterações na qualidade de vida, se não existir uma intervenção eficaz, no sentido de minimizar o impacto da doença.

Cerca de 50% dos portadores desta doença apresentam limitações nas atividades de vida como resultado dos défices respiratórios instalados (Araújo, 2008).

A RR tem como principal objetivo restabelecer as pessoas de modo a atingir o mais alto nível de autonomia, onde a melhor *performance* funcional lhe permite bons níveis de independência, devido ao aumento da capacidade pulmonar, obtida pelo controlo dos sintomas e aumento da capacidade para o exercício.

Lacasse *et al.* (2007) efetuaram um estudo onde verificaram que a RR reduz a fadiga, melhora a função emocional e aumenta o autocontrolo sobre a doença, de forma significativa, pelo que consideram a RR como uma componente fundamental no tratamento da DPOC, tal como no Projeto Gold, pois constituiu-se como recomendação no tipo de tratamento indicado nos estádios III e IV.

Também, Rodrigues (2003) refere que a RR em pessoas com doença respiratória tem demonstrado desde a década de 80, a sua eficácia, sendo atualmente um dos componentes obrigatórios no tratamento e controlo das mesmas.

A incapacidade que se instala devido a esta doença, provoca grande sofrimento às pessoas portadoras da mesma, mas também a quem os rodeia, pelas implicações que produzem nos seus percursos de vida, alterando os seus projetos e podendo instalar-se na pessoa um sentimento de impotência face à sintomatologia emergente.

Cuidar implica transformar, dotar e ajudar a potenciar as capacidades da pessoa para fazer face à sua doença e às alterações por ela produzidas, já que o cuidado é mais do que uma ação, é uma intervenção sustentada que obrigatoriamente promove o conforto, o bem-estar e a qualidade do tempo que a pessoa tem para viver. Cuidar é ainda, uma função social, que se constitui garantia da continuidade da vida, que promove o encontro entre os seres humanos e por conseguinte o prolongamento da função social (Collière, 1999).

Os cuidados de enfermagem de RR são um recurso importante no tratamento destas pessoas, pois permitem potenciar as capacidades existentes e minimizar os efeitos das situações instaladas. A RR deve ser integrada no tratamento individualizado da pessoa, pois ela está projetada para minimizar os sintomas, otimizar o estado funcional, melhorar a participação e reduzir os gastos com cuidados médicos, através da estabilização ou inversão das manifestações sistémicas da doença (ATS/ERS, 2006; Battaglia *et al.*, 2006; Troosters *et al.* 2006).

Dourado, Antunes, Carvalho e Godoy (2004) referem que os níveis de qualidade de vida não podem ser apenas quantificados pelos valores dos índices espirométricos, pois a sua correlação é pequena ou quase nula. Num estudo realizado pelos autores, onde aplicaram um programa de reabilitação pulmonar, demonstraram a existência de melhoria da força muscular periférica e respiratória, da tolerância ao exercício e do índice da massa corpórea (IMC) e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida em pessoas com DPOC.

Também, Godoy e Godoy (2002, p.123) sustentaram esta ideia e demonstraram a influência positiva da aplicação de um programa de reabilitação pulmonar em 46 pessoas com DPOC em fase moderada ou grave que apresentavam níveis altos de ansiedade e depressão "... os pacientes do grupo estudado melhoraram a sua capacidade de realização de exercícios

físicos e reduziram os níveis de ansiedade e depressão de maneira significativa...”.

Ainda, da revisão da literatura efetuada podemos concluir que os programas de reabilitação respiratória traduzem-se em benefícios para as pessoas com DPOC, como referem Pamplona e Morais (2007, p.102) “ A reabilitação respiratória beneficia todos as pessoas com doença respiratória que tem o seu dia-a-dia afetado pela dispneia crónica, a grande maioria dessas pessoas têm doença pulmonar obstrutiva crónica ...”. Referem ainda que “a reabilitação respiratória poderá ser parte importante no tratamento das pessoas cujos sintomas respiratórios estão associados a diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida”.

Rose *et al.* (2002) afirmaram, também, que a pessoa com DPOC submetida a um programa de reabilitação respiratória beneficia de um impacto positivo na sua qualidade de vida, referindo a necessidade de mais investigação nesta área, para que os programas instituídos evidenciem ganhos em saúde. Kara (2005) salienta, ainda, que é necessário a formação dos enfermeiros neste domínio, quer a nível da formação inicial quer da formação avançada e contínua, no sentido de desenvolverem competências necessárias para uma prática diária de promoção da saúde, pois os enfermeiros têm um papel importante na luta da pandemia da DPOC, promovendo e mantendo a saúde das pessoas o maior tempo possível.

Também, no nosso percurso profissional, inicialmente como enfermeira generalista a exercer funções em serviços de medicina e cirurgia, depois como enfermeira especialista de reabilitação, e posteriormente no desempenho de funções docentes, a nível do curso de licenciatura em enfermagem, do curso de pós-licenciatura especializada em enfermagem de reabilitação e do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação, as pessoas com alterações do foro respiratório, sempre mereceram um foco especial de atenção e interesse.

O contacto com este grupo de pessoas, as dificuldades por elas expressas, o confronto com a sua perda de independência para as atividades de vida diária, o aumento da sua incapacidade, com marcada diminuição da sua funcionalidade, são aspetos por demais importantes e que merecem o investimento dos enfermeiros, no sentido de identificarem cuidados de saúde mais eficazes e adaptados às suas necessidades.

Por outro lado o número crescente de pessoas de foro respiratório, com necessidade de OLD, no distrito de Viana do Castelo, carece de identificação rigorosa no sentido de permitir uma intervenção eficaz, junto dos mesmos.

No sentido de validar a contextualização desta problemática entrevistamos duas Enfermeiras da prática clínica e um Pneumologista, que pelo conhecimento que detêm deste tipo de pessoas, e da problemática no distrito, nos forneceram informações que nos permitiram conhecer melhor a necessidade de intervir junto destas pessoas. Ressaltamos os aspetos, mais evidenciados, nomeadamente a necessidade de identificação e acompanhamento deste tipo de doente.

Todos estes aspetos criaram em nós uma maior inquietude e simultaneamente transformaram-se em elementos motivadores para adquirir um conhecimento real da situação e através da identificação dos problemas, delinear estratégias que permitam melhorar o nível de cuidados respiratórios, à pessoa com DPOC, que se encontra no seu domicílio, com recurso a OLD, no sentido de potencializar as suas capacidades, de minimizar os efeitos da doença e de os tornar mais independentes nas atividades de vida diária, contribuindo assim, para a diminuição do seu grau de dependência, da sua incapacidade e desta forma contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Face a este conjunto de preocupações, motivações e realidades emerge a necessidade de se adotarem programas de RR, junto das pessoas com DPOC e OLD, que permitam a prestação de cuidados de enfermagem específicos e individualizados e que traduzam ganhos em saúde. São esses cuidados que poderão evitar agravamentos do percurso da doença, visíveis através de (re)internamentos, do recurso aos serviços de urgência, de maior consumo de medicamentos, entre outros, com todas as implicações inerentes, nomeadamente perda de qualidade de vida e perda de autonomia, mas também, custos acrescidos na área da saúde.

“Participar ativamente em tudo o que contribuir para desenvolver o potencial de vida da pessoa inserida na sua rede familiar e social e tentar utilizar ao máximo tudo o que resta desse potencial de vida” (Colliére, 2003, p.230), é também a nossa forma de estar em enfermagem e muito particularmente junto das pessoas com alterações respiratórias, pois urge recuperar e/ou conservar

a autonomia, maximizando o potencial de cada um, inserido no seu contexto ambiental, para benefício do seu bem – estar e da sua qualidade de vida.

A investigação neste domínio demonstra que a RR produz benefícios na qualidade de vida das Pessoas com DPOC, sem no entanto se restringir ao autocuidado, podendo potenciar a *performance* física e psicossocial.

Considerando existir muito para investigar nesta área, afirmação baseada na literatura e na nossa experiência como enfermeira, investigadora e docente, parece emergir a necessidade de uma intervenção com ênfase nos cuidados de RR, no processo de cuidar estas pessoas e que a evidência científica, em outros contextos, mostra ser eficaz e a sua implementação está já consolidada.

Justifica-se assim o objeto de estudo desta investigação “Os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória face às necessidades reais da pessoa com DPOC submetida a OLD, no domicílio”. Salientando que Cuidar é palavra - chave na enfermagem, onde os cuidados se “situam na encruzilhada do que faz viver... do que permite viver e do que cria obstáculos à vida...do que entrava e ameaça...” (Collière, 2003,p.2), estes devem-se centrar nas dificuldades versus desenvolvimento de capacidades para superar ou minimizar as alterações/dificuldades geradas pela doença.

Quanto ao local preferencial para a implementação dos PRR, este pode ser no domicílio da pessoa, no hospital ou no ambulatório (Torres, 2002), mas consideramos que o contexto domiciliário é o mais adequado, pois esta é uma doença crónica que ao prolongar-se no tempo, tem como espaço ideal o ambiente habitual da pessoa, o seu domicílio, onde os programas podem ser adaptados às reais condições da pessoa, permitindo que ela exprima as dificuldades, que se contornem as barreiras existentes no seu domicílio, permitindo um melhor desempenho nas AVD`s.

Neste sentido, verificamos que há necessidade de estudar as implicações dos cuidados de enfermagem de RR domiciliários, na qualidade de vida das pessoas com DPOC e OLD.

Assim, o nosso estudo “A pessoa com oxigenoterapia de longa duração – Estudo sobre modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário”, desenvolveu-se em contexto domiciliário, onde se pretende potenciar o processo de cuidados de enfermagem de RR de modo a que estes tenham

influência na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DPOC submetidos a OLD.

Face a todas as considerações efetuadas, surgiram questões que se configuraram como ponto de partida para este estudo:

- Quantas pessoas existem no distrito de Viana do Castelo com OLD a necessitar de intervenção em cuidados respiratórios, no domicílio?
- Quais os cuidados respiratórios prestados no domicílio?
- Qual a qualidade de vida das pessoas com DPOC submetidas a OLD, no domicílio?
- Qual o impacto na capacidade para a realização do autocuidado, face à incapacidade que esta doença produz?
- Quais os efeitos dos cuidados de enfermagem de RR na qualidade de vida das pessoas com DPOC?
- Qual o impacto dos cuidados de enfermagem de RR, na autonomia para a realização do autocuidado?
- Qual o modelo de cuidados, que deve ser implementado pelos enfermeiros em contexto domiciliário, para a prestação de cuidados de enfermagem respiratórios que contribuam para a maximização da qualidade de vida destas pessoas?

No sentido de podermos obter respostas que conduzam à resolução do problema em estudo, parece emergir a necessidade de uma intervenção com ênfase nos cuidados de RR, no processo de cuidados destas pessoas, em contexto domiciliário, onde a evidência científica dessa intervenção seja claramente demonstrada e consolidada.

Face à problemática, ao objeto de estudo, e às questões de investigação, iremos abordar as opções metodológicas encontradas para a concretização deste estudo.

2. INVESTIGAÇÃO- AÇÃO... UM PERCURSO

Face à problemática em estudo, aos objetivos e às questões do estudo, consideramos que a investigação aplicada nos orienta sobre o caminho a percorrer até à concretização deste percurso, pois “Tem por objeto o estudo de problemas. A investigação aplicada tem por papel encontrar soluções imediatas e provocar mudanças em situações determinadas” (Fortin, 2009, p. 18), sendo que este tipo de investigação é muito utilizado no domínio da saúde.

Atendendo à natureza do fenómeno e à área do estudo em que se insere, optamos por uma abordagem metodológica do tipo investigação-ação, que “implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida” (Streubert & Carpenter, 2002, p.279).

É nosso propósito analisar o fenómeno em estudo em contexto prático de forma a contextualizar o problema e encontrar as estratégias que permitam implementar medidas conducentes à resolução do mesmo, avaliando os seus efeitos.

Assim, abordaremos a investigação-acção como paradigma ou modelo de investigação.

La investigación acción es el proceso de reflexión por el cual en un área problema determinada, donde se desea mejorar la práctica o la comprensión personal, el profesional en ejercicio lleva a cabo un estudio -en primer lugar, para definir con claridad el problema; en segundo lugar, para especificar un plan de acción [...] Luego se emprende una evaluación para comprobar y establecer la efectividad de la acción tomada. Por último, los participantes reflexionan, explican los progresos y comunican estos resultados a la comunidad de investigadores de la acción. La investigación acción es un estudio científico auto reflexivo de los profesionales para mejorar la práctica (McKernan, 1999, p. 25).

A investigação – ação enquanto método permite a intervenção prática sobre um problema real, com o objetivo de promover a mudança dessa prática, apoiado numa base teórica cientificamente reconhecida, pelo que associa a teoria e a prática e contribui para novos conhecimentos.

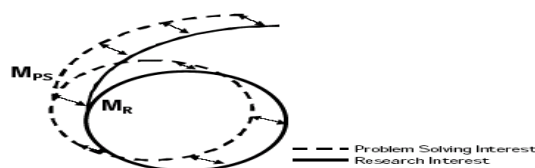
Alarcão (2001) refere que a investigação-ação, seguindo uma metodologia rigorosa, tem que produzir conhecimento novo e deve tornar-se pública, para poder ser apreciada, avaliada, reproduzida e desenvolvida.

Existem características que são comuns na literatura sobre a investigação - ação e que Baskerville (2001) considerou que podem ser sistematizadas através da identificação de um problema real, da ação orientada para a mudança, de um processo que envolva etapas sistemáticas e por vezes interativas e o envolvimento colaborativo dos participantes do estudo. Acrescentaríamos outra característica, que em nosso entender é primordial, o investigador tem que ser visto como um colaborador interveniente neste processo.

Efetivamente no estudo em curso a investigadora é parte ativa do processo, através da relação constante com os colaboradores da prática clínica, com os participantes e com a própria intervenção, de forma a contribuir para a mudança e simultaneamente investigar, no sentido de acrescentar novos contributos à Enfermagem.

Assim, na relação direta entre a resolução de um problema e a investigação, com ligações e interligações sucessivas ao longo de todo o processo, fomos ao encontro da reflexão na e para a ação, num percurso de interligação entre investigação e ação, entre teoria e prática, para desta forma conduzirmos a intervenção proposta, permitindo uma investigação cíclica e recursiva, onde se associa o *Method Research* e *Method Problem Solving* (figura 5), conforme refere McKay e Marshall (2001), construindo desta forma uma visão de duplo processo cíclico.

FIGURA 5 - ACTION RESEARCH VIEWED AS A DUAL PROCESS



Fonte: McKay e Marshall, 2001

Efetivamente a investigação-ação deve desenvolver-se com base em dois eixos estruturantes: um que introduz melhoria na prática face a um problema real, outro que assenta na investigação produzindo novos conhecimentos ou confirmando pela evidência científica factos que se acredita serem verdadeiros, mas que necessitam ser comprovados.

Foi nesta associação de resolução de um problema e do encontro com a evidência científica e dos efeitos práticos sobre o mesmo que desenvolvemos o presente estudo. Nas pessoas com DPOC submetidas a OLD, constituiu-se como problema real a perda de dependência/autonomia nas AVD's e materializou-se através de um PRR que permite melhorar a qualidade de vida das pessoas e produzir desta forma evidência científica sobre a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação, como forma de tratamento eficaz na redução da independência e maximização da autonomia.

De facto, o princípio de que o investigador, colaboradores e os participantes do estudo são parte ativa deste processo, esteve sempre presente, tal como refere Hult and Lennung citado por Mckay and Marshall (1999) "Both research and problem owner are actively, involved in the intervention (and indeed, in some action research interventions, may be the same person), each bringing a necessary set of knowledge and skills to the intervention", para que o processo se desenvolva através de ganhos quer para os atores objeto do estudo, quer para a disciplina de Enfermagem, no sentido de melhorar as práticas.

Susman and Everet citado por Mckay and Marshall (1999) consideram que só desta forma é que importa olhar a investigação-ação, "Action research should result in win-win outcomes: for the problem owner, the problematic situation should be better understood and in some way ameliorated at least, while for the researcher, new theories should be generated or tested".

Face ao referido, consideramos que a opção por este método foi importante para a concretização do estudo, pois existe um problema real que necessita de uma intervenção/ação fundamentada em bases científicas, que deve ser (re) adaptada de acordo com a individualidade de cada um dos atores e do seu contexto e que permita concluir por novos conhecimentos/novas perspetivas que importa investigar e divulgar, pelo que neste estudo encaramos a investigação-ação como uma investigação emergente, tal como Almeida (2007) que considera que a investigação-ação implica o abandono do praticismo não

reflexivo e favorece quer a colaboração interprofissional, quer a prática pluridisciplinar, promovendo de forma inegável a melhoria das intervenções em que é utilizada.

Esta é uma metodologia dinâmica, que se desenvolve através de uma espiral de planeamento e ação na procura de factos e de resultados, que se situa num ciclo de análise e reconceptualização do problema, que permite um percurso onde se vai planeando a intervenção, implementando o plano e avaliando a eficácia dessa mesma intervenção.

A investigação-ação que sustenta este estudo desenvolve-se por ciclos, num percurso de ligação e interligação entre eles que passaremos a descrever.

2.1. O Processo de Investigação e os Ciclos do Estudo

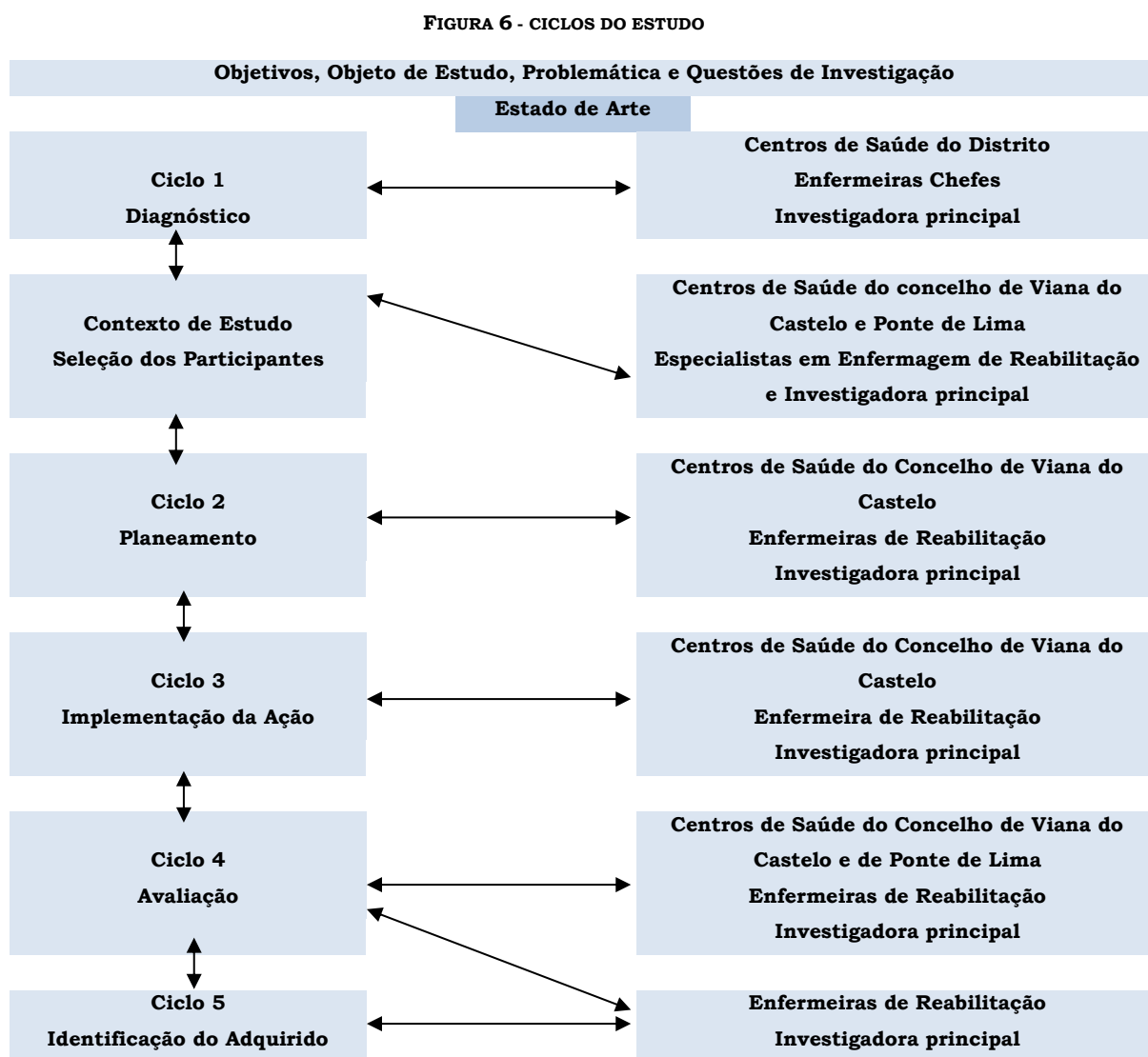
A investigação científica é um método por excelência para a aquisição de novo conhecimento, Seaman citado por Fortin (2009) definiu a investigação científica como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, tendo por finalidade descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos. Burna e Grove citado por Fortin (2009) referem-se à investigação como um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática.

Neste sentido, através de um processo dinâmico, onde a reflexão foi uma constante, o estudo decorreu em ciclos, sempre com carácter recursivo entre os mesmos, de forma a permitir a concretização do estudo empírico, tendo sempre presente o contexto e as necessidades emergentes, para cada um dos participantes.

Os ciclos que acompanham este estudo são: Diagnóstico que é essencialmente uma fase exploratória, Planeamento da Ação concretizada através da elaboração de um programa de intervenção, Implementação da Ação que corresponde ao período de intervenção através da aplicação do PRR, Avaliação que permitirá analisar os resultados e Identificação do Adquirido que consubstanciará o modelo de cuidados encontrado em contexto domiciliário e que se expressa através de um Manual de Boas Práticas de Cuidados de

Enfermagem Respiratórias para a pessoa com DPOC, em tratamento com OLD no domicílio.

Na tentativa de uma melhor compreensão deste percurso, e dos seus intervenientes, tentámos reproduzi-lo na figura 6.



O esquema apresentado na figura 6 pretende sintetizar o percurso seguido para dar resposta ao problema em estudo e desta forma atingir o nosso fim último, *contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas submetidos a OLD, visíveis em ganhos sensíveis em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória.*

3. O CONTEXTO E A POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

Definimos como terreno de pesquisa da nossa investigação o distrito de Viana do Castelo e como ponto de partida, os Cuidados de Saúde Primários de Viana do Castelo, que possui 13 Centros de Saúde, que se distribuem ao longo do distrito e que atualmente se encontram integrados na Unidade Local de Saúde do Alto Minho - EPE (ULSAM- EPE).

A opção por esta área geográfica baseia-se em critérios de acessibilidade, pois possibilita à investigadora principal a deslocação aos referidos locais, acrescido ainda, do conhecimento que detemos sobre a mesma, do facto de ser a área onde exercemos a nossa profissão e pelo facto de ser um distrito considerado como tendo um número elevado de pessoas com esta patologia e com este tipo de tratamento, embora não existissem dados que permitissem a sua identificação com precisão.

Procedemos à caracterização do distrito de Viana do Castelo que se situa na Região Norte de Portugal, constituindo a sub-região Minho-Lima. É limitado a norte e leste por Espanha, a sul pelo distrito de Braga e a oeste pelo Oceano Atlântico e abrange uma área de cerca 2 213 Km² distribuída por 10 concelhos e por 290 freguesias. A sua população residente é de 249 848, sendo que 112 637 são Homens (Censos 2001)⁸

Os dez (10) concelhos que integram este distrito são: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo (capital do distrito) e Vila Nova de Cerveira.

Sobre cada um destes concelhos, procedemos a uma breve caracterização relativamente à sua extensão geográfica e composição, no que se refere ao número de freguesias e ao número de habitantes (tendo como referência a população residente total e a população masculina - Censos de 2001), como um dado auxiliar para a compreensão do contexto em que decorreu o nosso estudo. Apresentamos estes dados, no quadro (quadro 3) que se segue.

⁸ Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. INE: Lisboa, 2002

QUADRO 3 – CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO POR CONCELHOS

DISTRITO DE VIANA DO CASTELO				
CONCELHO	ÁREA (Km²)	FREGUESIAS (Número)	POPULAÇÃO RESIDENTES	POPULAÇÃO (HOMENS)
Arcos de Valdevez	445,89	51	24 724	11 303
Caminha	129,66	20	17107	7 888
Melgaço	239,04	18	9 974	4 464
Monção	211,51	33	19 938	9 080
Paredes de Coura	138,02	21	9 575	4 533
Ponte da Barca	187,76	25	12 899	6 068
Ponte de Lima	321,20	51	44 336	21 046
Valença	117,43	16	14 044	6 513
Viana do Castelo	314,36	40	88 409	41 742
Vila Nova de Cerveira	108,46	15	8 842	4 196
Total	2 213,33	290	249 848	112 637

Após procedermos a esta breve caracterização geográfica do distrito de Viana do Castelo, onde se insere o nosso estudo, procederemos agora à caracterização do distrito no que se refere à população de referência para o mesmo.

4. CARATERIZAÇÃO DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO

Após a seleção do terreno de pesquisa, foi necessário definir e caracterizar a população deste distrito. Assim, iniciamos este estudo, identificando todas as pessoas em tratamento com OLD no domicílio, no distrito de Viana do Castelo.

Após este primeiro nível de análise avançamos para a categorização de entre estes, daqueles que tinham como diagnóstico DPOC.

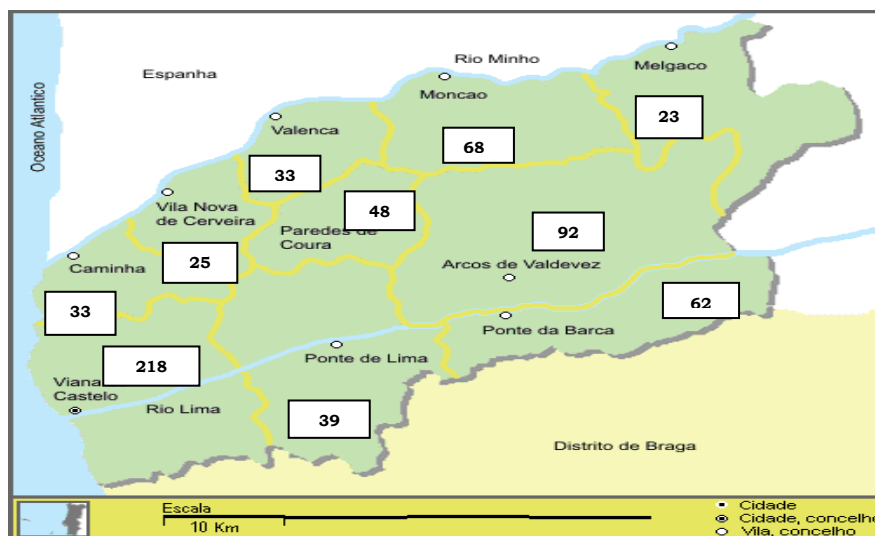
Esta foi uma etapa que se revestiu de alguns constrangimentos, que nos obrigou a prolongar no tempo a previsão efetuada para o efeito, quer pela necessidades de percorrer todo o distrito, mais de que uma vez, no sentido de consultar, recolher e analisar a informação, quer por alguma dificuldade causada por alguns Diretores dos Centros de Saúde, que mesmo com autorização para a realização do estudo, só após alguma persistência, acederam a facultar os documentos.

No sentido de caracterizarmos o distrito, no que se refere à identificação de todas as pessoas com necessidades de OLD, recorreremos à análise documental em cada um dos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo, dados estes que tomaremos como referência o período de março a dezembro de 2008.

Estes documentos (registos administrativos e de enfermagem) foram de primordial importância para este estudo, pois permitiram conhecer o número de pessoas, onde residiam e quais os seus diagnósticos, para podermos posteriormente delimitar a amostra.

Este distrito apresenta um número de 641 pessoas com necessidades de oxigenoterapia no domicílio, como se pode observar na figura 7 que se segue, distribuídas da seguinte forma no que se refere ao sexo: *Masculino 331 e Feminino 310*, sendo que apenas foram consideradas as pessoas que se encontram submetidas a este tipo de tratamento – OLD, de acordo com os critérios definidos, com prescrição de pelo menos 15h/dia.

FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PESSOAS COM OLD POR CONCELHO



Fonte: www.mapv.com

Os diferentes concelhos deste distrito são servidos por treze (13) Unidades de Cuidados de Saúde Primários, que designaremos por Centros de Saúde (CS) e respetivas extensões (unidades que estão diretamente dependentes dos centros de saúde do respetivo concelho, mas que devido à configuração geográfica do concelho abrangem determinada população, cujo acesso à sede se tornaria bastante distante). Todas estas unidades, designadas por extensões de saúde, no que se refere particularmente ao registo de Oxigenoterapia, estão localizadas na sede, com exceção da Extensão de Saúde de Vila Praia de Âncora, pertencente CS de Caminha, pois apresenta registo próprio, mas que serão considerados na sede.

O concelho de Viana do Castelo, dada a sua extensão geográfica e população residente apresenta a particularidade de ter implementado no seu concelho, três (3) Centros de Saúde – CS de Viana do Castelo, CS de Darque e CS de Barroelas, cada um deles ainda conta com unidades referidas como extensões de saúde, que integram respetivamente cada um desses centros de saúde.

O CS de Freixo, por questões logísticas não apresenta registo próprio sobre pessoas submetidas a OLD, estando os seus utentes, para efeitos deste tipo de tratamento, referenciadas no CS Ponte de Lima. Assim, para efeitos do nosso estudo, tomamos como referência doze (12) Centros de Saúde.

O total de pessoas submetidas a OLD é 641, que se distribui de diferentes formas, no que se refere ao sexo e aos CS em que estão inscritos, como podemos verificar no quadro seguinte.

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS COM OLD POR SEXO E POR CENTRO DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE	Número Total	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
		Nº	%	Nº	%
Arcos de Valdevez	92	59	64,1	33	35,9
Caminha	33	17	51,5	16	48,5
Melgaço	23	11	47,8	12	52,2
Monção	68	35	51,5	33	48,5
Paredes de Coura	48	26	54,2	22	45,8
Ponte da Barca	62	32	51,6	30	48,4
Ponte de Lima	39	17	43,6	22	56,4
Valença	33	11	33,3	22	66,7
Viana do Castelo	82	38	46,3	44	53,7
Barroselas	68	40	58,8	28	41,2
Darque	68	34	50,0	34	50,0
Vila Nova de Cerveira	25	11	44,0	14	56,0
Total	641	331		310	

Assim, verificamos que num total de 641 (100%) pessoas submetidas a OLD, no que se refere ao sexo a sua distribuição é semelhante, sendo que 311 (51,6%) pessoas são do sexo masculino e 310 (48,4%) pessoas do sexo feminino, sendo concordante com o que refere a bibliografia, pois considera que esta situação pode ser verificada de forma idêntica em pessoas do sexo masculino ou feminino.

Relativamente à distribuição por concelho, verifica-se que o concelho de Viana do Castelo é o que apresenta maior número de pessoas a fazer tratamento com OLD, com um total de 218 (34%) pessoas, sendo 112 do sexo masculino e 106 do sexo feminino. Relembramos que este concelho é abrangido por 3 centros de saúde - CS Viana do Castelo com um total de 82 pessoas submetidas a este tipo de tratamento, sendo que 38 são do sexo masculino e 44 são do sexo feminino; CS de Darque com um total de 68 pessoas, com uma distribuição igual no que se refere ao sexo (34) e o CS de Barroselas também, com um total

de 68 pessoas, mas com maior prevalência no sexo masculino (40) do que o sexo feminino (28). É de realçar que este não sendo o concelho do distrito com maior área geográfica é, no entanto, o de maior população residente.

O concelho de Arcos de Valdevez é o que seguidamente apresenta um maior número de pessoas submetidas a este tipo de tratamento, num total de 92 (14,4%), com 59 pessoas do sexo masculino e 33 do sexo feminino, sendo o de maior área geográfica. Este concelho possui um centro de saúde e uma unidade de saúde familiar, pelo que do número total referenciado, 23 pessoas encontram-se inscritas nesta unidade.

Os concelhos de Monção e Ponte da Barca, também apresentam um número elevado de pessoas submetidas a OLD, 68 e 62 respetivamente.

O concelho de Ponte de Lima embora apresente uma população residente elevada e uma área geográfica vasta, no que se refere a pessoas com OLD apresenta um número inferior, apenas 39 no total que agrupa quer os utentes do CS quer da unidade familiar aí existente. Os restantes concelhos, ainda que com distribuições diferentes, apresentam um número total de pessoas inferior a 50 como se pode verificar no quadro 4, sendo que Melgaço e Vila Nova de Cerveira são os concelhos com menor número de pessoas submetidas a este tipo de tratamento (23 e 25 respetivamente).

Após a caracterização do distrito e da sua população consideramos que estamos em condições de prosseguir até à delimitação da amostra.

CAPÍTULO II - À DESCOBERTA DO PROBLEMA

Após a caracterização do distrito e da sua população, que se enquadraram numa fase pré-estudo, com caráter exploratório, mas de primordial importância para a progressão e concretização deste estudo, iniciaremos o 1º ciclo da investigação.

O distrito onde se insere o nosso estudo apresenta elevado número de centros de saúde e foi necessário delimitarmos a área de abrangência, pelo que após o contacto com todos os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo e com a colaboração das Enfermeiras Chefes dos mesmos e conhecermos todas as pessoas com prescrição de oxigenoterapia de longa duração, registados nos respetivos centros de saúde, foi necessário recolher dados que nos permitisse conhecer entre estas pessoas, quais as que estavam diagnosticadas como portadoras de DPOC.

Ultrapassada esta fase, fomos analisar através dos registos de enfermagem, quem se situava nos estádios III e IV da doença e respetivas idades, para determinarmos quem cumpria os critérios de integração na amostra. Delimitada a amostra e respetivos Centros de Saúde onde estavam inscritos e com a colaboração das Enfermeiras chefes e Enfermeiras a exercer funções nestes centros, procedemos ao 1º contacto com cada uma das pessoas/famílias que integravam a lista. Esta fase de recolha de dados decorreu entre Março e Setembro de 2009.

1. OBJETIVOS

Tendo por base a fase exploratória deste estudo, iniciamos o 1º ciclo do nosso estudo que após análise e reflexão permite ponderar sobre o número e a localização dos participantes a envolver no estudo e proceder ao 1º momento de avaliação das necessidades dos participantes. Foram definidos os seguintes objetivos para esta etapa do estudo:

- Identificar as pessoas com DPOC em tratamento com OLD, nos concelhos onde decorrerá o estudo;
- Identificar o grau de dependência nas AV's das pessoas com DPOC em tratamento com OLD;
- Avaliar a perceção destas pessoas sobre a sua qualidade de vida e
- Analisar necessidade de cuidados de enfermagem respiratórios nas pessoas com DPOC em tratamento com OLD.

2. MATERIAIS

Na fase inicial deste estudo, fomos à descoberta do problema e neste percurso de investigação-ação privilegamos técnicas de carácter quantitativo, mas também qualitativo, para que a sua complementaridade permita uma triangulação de dados.

Esta abordagem eclética conduziu à escolha dos diferentes instrumentos utilizados, no sentido de contribuir fortemente para uma investigação sustentada, pois permite uma abordagem mais abrangente e uma melhor compreensão dos fenómenos, no sentido de uma melhor contextualização do problema.

Recorremos a diferentes materiais, nomeadamente a:

- O *Mini-Mental State Examination (MMST)*, Folstein, 1975 (anexo 1), que foi utilizado para a seleção da amostra. É largamente utilizado para avaliação rápida da função cognitiva do adulto, tem um período de administração estimado em cerca de 10 minutos e inclui perguntas em várias áreas (orientação temporal e espacial, fixação, memorização, atenção e calculo, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho).

Apresenta uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que pontuações \geq a 25 pontos se situam a um nível normal, entre 21-24 deterioração leve, 10 a 20 moderada e \leq a 9 pontos deterioração grave.

Lourenço e Veras (2006) no estudo que realizaram de validação para a língua portuguesa referem a escolaridade como sendo a variável a ser considerada para encontrar o ponto de corte e concluíram que este se devia situar nos valores 18/19 e 24/25, conforme a ausência ou presença de escolaridade. Importa realçar que os autores deste teste referiam que esta variável deveria ser tomada em consideração na avaliação da função cognitiva.

A utilização do MMST neste estudo assume importância como instrumento que permite proceder ao rastreio que permitirá incluir/rejeitar os participantes na amostra, sendo considerados todos os participantes sem escolaridade que atinjam valores de 18/19 e participantes com escolaridade com valores superiores a 23 pontos.

- *Questionário de dados sociodemográfico e clínicos* (apêndice 1), elaborado para caracterizar a amostra. É constituído por duas partes, sendo que a primeira se situa na vertente sociodemográfica, através de 11 questões, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional, fontes de rendimento, condições de habitação, pessoa de referência e cuidador informal. A segunda parte, referente a dados clínicos que permitiu complementar informação anteriormente recolhida, através de registos de enfermagem, constituída por 11 questões relativas ao tempo de doença, internamentos, outras doenças crónicas associadas, tempo de oxigenoterapia (anos e horas/dia), medicação atual, hábitos tabágicos atuais e anteriores e hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.

Para a avaliação da perceção das pessoas sobre a sua qualidade de vida e para identificação de necessidades em cuidados de enfermagem respiratórios, foram utilizadas:

- *Portefólio do investigador*, onde se procedeu ao registo de todos os relatos dos participantes e das suas famílias/ pessoa de referência e das observações. Também, permitiu o registo das reflexões efetuadas entre a investigadora principal e as colaboradoras da prática clínica (Enfermeiras chefes/coordenadoras e Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação).

- *Questionário Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) de Jones et al., 1991* (anexo 2), traduzido em várias línguas e validado para a língua portuguesa por Sousa, Jardim e Jones (2000) e recomendado pela DGS (2009) nas Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), foi projetado para avaliar a perceção das pessoas com DPOC e asma, sobre a sua qualidade de vida.

É composto por duas partes que englobam três domínios. A parte I avalia o domínio *Sintomas* e a parte II que se refere ao impacto da doença, avalia os domínios *Atividades* e *Impacto Psicossocial*, sendo constituído no total por 76 itens. Este questionário ajuda a compreender até que ponto a dificuldade respiratória perturba e interfere na qualidade de vida do pessoa e permite perceber quais os aspetos da doença que a pessoa considera serem fonte de maiores problemas.

A parte I (questões de 1 a 8) refere-se aos *Sintomas* e o seu objetivo é avaliar a percepção da pessoa relativamente aos seus problemas recentes.

A parte II refere-se às *Atividades* e ao *Impacto Psicossocial*. As questões 9 a 16 reportam-se à percepção das pessoas sobre o seu estado atual. A escala *Atividades*, engloba 2 grandes questões que abrangem 16 itens e mede a perturbação causada nas atividades físicas diárias e os *Impactos* referem-se às perturbações a nível psíquico e social e constitui a maior componente do questionário.

Este questionário deve ser utilizado quando se pretende medir o efeito de uma intervenção e os estudos já efetuados, demonstram a sua utilização em intervenções que variam de 1 mês até 1 ano. Os autores aconselham a sua utilização em situações em que a intervenção tem um período mínimo de 3 meses.

É de autoadministração supervisionada, pois o objetivo é conhecer a percepção da pessoa portadora da doença e não de outros (cônjuge, família, amigos ou membros da equipa de saúde).

Os autores disponibilizam a folha de cálculo em Excel para determinar os scores, que permitem calcular as pontuações dos 3 domínios e o score total, sendo que 100 (cem) representa o pior estado de saúde possível e 0 (zero) o melhor estado de saúde possível. Segundo Sousa, Jardim e Jones (2000, p.121) "...valores acima de 10% refletem qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais ou maiores que 4% após a intervenção, em qualquer domínio ou na soma total dos pontos indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes."

- *Índice de Barthel de Mahoney e Barthel (1965)* que incluiu dez (10) fatores de cuidados pessoais, controlo esfinteriano e mobilidade (anexo 3). Avalia atividades de vida diária no que se refere à sua funcionalidade e permite determinar o grau de dependência/independência nessas atividades de vida. É um instrumento que apresenta como vantagem a sua simplicidade sendo largamente utilizado na avaliação da funcionalidade das AVD's. É pontuado de zero (0) a quinze (15) e o somatório dos valores obtidos determina os graus de funcionalidade/independência de cada indivíduo que se distribuem da seguinte forma: grau I – independente (≥ 100); grau II – pouco dependente (50-

100 pontos); grau III – muito dependente (0-30 pontos) e grau IV- totalmente dependente (0 pontos)

- *Escala de Atividade de Vida Instrumentais de Lawton e Brody (1969)*, validada para português por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008), é largamente utilizada para avaliar a capacidade instrumental da pessoa na sua interação com o meio envolvente, permitindo determinar o seu grau de independência/dependência (anexo 4). É uma escala de medida genérica, que avalia o grau de dependência em oito (8) atividades tais como: uso do telefone, fazer compras, preparação de alimentos, arranjo da casa, lavagem de roupa, uso de transportes, preparação de medicação e gestão do dinheiro. Cada item é classificado numa base dicotómica, em que 1 (um) significa independência e 0 (zero) dependência, correspondendo respetivamente a capacidade e incapacidade para a realização das atividades. Também, utilizámos o modo alternativo de pontuação (policotómico), tal como referido por Araújo *et al.* (2008), por considerarmos que permite proceder a uma análise mais exaustiva sobre o nível de incapacidade de cada um dos participantes e desta forma se individualizar o PRR.

Estas atividades são classificadas quanto à assistência, à qualidade de execução e à iniciativa, sendo que a pontuação de independência se situa no valor total de oito (8) que representa o ponto de corte, sendo os valores abaixo de oito (8) de dependência e zero (0) o valor de maior dependência.

É de fácil aplicação e interpretação e não exige pessoal especializado para a sua aplicação, é de preenchimento rápido. No entanto, é importante perceber que esta escala apresenta algumas fragilidades, nomeadamente, no que se refere às atividades arranjo da casa, lavagem da roupa e cozinhar, uma vez que estas atividades são fortemente influenciadas pela cultura e género, sendo que normalmente, em sociedades ocidentais, são realizadas tradicionalmente por mulheres (Botelho, 2005).

Consideramos que, uma abordagem eclética na recolha de informação permite uma melhor contextualização do problema, para que as reais necessidades sejam expressas e conduzam a uma reflexão exaustiva, no sentido de dar contributos ao planeamento da ação.

3. PROCEDIMENTOS

Este estudo tem como contexto o domicílio dos participantes, mas para privilegiarmos este contexto, tivemos necessidades de ter como ponto de partida os cuidados de saúde primários, através dos centros de saúde, como já referido.

Recorreremos a um grupo de pessoas que posteriormente foi alvo da nossa intervenção e a um grupo de controlo, com idênticas características. Face à dispersão geográfica e à necessidade da investigadora manter as suas funções como docente, delimitámos a nossa intervenção às pessoas com DPOC em tratamento com OLD do concelho de Viana do Castelo, cuja área de abrangência se situou nos CS de Viana do Castelo e Darque, sendo que o grupo de controlo foi delimitado ao concelho de Ponte de Lima.

A seleção das amostras assentou nos seguintes critérios de inclusão:

- Mini-Mental State Examination com valores superior a 18 e a 23 pontos, conforme ausência ou presença de escolaridade
- Pessoas com DPOC em tratamento com OLD, em estadio III e IV
- Pessoas com idade até 75 anos
- Pessoas que nunca foram alvo de reabilitação respiratória

A investigadora e a colaboradora da prática clínica, enfermeira especialista de reabilitação, procederam à 1ª fase de recolha de dados (outubro e novembro de 2009), correspondendo à avaliação do estado cognitivo e ao 1º momento de avaliação, de todos os elementos que obedeciam aos critérios de inclusão, através do Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Questionário Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ), o Índice de Barthel e a Escala de Atividade de Vida Instrumentais de Lawton. Os dados foram sujeitos a uma análise quantitativa usando o Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0, com recurso a estatística descritiva (média e desvio padrão) e inferencial (teste *t* para amostras independentes, e qui-quadrado, com $p \leq 0,05$) e à base de dados Excel, para determinação dos scores do SGRQ, conforme recomendação dos autores do mesmo.

A fidelidade foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, pois permite avaliar se o grau de variância total dos resultados do teste, se associa ao somatório da variância item a item. Segundo Pestana e Gageiro (2008) um alfa inferior a 0,6 é inadmissível, de 0,7 a 0,8 é razoável, 0,8 a 0,9 é bom e superior a 0,9 muito bom.

Procedemos em simultâneo à análise qualitativa, no que se refere essencialmente aos sintomas e atividades básicas e instrumentais com base nos relatos espontâneos dos doentes, com recurso à análise de conteúdo baseada em Bardin (2000) que consiste num conjunto de técnicas de tratamento das informações contidas nas mensagens, de forma a conhecer as reais necessidades dos participantes, para se prever o PRR de acordo com a individualidade de cada um.

Os relatos dos participantes e restantes notas de campo, registadas no portefólio do investigador, foram analisados qualitativamente, pela investigadora principal, no sentido de garantir uma maior uniformidade e rigor na análise de todos os registos efetuados.

Nesse sentido, privilegiámos todos os testemunhos/relatos que nos foram transmitidos, de forma espontânea pelos participantes do grupo de experiência (GE), não existindo como ponto de partida nenhuma questão específica, mas escutando as suas histórias e valorizando-as como algo de muito importante para a compreensão dos factos e da forma como cada um lidava com a sua doença.

Parker e Wiltshire (2005) referem que a enfermeira investigadora “recolhe histórias”, mas que lhe dá forma numa “narrativa”, isto porque a história curta (relato, testemunho) vai permitir uma reflexão que conduz a uma melhor compreensão da situação. Também, no entender destes autores a narrativa “... envolve o desocultamento ou criação de significado no contexto da experiência” (p. 113).

Analisamos estas narrativas numa fase inicial da investigação, para desta forma e em conjunto com a análise dos outros dados obtidos, dar contributos para uma contextualização mais consistente do problema e permitir a construção de um PRR mais adaptado a cada pessoa.

Como técnica de tratamento da informação utilizamos a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2000), é uma técnica que oscila entre dois polos, o do rigor e objetividade e o da subjetividade. Assim, face ao conteúdo das narrativas, procedemos à sua análise não perdendo de vista as linhas orientadoras do estudo. Lemos e relemos cada narrativa de forma a obtermos o sentido do todo. Durante as leituras fomos sublinhando as frases que poderiam apresentar-se como unidades de análise e os potenciais temas em que poderiam ser inseridas. Passámos a uma leitura mais pormenorizada e atenta à procura de “descobrir e estabelecer unidades de análise” (Goetz e Le Compte, 1988,p. 1761), que foram representados por siglas, atribuídas a cada um dos participantes (ex. vc1, vc2, ... vc30) de modo a percebermos quais os reais problemas de cada um dos participantes e nos permitir posteriormente adequar a intervenção às necessidades expressas.

Seguidamente, confrontamos as diversas unidades significativas de cada narrativa, procurando semelhanças e diferenças. Posteriormente passou-se à identificação das sub-análises dentro das anteriormente estabelecidas.

Recorreremos, ainda, à triangulação de dados, pois esta estratégia permite a “ (...) comparação dos dados obtidos com a ajuda de dois ou vários processos distintos de observação, seguidos de forma independente no seio do mesmo estudo.” (Fortin, 2003, p. 322). A mesma autora salienta que a triangulação provoca um discurso científico interessante, permitindo estabelecer uma finalidade de investigação que satisfaz quer a diversidade quer a complexidade dos fenómenos em estudo.

Consideramos que com a utilização de diversificadas estratégias chegaremos à melhor compreensão da dimensão do problema em estudo, que nos conduzirá à elaboração do “Manual de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Respiratórios para a Pessoa com DPOC, em tratamento com OLD”.

Durante este percurso foram realizadas diversas reuniões, com carácter periódico entre a investigadora principal e os restantes colaboradores. Procedeu-se ao registo no portefólio do investigador de relatos espontâneos dos participantes, reflexões, anotações das reuniões e outras situações consideradas importantes para o desenvolvimento do estudo.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação regula-se por procedimentos éticos, que assumem particularidades, quando envolvem pessoas, assim procedemos ao pedido de autorização (anexo 5) para a realização do estudo à Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (à data assim designada), Instituição responsável pelos cuidados de saúde primários do distrito de Viana do Castelo, sendo que atualmente se encontram integrados na Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE (ULSAM- EPE).

Formulámos convite individualizado às pessoas com DPOC e OLD, no sentido de participarem no estudo. Os contactos foram efetuados no domicílio de cada uma das pessoas, realçando o carácter facultativo e o direito à interrupção da sua participação, sem qualquer prejuízo para a pessoa/família.

Foram efetuados 70 contactos em dois concelhos diferentes do distrito, sendo que 65 pessoas consentiram em participar no estudo, sendo explicado os objetivos, garantindo o anonimato e sigilo absoluto da informação. Solicitou-se a assinatura de declaração de consentimento (apêndice 2), explicando qual o objetivo da mesma. Foi, também, informado o direito à alteração deste consentimento a qualquer momento do estudo.

No final do estudo a amostra engloba 60 participantes, divididos em dois grupos, cada um com 30 elementos. Ao longo do percurso cinco (5) pessoas abandonaram o estudo, sendo que o motivo foi a mudança de residência de quatro (4) pessoas e o falecimento de uma (1) pessoa. Durante o decorrer do estudo os participantes não usaram o direito de alterar o seu consentimento.

5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Prosseguimos até à delimitação da amostra, recorrendo a uma amostragem não probabilística, atendendo às características de homogeneidade da população em estudo, consubstanciado pelos critérios pré-definidos. Assim, os dois grupos selecionados, num total de 60 participantes que designamos por Grupo Experiência (GE) e Grupo de Controlo (GC), integram 30 participantes por grupos, sendo que o primeiro teve como sede geográfica o concelho de Viana do Castelo e o segundo o concelho de Ponte de Lima.

Iremos agora proceder à caracterização da amostra, no que se refere aos dois grupos em estudo, após tratamento dos dados obtidos através do questionário sociodemográfico e de dados clínicos.

O quadro 5 refere-se às características sociodemográficas, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, escolaridade e atividade profissional, quer do Grupo de Experiência quer do Grupo de Controlo.

QUADRO 5 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA POR GRUPOS

	Grupo de Experiência				Grupo de Controlo				P
	N	%	M	δ	N	%	M	δ	
Idade	30	100	67,73	8,337	30	100	69,2	6,65	0,454
Sexo									
Feminino	14	46,7			15	50			0,796
Masculino	16	53,3			15	50			
Estado Civil									
Casado	19	63,3			19	63,3			1,000
Não Casado	11	36,7			11	36,7			
Escolaridade									
4 anos	29	96,7			29	96,7			1,000
9 anos	1	3,3			1	3,3			
Atividade Profissional									
Reformados	28	93,4			27	90			
Ativos	1	3,3			1	3,3			
Desempregados	1	3,3			2	6,7			

A análise do quadro 5 permite-nos verificar que a média de idades é de $\bar{M}=67,73$, com um desvio padrão $\delta= 8,337$, com o valor mínimo de 34 e o valor máximo de 75 anos de idade, sendo que neste valor se situa um número elevado de participantes (20%), bem como, nas pessoas com idades compreendidas entre 62 e 69 anos (33,5%) e entre os 70 - 74 anos (23,5%), constituindo o maior número de participantes, no que se refere ao GE. Relativamente ao GC verificamos que o seu valor médio foi de $\bar{M}=69,2$ anos, com um desvio padrão de $\delta=6,65$ onde o valor mínimo e máximo se situa em 56 e 75 anos respetivamente. Verificamos que é no valor máximo da idade permitida, pelo nosso critério de inclusão, 75 anos, que se situa o maior número de participantes (30%), seguido dos participantes com 63 e 73 anos (13,3% respetivamente) e depois com 74 anos (10%), sendo que a distribuição pelas restantes idades é muito semelhante.

Constatamos que não se verificam diferenças significativas entre as duas amostras ($p=0,454$) e face à média de idade encontrada, verificamos que vão de encontro ao descrito na bibliografia, pois a doença é mais frequente em idades mais avançadas, embora seja uma doença que surge após os 40 anos, é em idade mais tardia que é geralmente diagnosticada.

Relativamente à distribuição por sexo, no GE verificamos que é semelhante, pois 16 participantes (53,3%) são do sexo masculino e 14 (46,7%) do sexo feminino. Quanto ao GC esta distribuição também é equitativa com 15 (50%) participantes no sexo feminino e igual número no sexo masculino, e portanto, sem diferenças significativas entre eles ($p=0,796$).

Esta doença pode surgir em ambos os sexos, embora Cardoso *et al.* (2006, p.87) considere que é mais frequente em indivíduos de sexo masculino, mesmo após padronização para hábitos tabágicos. No entanto, na nossa amostra tal não se verifica, podendo este facto ser explicado pela exposição a outros riscos, nomeadamente associados à atividade agrícola, comum neste distrito e também, à poluição *indoor* pela prática de utilização de fogões a lenha, quer para cozinhar quer para aquecimento das casas.

Quanto ao estado civil e após recodificação da variável em dois grupos – casado e não casados, verificamos que as duas amostras apresentam frequências observadas idênticas, portanto sem diferenças significativas ($p=1,000$), sendo que a maioria dos participantes 19 (63,3%) pertence ao grupo

casado e 11 (36,7%) ao grupo não casado. No que se refere à escolaridade verificamos que nos dois grupos a maioria (29) dos participantes (96,7%) têm 4 anos de escolaridade e apenas 1 (3,3%) tem 9 anos, pelo que constatamos novamente que existe igual distribuição ($p = 1,000$) nas amostras no que se refere a estas variáveis em estudo. Estes dados permitem verificar que o nível de literacia é baixo, o que é concordante com a situação verificada no nosso país, tendo em consideração a média de idades dos participantes da amostra. Também, é de realçar que existem correntes que defendem que esta doença é mais comum em níveis de escolaridade menores relativamente aos que tem mais de 9 anos de escolaridade, como no estudo efetuado por Tarantino (2008).

Tendo por base a Classificação Nacional de Pensões (CNP-94)⁹ a atividade profissional que exerciam/exercem os participantes do GE enquadram-se maioritariamente (11) no *Grupo 7- Operários, Artificies e Trabalhadores Similares* (36,6%), enquanto no GC a maioria dos participantes (11) integram o *Grupo 6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas* (36,6%). Relativamente aos outros participantes que integram o GE a sua distribuição por grupos profissionais situam-se no *Grupo 6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas* com 7 participantes (23,4%) e no *Grupo 9 – Trabalhadores não Qualificados* 4 (13,3%). Ainda, existem 7 participantes (23,4%) que são domésticas e 1 (3,3%) participante que não tem qualquer profissão. Quanto ao GC distribuem-se da seguinte forma, domésticas 6 participantes (20%), no *Grupo 5 – Pessoal de Serviços e vendedores* 5 participantes (16,7%); *Grupo 7- Operários, Artificies e Trabalhadores Similares* 4 participantes (13,4%); *Grupo 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem* 1 participante (3,3%) e no *Grupo 9 – Trabalhadores não Qualificados* 3 participantes (10%).

Importa realçar que os participantes que integram quer o GE quer o GC estão maioritariamente em situação de reforma, 28 (93,3%) e 27 (90%) respetivamente. Entre estes e no que se refere ao GE, 15 (56,6%) reformaram-se em idade normal e 13 (36,7%) com reforma antecipada por motivo de doença. No total da amostra (GE) apenas 2 pessoas se encontram em situação de atividade profissional, sendo que 1 está empregada e outra no desemprego.

⁹ Classificação Portuguesa das Profissões 2010- Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISSN 1647-1695, ISBN 978-989-25-0010-2, 2011

Quanto ao GC os dados são semelhantes, pois verifica-se que a maioria (16) se reformou em idade normal (53,3%) e 11 (36,7%) com reforma antecipada, devido à sua doença. No total da amostra (GC) apenas 3 pessoas se encontram em situação de atividade profissional, sendo que 1 está empregada e 2 no desemprego.

As profissões que os participantes tiveram, até atingir a reforma, nas duas amostras em estudo, situam-se em profissões consideradas de risco para este tipo de doença, quer pelo contacto com produtos irritantes e poeiras profissionais, quer pela exposição a fenómenos meteorológicos, como corroborado por Cardoso *et al.* (2006). Acresce, ainda, o facto de a maioria dos participantes mencionarem que em associação à sua profissão principal, também se dedicavam a trabalhos agrícolas.

O agregado familiar e número de assoalhadas da casa onde vivem, foram variáveis objeto do nosso estudo e verificamos que não existem diferenças significativas entre os participantes das duas amostras, mas sim algumas particularidades, como se pode constatar nos dados que se seguem. No GE a maioria das famílias (10) eram constituídas por duas pessoas (33,3%), seguido por agregados constituídos por 3 ou 4 pessoas (20% respetivamente), com 1 e 6 elemento (10% respetivamente) e com 5 elementos existem 2 famílias (6,7%). Quanto ao número de assoalhadas de cada habitação a maioria (9) das habitações eram compostas por 4 assoalhadas (30%), seguida de habitações (7) com 5 assoalhadas (23,3%), com 2 e 3 assoalhadas existem 5 respetivamente (16,7%), com 6 assoalhadas 3 habitação (10%), e 1 habitação com 1 assoalhada (3,3%). Quanto ao GC verificamos que a maioria das famílias eram constituídas por 3 (40%) ou 2 pessoas (33,3%) e com 5 participantes no agregado familiar existiam 4 famílias (13,3%). Também, verificamos que 2 pessoas habitavam sozinhas, sendo que uma destas pessoas no momento da 2ª avaliação tinha ingressado num Lar há cerca de 1 mês, famílias com 4 pessoas e com 7 pessoas existiam apenas uma. No que se refere ao número de assoalhadas de cada habitação e tendo por base as 29 famílias, pelo motivo já referido, a maioria (12) das habitações eram compostas por 4 assoalhadas (40%), seguida de habitações (7) com 5 assoalhadas (23,3%), com 3 assoalhadas existem 6 (20%), com 2 e 7 assoalhadas uma habitação (3,3% respetivamente) e com 6 assoalhadas 2 habitações (6,7%).

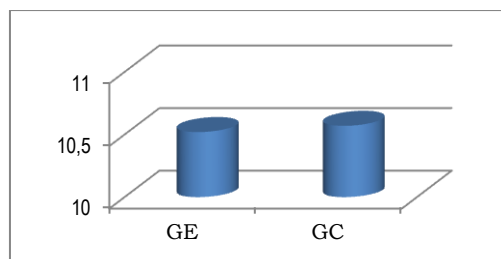
Relativamente à questão colocada no que se refere à pessoa de referência e ao cuidador informal, verificou-se uma sobreposição, pelo que passaremos a referir-nos apenas à pessoa de referência, por traduzir melhor as respostas dos participantes da amostra, pois muito deles só ocasionalmente necessitavam de ajuda de outros. Esta situação verifica-se, mais uma vez, nos dois grupos. Assim, no GE verificamos que onze pessoas (36,7%) dizem não ter pessoa de referência. Os restantes dezanove participantes indicavam como pessoa de referência o cônjuge (marido – 6,7% e esposa – 20%), seguido da filha (o) (20%), havendo ainda 1 referência a mãe, irmã e nora. No GC verifica-se que a maioria, 26 participantes só ocasionalmente necessitava de ajuda de outros e indicavam como pessoa de referência o cônjuge, 2 pessoas (6,7%) dizem não ter pessoa de referência e outras 2 (6,7%) tinham como pessoa de referência as funcionárias do lar, pois têm apoio domiciliário através de um lar de idosos da sua zona de habitação.

Terminada a análise das variáveis que caracterizam a amostra no que se refere às condições sócio – demográficas, passamos à análise das variáveis clínicas no sentido de uma melhor compreensão da situação de cada um dos participantes e do seu conjunto.

Questionamos os participantes dos dois grupos, relativamente ao tempo em anos que tinham conhecimento da sua doença e verificamos que o intervalo é bastante amplo, quer no GE quer no GC, situando-se entre 2 e 57 anos no primeiro e entre 1 e 56 anos no segundo, apresentando um valor médio de $\bar{M}=10,17$ anos com um desvio padrão de $\delta=10,48$ e um valor médio de $\bar{M}=10,57$ anos, com um desvio padrão de $\delta=10,67$, respetivamente. Fomos verificar quantos participantes se situavam num período até 10 anos inclusive, existindo 23 participantes (76,7%) e com mais de 10 anos existem 7 participantes (23,3 %) no GE. No GC os valores são semelhantes, verificando-se que até 10 anos existem 21 participantes (70%) e com mais de 10 anos existem 9 participantes (30%).

Ao comparar o tempo de doença entre as duas amostras foi encontrado um tempo de cronicidade semelhante, não se verificando diferenças significativas entre elas ($p=0,067$). Este facto pode ser explicado pela semelhança existente nas duas amostras, no que se refere à idade que se situa entre o período mais frequente de diagnóstico e consequentes manifestações da doença (gráfico 1).

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES MÉDIOS EM ANOS DE DOENÇA



Questionados sobre internamentos desde que conhecem a doença, a maioria dos participantes refere já ter sido internado devido a esta doença, nomeadamente 26 (86,7%) do GE e 24 (80%) no GC.

Constata-se que no GE 4 pessoas (13,3%) referem nunca ter sido internado e que dos 26 participantes que já foram internados, o último internamento apresenta como valor mínimo 1 mês e valor máximo 15 anos, sendo que 4 participantes (13,3%) estiveram internados há 1 mês, em 2 participantes (6,7%) o internamento verificou-se há 6 meses, em 7 participantes (23,3%) o internamento tinha ocorrido há 1 ano, que 3 participantes (10%) foram internados há 2, 4 e 5 anos respetivamente, 2 participantes (6,7%) há 3 anos e 1 participante (3,3%) há 18 meses e outro há 15 anos.

No que se refere ao GC verifica-se que 6 participantes (20%) referem nunca ter sido internado. Entre os 24 participantes que já foram internados, o último internamento ocorreu entre o período de 1 mês a 6 anos, sendo que em 5 participantes (20,8%) o internamento tinha ocorrido há cerca de 1 mês, 3 participantes (12,5%) há cerca de 3 meses, 1 participante (4,2%) há 5 meses e 2 participantes (8,3%) há 6 meses. Com internamentos há mais tempo temos 4 participantes (16,7%) em que este ocorreu há um ano, 3 participantes (12,5%) em que ocorreu há 2 e 3 anos respetivamente, 2 (8,3%) participantes em que o internamento ocorreu há 4 anos e 1 (4,2%) participante em que já aconteceu há 6 anos.

Também, no que concerne aos internamentos devido a esta doença, não se verificam diferenças significativas ($t_{58} = 0,483$; $p = 0,365$) entre os dois grupos de participantes. É de realçar, que esta é uma doença crónica, que deve ser gerida em contexto domiciliário e que os internamentos se verificam em situações de crise.

As doenças associadas são muito frequentes neste tipo de doentes e os grupos em estudo enquadram-se neste contexto, sendo que no GE se verificou a existência de 18 dos participantes (60%) que apresentavam doenças associadas, destacando-se as seguintes patologias - diabetes tipo II, hipertensão e obesidade - como as mais frequentes, existindo 2 participantes com cifoescoliose e 1 participante com hérnia discal.

Relativamente ao GC no que se refere às doenças associadas, verifica-se que 50% participantes apresentam doenças associadas, destacando-se a diabetes tipo II e hipertensão, sendo que um participante apresenta anemia e outro estenose mitral.

Relativamente à doença crónica associada não se verificam diferenças significativas ($t(58)=0,607$; $p=0,302$), sendo a percentagem de participantes com doença associada muito semelhante, merecendo especial destaque a hipertensão e a diabetes tipo II, como as doenças comuns às duas amostras.

Sendo esta amostra caracterizada pelo facto de as pessoas que a integram estarem com OLD no domicílio, foram questionados sobre há quanto tempo faziam este tipo de tratamento e quantas horas por dia. No que se refere ao tempo que estavam a fazer este tipo de tratamento, verificamos que a sua distribuição se situa entre um período de 6 meses (3,3%) até 30 anos (3,3%), no que se refere ao GE, enquanto no GC verificamos que a sua distribuição se situa entre um 1 e 10 anos. Relativamente ao GE verificamos que a maior frequência (7) se situa no período de 4 anos (23,3%), enquanto no GC a maior frequência (7) se situa no período de 1 ano (23,3%).

O GE integra ainda 4 participantes que estão submetidos a OLD há 5 anos (13,3%) e 3 participantes há 1 ano (10%), sendo que nos outros períodos as distribuições são idênticas, variando entre 1 e 2 anos. Quanto ao GC verificamos, ainda, que no período de 3 e 5 anos se observam 5 participantes respetivamente (16,7%). Com 2, 4 e 6 anos observam-se 3 participantes respetivamente (10%) e com 7 e 9 anos 1 (3,3%).

Quanto ao número de horas de oxigenoterapia por dia situam-se num intervalo entre 15h/dia e 24h/dia, para os dois grupos em estudo. Verificamos que os participantes com 15 h/dia constituem o valor máximo das amostras, sendo 24 (80%) e 25 participantes (83,3%) referentes ao GE e ao GC. No 1º

grupo referido verificamos que 3 participantes apresentam um consumo de oxigénio de 24h/dia (10%), sendo que os restantes se distribuem de forma equitativa entre 16h, 18h e 20h/dia (3,3%). Quanto ao GC verificamos que com 16h/dia existem 3 dos participantes (10%) e 1 participante com 20h e 24h (3,3%), respetivamente.

O tempo de OLD e as respetivas horas diárias, também revelam valores semelhantes nas duas amostras, não se verificando diferenças significativas. O tempo de OLD apresenta valores de $t(58)=0,761$ e $p=0,450$ e no que se refere às horas de OLD esses valores são $t(58)=1,022$ e $p=0,312$. As horas mínimas de oxigenoterapia são de 15h/dia, de acordo com os critérios de OLD definidos pela DGS (Circular Normativa nº 06/DSCPS, 07/06/06), pelo que a nossa amostra cumpre os referidos critérios. Sendo o número de 15h de OLD/dia o mais prevalente nas duas amostras verifica-se, no entanto, que existem pessoas com necessidades superiores, havendo participantes com valores de 24h/dia.

Relativamente à medicação habitual verifica-se que as medidas farmacológicas são semelhantes nos dois grupos, constatando-se o recurso à terapêutica *standard* e à terapêutica recomendada para as patologias associadas, onde se destaca os antidiabéticos e os anti-hipertensores.

Quando questionamos os participantes sobre os seus hábitos tabágicos atuais, verificamos uma ligeira diferença entre o GE e o GC, sendo que no 1º grupo, 27 participantes (90%) referem não fumar e 3 participantes (10%) referem fumar, com um consumo diário de cerca de 5 cigarros e no 2º grupo todos (100%) referem não fumar.

Entre os 27 participantes do GE que referem não fumar, 11 (36,7%) já fumaram e o abandono situa-se entre o período de 1 a 20 anos, sendo que a maior frequência situa-se em 10 anos (13,3%). No GC referem já ter fumado 13 (43,3%) desses participantes e este abandono situa-se entre o período de 2 a 30 anos, com a maior frequência em 10 anos (16,7%), situando-se os outros valores entre este intervalo com uma distribuição semelhante.

Sendo o tabaco o fator de risco principal para a DPOC, verificamos que o GE ainda apresenta fumadores, numa percentagem mínima. Esse facto não afetou os resultados encontrados ao comparar os dois grupos. Verificou-se não

existirem diferenças significativas entre as duas amostras ($t(58)=4,317$; $p=0,119$). Também, no que se refere ao facto de já terem fumado, não se verificaram diferenças significativas ($t(58)=0,278$; $p=0,396$), constatando-se que nos dois grupos o número de participantes que já fumaram é semelhante.

O tabaco constitui o maior fator de risco para a doença obstrutiva crónica, estando associado à maioria dos casos conhecidos de doença. É de realçar que nesta amostra, considerando os que ainda fumam e os que já fumaram, constatamos que o tabagismo foi ou ainda é um fator presente, identificado como desencadeante desta doença, conforme é salientado no Projeto Gold. Analisando estes números verificamos que cerca de 50% dos participantes, não têm nem teve consumos de tabaco, mas também sabemos que cerca de 50% dos participantes desta amostra são do sexo feminino e que a média de idades se situa nos $\underline{M}=67,73$ e que embora o tabagismo tenha vindo a aumentar neste sexo, dado a idade das participantes, o seu nível de escolaridade e o seu status social, este hábito não era uma prática comum.

Os hábitos alcoólicos não se constituíram como um fator relevante, pois nos dois grupos em estudo embora 16 (53,3%) dos participantes de cada um dos grupos referissem consumo de álcool, este situa-se em quantidades entre 0,25 e 0,5l/dia, sendo a bebida referida o vinho e o período de consumo às refeições. O alcoolismo é na opinião de vários autores um importante fator de risco para a DPOC, conforme refere Tarantino (2008), pois os efeitos sobre a capacidade de movimentação ciliar, a produção do surfactante e a atividade macrofágica são conhecidos, traduzindo-se numa interferência direta na função pulmonar. No entanto, os participantes deste estudo referem consumos baixos de bebidas alcoólicas, pelo que não poderemos considerar que as quantidades referidas sejam potenciadoras de risco.

A análise dos resultados a nível das variáveis demográficas e clínicas demonstram não se encontrarem diferenças significativas entre os grupos, garantindo a homogeneidade das amostras em estudo, sendo estes dados importantes para prosseguir esta investigação, uma vez que um grupo de participantes vai ser alvo de intervenção e o outro se constitui como grupo de controlo, sem qualquer tipo de intervenção a nível de cuidados de reabilitação respiratória.

Após a delimitação da amostra, prosseguimos para a identificação do grau de dependência nas AV's das pessoas com DPOC em tratamento com OLD e avaliação da perceção destas pessoas sobre a sua qualidade de vida, quer quantitativamente quer qualitativamente.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a delimitação da população alvo e do contexto, a caracterização do distrito e da amostra, progredimos para a avaliação das necessidades dos participantes deste estudo, quer no GE quer no GC, através dos instrumentos previamente definidos. Mas, no decorrer deste procedimento surgiram de forma espontânea narrativas, que pela sua riqueza e importância para a investigação em curso, foram desde logo registadas no portefólio da investigadora, permitindo uma análise que se configurou como uma mais-valia para um enquadramento mais realista do problema.

Iremos apresentar e analisar os resultados relativos às narrativas, à perceção sobre a qualidade de vida e ao desempenho das atividades de vida diárias e instrumentais.

6.1. Narrativas Experienciais

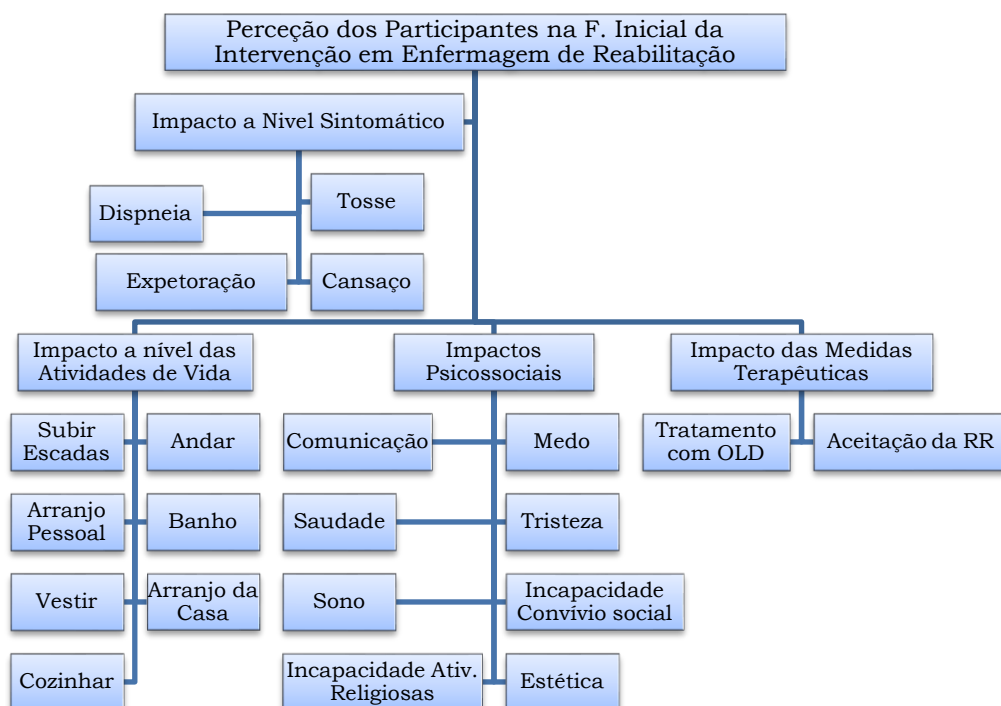
Dar voz à Pessoa e à sua família é um imperativo da nossa profissão, pautada pelo respeito ao outro e pela ajuda na manutenção da sua dignidade, sendo de primordial importância, quando se está perante uma pessoa com doença crónica, dado que esta interfere fortemente na sua autonomia.

Da análise das narrativas dos participantes no GE, utilizando os procedimentos já referidos, delimitou-se a área temática *Perceção dos Participantes na Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação*, onde emergiram 4 categorias, todas elas com subcategorias, que apresentamos, na figura 8. Podemos constatar que relativamente a esta área temática, foram identificadas 4 categorias- Impacto a nível Sintomático, Impacto a nível das Atividades de Vida, Impactos Psicossociais e Impacto das Medidas Terapêuticas.

Realçamos o facto de as referências encontradas nos testemunhos dos participantes irem de encontro às áreas que são consideradas críticas nas pessoas com este tipo de patologia, nomeadamente os sintomas, as atividades de vida e as interferências psicossociais. Mas, salientamos o facto dos

participantes, também, se referirem com frequência ao tratamento com OLD e à RR.

FIGURA 8 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NA FASE INICIAL DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Relativamente a esta área temática - *Perceção dos Participantes na Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação* passamos a apresentar o quadro síntese que se segue, dando exemplos das unidades de análise encontradas, fazendo referência ao número de Participantes (nP) e número de unidades de registo (nu), sendo que o quadro com a codificação global se encontra em anexo (apêndice 3).

QUADRO 6 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NA FASE INICIAL DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - SÍNTESE

Categories	Subcategorias	nP	nu	Unidades de Análise
Impacto a nível Sintomático	Dispneia	10	10	VC1 “ O pior é esta falta de ar ...” VC19 “ ... mas esta falta de ar, às vezes é assustadora. “
	Tosse	6	6	VC5 “ Tosse só às vezes, mas quando tenho custa muito a sair” VC16 “ Tossir é o mais difícil”
	Expetoração	1	1	VC23 “ Tenho muita expetoração, estou sempre com isto, às vezes custa a sair”
	Cansaço	3	3	VC24 “Estou habituado a respirar muito depressa, fico cansado” VC14 “Há dias que estou cansado”
Impacto a nível das Atividades de Vida	Subir Escadas	12	12	VC13 “ ... subir escadas até tenho medo... tenho medo que me falte o ar” VC23 “Já não desço aquelas escadas há uns anos, só de maca.”
	Andar	10	10	VC1 “ O que mais me custa é ... andar fora de casa”. VC6 “Andar cansa, ...”
	Arranjo Pessoal	3	3	VC4 “...fico cansado a fazer a barba, a tomar banho” VC23 “ Estou para aqui... tenho que ter ajuda em tudo, ..., barbear-me (pausa) em tudo...”
	Banho	5	5	VC4 “... fico cansado a tomar banho” VC9 – “Tomar banho, falta-me o ar.... A água, gosto dela bem quente. A limpar-me também custa “
	Vestir	1	1	VC22 “Enervo-me muito a vestir, tenho que pedir ajuda.”
	Arranjo da Casa	9	10	VC3” ... fazer a lide da casa custa.” VC15 “Não ajudo em casa... o meu marido é que trata de tudo”
	Cozinhar	2	2	VC2 “ Quando estou com falta de ar, sabe sou eu que cozinho, mas às vezes é difícil. “
Impactos Psicossociais	Comunicação	3	3	VC3 “ A falar tenho muita falta de ar, canso-me” VC30 “ ... gostava muito de poder ir ... de conversar com os meus amigos.”
	Medo	5	5	VC8 “ O que mais me custa é não sair de casa, ..., mas tenho medo ...” CV18 “ Estou assim há muitos anos, ... mas quando estas crises aparecem, fico muito aflita”
	Saudade	2	2	VC8 “...Tenho saudades de ver os barcos”
	Tristeza	3	4	VC20 “... trabalhei muito, no mar, é triste, já não sirvo para nada.” VC29 “... Isto é uma tristeza...”
	Sono	1	1	VC17 “... mas isto (oxigenoterapia), até me tira o sono, não consigo dormir, este barulho ... vamos ver se me pode ajudar. “
	Incapacidade para o Convívio Social	9	9	VC1”Gosto muito de ir ao café, mas tem uma subida (pausa) custa” VC20 “ Não saio de casa há 4 anos. Estou sempre com isto (O2).
	Incapacidade Participar Ativ. Religiosas	3	3	VC11“ Gosto muito de ir à missa... mas tenho medo por causa da falta de ar” VC29 “ Tenho saudades de ir ao (pausa), até de ir à missa.”
	Estética	2	2	VC17 “ Nem ao cabeleireiro vou, tenho medo...”
Impacto Medidas Terapêutica	Tratamento com OLD	5	5	VC4 “... não gosto nada desta coisa (referindo-se à oxigenoterapia), pois são muitas horas. Eu sei que preciso, mas ... (pausa) ” VC6 “Só queria deixar isto (referindo-se à oxigenoterapia) “
	Aceitação da RR	2	2	VC28 “ Se isso for para melhorar (pausa), para passar melhor, então está bem.”

Relativamente ao impacto a nível sintomático foram identificadas 4 subcategorias, que realçam os sintomas mais frequentes neste tipo de patologia - *dispneia*, *tosse*, *expetoração* e *cansaço*, sendo concordantes com o quadro descrito para esta situação. Importa realçar que a dispneia é o sintoma mais referenciado pelos participantes (10) e que a expetoração o menos referenciado (1).

Quanto ao impacto da doença a nível das atividades de vida verificamos que ele se situa quer a nível das atividades básicas, quer instrumentais. Em relação às atividades básicas foram encontradas 5 subcategorias- *subir*

escadas e andar com o maior número de referências (12 e 10 respetivamente), demonstrando que a funcionalidade da pessoa é colocada em causa. Seguida da autonomia para o *banho* (5), o *arranjo pessoal* (3) e o *vestir* (1). As atividades instrumentais referidas foram o *arranjo da casa* (10) e *cozinhar* (2).

Foram encontradas 8 subcategorias relativamente aos impactos psicossociais – comunicação (3), medo (5), saudade (2), tristeza (4), sono (1), incapacidade para o convívio social (9), incapacidade para participar em atividades religiosas (3) e estética (2), revelando a perceção que as pessoas têm sobre o forte impacto da doença neste domínio que englobam as emoções onde o medo é o mais referenciado, seguido da tristeza e da saudade. A incapacidade para o convívio social e diminuição da capacidade para comunicar demonstram a interferência desta doença na interação com os outros. Também, a dificuldade em participar em atividades religiosas constitui fonte de sofrimento para estas pessoas. Salientamos, ainda, uma referência relacionada com a perturbação do sono, associado pelo doente à necessidade de oxigenoterapia e ainda, a repercussão da doença no sentido estético da pessoa.

No que se refere ao impacto das medidas terapêuticas emergiram 2 subcategorias – *tratamento com OLD* (5), onde está patente o impacto negativo que esta medida terapêutica tem nas pessoas, pois é associada a perda de autonomia e agravamento da doença e a *aceitação da reabilitação respiratória* (2), que traduz a esperança de que embora doente algo pode ser melhorado.

Importa realçar que normalmente as limitações percecionadas são associadas à dispneia e à utilização da medida terapêutica, oxigenoterapia, como referido pelos participantes. A dispneia de esforço é um sintoma identificado como muito evidente nesta patologia, principalmente nos estádios III e IV, onde os participantes deste estudo se situam e interfere fortemente na qualidade de vida, pois põe em causa a capacidade funcional e a tolerância à atividade, colocando-o dependente de outro. A oxigenoterapia de longa duração, que implica pelo menos a sua utilização por um período de 15h/dia, embora com efeitos benéficos conhecidos, é também algo que condiciona a ação da pessoa, gera ansiedade e medo, como referem os participantes, constituindo-se por vezes como um estigma que a pessoa suporta, que a torna infeliz, pois é vista como um sinal de agravamento da sua patologia com consequências na sua independência/autonomia.

A percepção de cada um dos participantes sobre a sua qualidade de vida é salientada por estes dados que emergem das narrativas.

Na descrição dos resultados seguintes, e sempre que se justifique, serão adicionados os relatos ilustrativos dos discursos dos participantes aqui sintetizados.

6.2. Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC e OLD

A qualidade de vida da pessoa com DPOC pode ser profundamente afetada se não forem prestados cuidados de enfermagem específicos, que favoreçam a aquisição de meios para contornar e fazer face a essas mesmas dificuldades.

Apresentamos os resultados e respetiva análise relativamente à qualidade de vida dos participantes do estudo, que avaliamos através do Questionário Hospital Saint George na Doença Respiratória, quer no grupo de experiência (GE) quer no grupo de controlo (GC), no 1º momento de avaliação, que permite identificar a percepção dos participantes sobre a sua qualidade de vida e identificar necessidades de intervenção. A consistência interna da escala global foi de 0,859.

Procedemos a uma análise policotómica numa fase inicial, para depois analisarmos os resultados apresentados em termos de scores.

Relativamente aos sintomas verificámos que o grupo de experiência apresentava melhor qualidade de vida do que o grupo controle (quadro 7), no que se refere a todos os sintomas.

QUADRO 7- DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA SINTOMAS POR GRUPOS

	Grupo Experiência		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Durante os últimos meses tossi				
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	5	16,7	7	23,3
Vários dias na semana	5	16,7	3	10,0
Alguns dias no mês	9	30,0	10	33,4
Só com infeções respiratórias	4	13,3	3	10,0
Nunca	7	23,3	7	23,3
Durante os últimos 3 meses tive catarro				
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	5	16,7	7	23,3
Vários dias na semana	4	13,3	3	10,0
Alguns dias no mês	6	20,0	6	20,0
Só com infeções respiratórias	5	16,7	6	20,0
Nunca	10	33,3	8	26,7
Durante os últimos 3 meses tive falta de ar				
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	17	56,7	17	56,7
Vários dias na semana	5	16,7	5	16,7
Alguns dias no mês	3	10,0	7	23,3
Só com infeções respiratórias	2	6,6	1	3,3
Nunca	3	10,0	0	0,0
Durante os últimos 3 meses tive “Chiada no peito”				
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	1	3,3	4	13,3
Vários dias na semana	1	3,3	4	13,3
Alguns dias no mês	6	20,0	8	26,7
Só com infeções respiratórias	4	13,4	6	20,0
Nunca	18	60,0	8	26,7
Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios				
Mais de 3	5	16,7	6	20,0
3	1	3,3	1	3,3
2	1	3,3	1	3,3
1	6	20,0	5	16,7
Nenhuma	17	56,7	17	56,7
Quanto tempo durou a pior das crises				
1 semana ou mais	1	3,3	7	23,3
3 ou mais dias	2	6,7	2	6,7
1 ou 2 dias	10	33,3	2	6,7
Menos de 1 dia	17	56,7	2	6,7
Durante os últimos 3 meses, em uma semana considera como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve				
Nenhum dia	6	20,0	12	40,0
1 ou 2 dias	8	26,7	8	26,7
3 ou 4 dias	5	16,7	8	26,7
Quase todos os dias	10	33,3	1	3,3
Todos os dias	1	3,3	1	3,3
Se tem “chiado no peito”, ele é pior de manhã				
Não	21	70,0	14	46,7
Sim	9	30,0	16	53,3

Podemos constatar no que se refere ao sintoma tosse a sua frequência é semelhante nos dois grupos, sendo a categoria *alguns dias no mês* a mais referida e relativamente à existência de catarro a categoria *nunca* é a mais nomeada. Estes resultados vão de encontro ao relato dos participantes do GE:

“... tosse tenho pouca, quase nada” (vc1);

“ Tenho tosse, mas só às vezes, é mais quando me constipo...” (vc2);

“ Tosse só às vezes, mas quando tenho custa muito a sair” (vc5).

O sintoma dispneia na categoria *maioria dos dias da semana* é referido, nos dois grupos, por 56,7% dos participantes, sabendo-se que este sintoma condiciona fortemente a qualidade de vida da pessoa, conduzindo à dependência para as atividades de vida, com grande impacto psicossocial, pelo que é necessário adotar medidas que contribuam para a dessensibilização a este sintoma de forma a promover autonomia, tal como relatam os participantes do GE:

“ O pior é esta falta de ar ...” (vc1);

“Esta falta de ar e este cansaço, (pausa) são o pior.” (vc15);

“... esta falta de ar (pausa) mata-me.” (vc28);

“... esta falta de ar não me deixa fazer nada” (vc29).

O “chiado no peito” é um sintoma referido com menor frequência no GE, sendo que 18 participantes (60%) referem que nos últimos 3 meses *nunca* o tiveram, enquanto no GC apenas 8 (26,7%) fazem esta referência. Relativamente ao número de crises nos 3 últimos meses os grupos são semelhantes, sendo de realçar que 17 (56,7%) dos participantes, nos dois grupos, referem que *não tiveram nenhuma crise*. Os que tiveram crises no GE maioritariamente (56,7%) estas tiveram a duração *de menos de 1 dia*, enquanto no GC maioritariamente (23,3%) tiveram crises com a duração de *1 semana ou mais*.

Também, se verificam diferenças entre os grupos quando questionados sobre a sua perceção relativamente aos dias bons/semana (com poucos problemas respiratórios), o GE considera maioritariamente (33,3%) que *quase todos os dias foram bons*, já o GC considera maioritariamente (40%) que *nenhum dia foi bom*. Em relação ao período do dia em que surge o “chiado no peito” quando ele existe no GE a maioria (70,0%) referem que é de *manhã*, o GC apresenta

valores semelhantes relativamente ao período do dia (*manhã* 46,7%; *tarde* 53,3%).

Quanto à perceção dos participantes sobre as suas atividades de vida, cuja distribuição dos dados podemos observar no quadro 8, constatamos que os participantes, quer de um grupo quer de outro, consideram que a sua doença interfere fortemente no desempenho das suas atividades de vida.

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA ATIVIDADES POR GRUPOS

	Grupo Experiência		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Atividades normalmente provocam falta de ar nos últimos dias				
Sentado/a ou deitado/a	21	70,0	14	46,7
A tomar banho ou a vestir-se	25	83,3	28	93,3
A caminhar dentro de casa	15	50,0	14	46,7
A caminhar em terreno plano	18	60,0	25	83,3
A subir lance de escadas	28	93,3	30	100,0
A subir uma ladeira	29	96,7	30	100,0
A praticar desporto ou jogos que impliquem esforço	28	93,3	29	96,7
Atividades afetadas pela sua doença respiratória				
Levo muito tempo para me lavar ou vestir	24	80,0	27	90,0
Demoro muito tempo/não consigo tomar banho de chuveiro ou banheira	21	70,0	28	93,3
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho de parar para descansar	30	100,0	30	100,0
Demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho de casa, ou tenho que parar para descansar	30	100,0	30	100,0
Quando subo um lance de escadas, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	30	100,0	30	100,0
Se estou apressado/a ou caminho depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	30	100,0	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas ou dançar	29	96,7	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: carregar grandes pesos, andar muito rápido ou nadar	30	100,0	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido ou praticar desportos muito cansativos	30	100,0	30	100,0

*com exceção da 1ª, 2ª e última questão, os valores apresentados referem-se às respostas "sim"

Em relação às atividades que *normalmente provocam falta de ar nos últimos dias* o GE apresenta dificuldade em todas as atividades, sendo que a atividade *caminhar dentro de casa* é a que afeta o menor número de participantes, mas é de realçar que este valor é alto (15 participantes), sendo que todas as outras atividades afetam um número superior de pessoas, onde é de realçar que o *subir escadas e subir uma ladeira* são referidas pela maioria dos participantes.

O GC apresenta valores menores (14 participantes) relativamente às atividades *sentado ou deitado e caminhar dentro de casa*, mas *subir escadas e subir uma ladeira* afeta a totalidade dos participantes.

Quando questionados sobre as atividades afetadas pela sua doença, os participantes dos dois grupos, consideram que todas sofreram forte influência negativa, tornando a sua realização difícil e conduzindo à perda de capacidade, tornando-os em muitas dessas atividades dependentes de outros.

Estes dados são concordantes com os relatos dos participantes, como se pode constatar nos exemplos que a seguir destacamos:

“ O que mais me custa é subir escadas...” (vc1);

“... subir escadas? Nem penso nisso...” (vc7);

“Já não desço aquelas escadas (cerca de 9 escadas) há uns anos, só de maca.” (vc23)

“ O que mais me custa é ... andar fora de casa” (vc1);

“...Nem andar pelo meu quintal eu vou, tenho medo” (vc29)

Importa salientar que embora este questionário incluía uma questão sobre a *prática de desporto*, esta é uma atividade que de uma forma geral não integra ou integrou a vida diária dos participantes, mas que referem que mesmo que tivessem vontade de praticar qualquer exercício não teriam condições físicas para o fazer.

As condicionantes impostas por esta doença, agravada pela necessidade de OLD, demonstram que as pessoas perdem qualidade de vida, tornando-se dependentes de outros, como temos vindo a constatar quer pelos relatos dos participantes quer pela perceção que estes têm sobre os efeitos da doença na sua vida. Quer o tipo de sintomas característicos desta patologia, quer a sua interferência na realização das atividades de vida, vão repercutir-se a nível psicossocial, tal como se pode verificar no quadro que se segue (quadro 9), que avalia o impacto da doença a este nível.

Podemos constatar que a maioria das pessoas considera que *a sua doença é o seu maior problema* (GE 60%; CG 86,7%) ou que *lhe causa muitos problemas* (GE 23,3%; GC 13,3%). Atribuem à doença a causa da sua incapacidade para trabalhar, efetivamente a maioria dos participantes da amostra são reformados e não lhes permitem fazer o trabalho de casa, como referem 90% dos participantes do GE e 50% do GC.

QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA SUBESCALA IMPACTOS PSICOSSOCIAIS POR GRUPOS

	Grupo Experiência		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
A minha doença respiratória				
É o meu maior problema	18	60,0	26	86,7
Causa muitos problemas	7	23,3	4	13,3
Causa alguns problemas	5	16,7	0	0,0
Não me causa problemas nenhum	0	0,0	0	0,0
Se já teve um trabalho pago				
A minha d. respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	18	60,0	26	86,7
A minha d. respiratória interfere/interferiu com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	11	23,3	4	13,3
A minha d. respiratória não afeta/afetou o meu trabalho	1	16,7	0	0,0
Tosse e Falta de ar nos últimos dias				
A minha tosse causa-me dor	7	23,3	5	16,7
A minha tosse cansa-me	16	53,3	19	63,3
Tenho falta de ar quando falo	19	63,3	24	80,0
Tenho falta de ar quando dobro o corpo para a frente	28	93,4	27	90,0
A minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	16	53,3	22	73,3
Fico exausto/a com facilidade	25	83,3	28	93,3
Efeitos da doença respiratória nos últimos dias				
A minha tosse/falta de ar deixam-me envergonhado/a em público	6	20,0	14	46,7
É inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	10	33,3	12	40,0
Tenho medo/ pânico quando não consigo respirar	17	56,7	26	86,7
Sinto que escapa ao meu controlo	22	73,3	27	90,0
Eu não espero nenhuma melhora da minha d. respiratória	23	76,7	23	76,7
Debilitou-me fisicamente/ preciso de ajuda de alguém	28	93,3	24	80,0
Fazer exercício físico é arriscado para mim	30	100,0	29	96,7
Tudo o que faço parece ser um esforço muito grande	24	80,0	28	93,3
Medicação				
A minha medicação não me está a ajudar muito	12	40,0	13	43,3
Fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	3	10,0	4	13,3
A medicação provoca-me efeitos colaterais desagradáveis	2	6,7	9	30,0
A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	6	20,0	13	43,3
Outras Atividades afetadas pela sua doença respiratória				
Praticar desporto ou jogos que implique esforço físico*	9	30,0	4	13,3
Sair de casa para me divertir	24	80,0	14	46,7
Sair de casa para fazer compras	24	80,0	18	60,0
Fazer o trabalho de casa	27	90,0	15	50,0
Sair da cama ou da cadeira	15	50,0	13	43,3
Forma como é afetado/a pela sua doença respiratória				
Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	1	3,3	0	0,0
Impede-me de fazer 1/2 coisas que eu gostaria de fazer	4	13,3	1	3,3
Impede-me de fazer a maioria das coisas que gostaria de fazer	15	50,0	10	33,4
Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	10	33,4	19	63,3

Nota: Com exceção da 1ª, 2ª e última questão deste quadro, os valores apresentados apenas se referem às respostas "sim"

Mas, também, podemos constatar que uma grande percentagem de participantes considera que a sua doença tem um *impacto negativo para a sua família* (GE 33,3%; GC 40%), que *não conseguem ter controlo sobre a mesma* (GE 73,3%; GC 90%) e *não esperam que esta situação melhore* (GE 76,7%; GC 76,7%).

É de realçar que 56,7% dos participantes do GE e 86,7% do GC revelam ter *medo/pânico* quando estão com dispneia intensa, estes dados são reforçados pelos relatos dos participantes.

“Há dias que me falta o ar e eu fico aflita, a pensar que tenho que ir para o hospital...” (vc9)

“ Estou assim há muitos anos, já não faço grande coisa, mas quando estas crises aparecem, fico muito aflita” (vc18)

“ ... mas esta falta de ar, às vezes é assustadora. “ (vc19)

“... tenho medo por causa desta falta de ar. Não estou sempre com isto, mas o medo” (vc26).

Sair de casa para se divertir ou sair para fazer compras é uma prática pouco comum nestas pessoas, pois a maioria não sente capacidade para o fazer.

”Gosto muito de ir ao café, mas tem uma subida (pausa) custa” (vc1)

“ Gosto muito de ir à missa... mas tenho medo por causa da falta de ar” (vc11)

“ O que eu mais gostava era ir ao café aqui ao lado, ... Se eu fosse até ali (referindo ao café) sempre distraía...” (vc14)

“... estou triste, não posso fazer nada. Só saio para ir para o hospital e é sempre de ambulância (doente muito triste)” (vc15)

“... trabalhei muito, no mar, com 14 anos já ia ao mar (pausa) é triste, já não sirvo para nada.” (vc20)

Após analisarmos a perceção dos participantes no estudo e verificando que a sua qualidade de vida está fortemente afetada de forma negativa, pois como referem Sousa, Jardim e Jones (2000, p.121) “...valores acima de 10% refletem qualidade de vida alterada naquele domínio”, fomos verificar se existia diferenças significativas entre os dois grupos em estudo.

Os valores médios por escala revelam que o GE parte de uma situação mais favorável, como se pode verificar no quadro 10, embora com valores em todas as dimensões de qualidade de vida e no seu valor total que refletem má qualidade de vida. O GC também evidencia níveis baixos de qualidade de vida em todas as dimensões e no valor total.

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO POR SUBESCALAS E VALORES TOTAIS POR GRUPOS

	Grupo Experiência			Grupo Controlo		p (gl=58)
	N	M	δ	M	δ	
Subescala Sintomas	30	41,39	20,91	53,93	23,90	0,035
Subescala Atividades	30	87,39	14,25	90,03	8,27	0,385
Subescala Impacto Psicossocial	30	63,89	14,65	67,08	13,49	0,386
Valor Total	30	67,28	12,94	71,85	10,53	0,139

Podemos constatar que apenas existem diferenças significativas na *Subescala Sintomas* ($t(58)=2,163$; $p=0,035$), sendo que o GE apresenta valores indicadores de melhor qualidade de vida.

No sentido de tornar mais claras as necessidades de intervenção na área dos cuidados de enfermagem de RR analisamos, ainda, a interferência da doença nas atividades de vida, quer básicas quer instrumentais, através do Índice de Barthel e da Escala de Atividades de Vida Instrumentais de Lawton, pelo que procederemos à análise dos dados obtidos através destes instrumentos.

6.3. Atividades de Vida

As atividades de vida enquadram quer as atividades básicas quer as atividades instrumentais, tão importantes para a manutenção da independência da Pessoa, com relevância no papel que este ocupa na família e na sociedade, mas também na continuidade dos seus projetos de vida.

Avaliamos e analisámos o nível de funcionalidade no que se refere às atividades básicas de vida recorrendo ao Índice de Barthel, bem como a capacidade para as atividades instrumentais de vida, através da Escala de Atividades de Vida Instrumentais de Lawton.

▪ Atividades Básicas da Vida Diária

O Índice de Barthel é um instrumento que incluiu dez (10) atividades que abrangem os cuidados pessoais, o controlo dos esfíncteres e a mobilidade, permitindo avaliar a funcionalidade de cada um dos participantes e situá-lo quanto ao seu grau de independência vs dependência e ainda, avaliar quais as atividades de vida que apresentavam maior grau de dificuldade na sua execução de modo a orientar para a intervenção individualizada, tendo-se constatado que a consistência interna global foi de 0,889.

A análise dos dados obtidos na 1ª avaliação do GE, permitem verificar que o grau de dependência para as atividades de vida se situava ao nível do grau I – Independente (66,7%) na sua maioria, sendo que 20 participante apresenta um valor total de 100, que é o valor máximo possível. Os restantes participantes situam-se no grau II – Pouco dependente (33,3%), com valores

que se distribuem no intervalo entre 60 e 95 pontos. Relativamente ao GC verificamos que os participantes se situavam nos Graus de Independência I, II e III,

O quadro que se segue (quadro 11) permite verificar a distribuição dos valores encontrados, relativos às atividades básicas, no GE e no GC.

QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA

		Grupo Experiência		Grupo Controlo	
		N	%	N	%
Alimentação	Independente	29	96,7	28	93,3
	Ajuda	1	3,3	2	6,7
	Dependente	0	0,0	0	0,0
Banho	Independente	22	73,3	12	60,0
	Dependente	8	26,7	18	40,0
Vestir	Independente	21	70,0	12	40,0
	Ajuda	7	23,3	16	53,3
	Dependente	2	6,7	2	6,7
Higiene Pessoal	Independente	26	86,7	27	90,0
	Dependente	4	13,3	3	30,0
Defecação	Continente	30	100	29	96,7
	Incontinente Ocasional	0	0,0	1	3,3
	Incontinente	0	0,0	0	0,0
Micção	Continente	30	100	27	90,0
	Incontinente Ocasional	0	0,0	3	10,0
	Incontinente	0	0,0	0	0,0
Casa de Banho	Independente	27	90,0	16	53,4
	Ajuda	3	10,0	13	43,3
	Dependente	0	0,0	1	3,3
Mudança Cadeira/Cama	Independente	24	80,0	17	56,7
	Mínima Ajuda	5	16,7	9	30,0
	Grande Ajuda	1	3,3	3	10,0
	Dependente	0	0,0	1	3,3
Deambulação	Independente	23	76,7	11	36,6
	Ajuda	6	20,0	14	46,7
	Independente em cadeira de rodas	1	3,3	2	6,7
	Dependente	0	0,0	3	10,0
Escadas	Independente	23	76,7	13	43,3
	Ajuda	4	13,3	12	40,0
	Dependente	3	10,0	5	16,7

Embora se verifique um nível elevado de independência, no GE, era importante conhecer quais as atividades de vida em que os participantes, apresentavam menor funcionalidade.

Relativamente ao *Banho*, embora, a maioria (73,3%) se situe num nível de independência, verifica-se que 8 participantes (26,7%) são dependentes, pelo que está encontrada uma área de intervenção. Mas, é importante realçar que dos relatos dos participantes, mesmo aqueles que são independentes, referem algumas dificuldades, nomeadamente no que se refere à fadiga e aumento da

dispneia, “... fico cansado a tomar banho” (vc4); “... tomar banho é a mulher que me ajuda” (vc7); “Tomar banho, falta – me o ar... A água, gosto dela bem quente. A limpar-me também custa “ (vc9), pelo que esta intervenção terá que englobar todos os participantes, para se obter uma melhoria da *performance* na execução desta atividade.

A AVD – *Vestir* continua a apresentar um valor maioritário (70%) ao nível da independência, mas 9 dos participantes (30%) necessitam de ajuda ou são dependentes, nesta atividade. Importa referir que dos 70% que são independentes, muitos referem que demoram muito tempo a efetuar esta atividade ou que, “*Enervo-me muito a vestir, tenho que pedir ajuda.*” (vc22), ou ainda é difícil vestir a parte inferior do corpo e calçar os sapatos. Por isso, consideramos que está identificada outra das atividades a intervir.

A *Higiene Pessoal* é outra das atividades onde se verifica que 4 participantes (13,3%) são dependentes, mas novamente temos relatos de participantes que permitem verificar que o barbear e pentear são atividades entre as outras que englobam a higiene pessoal, onde revelam maior dificuldade, tais como: “...fico cansado a fazer a barba, a tomar banho” (vc4) e “ fazer a barba é o meu filho que tem esse trabalho, eu não consigo ...” (vc7)

Dado que através de estratégias simples, poderemos contribuir para uma maior facilidade de execução das tarefas de higiene pessoal, estas atividades serão trabalhadas no programa de intervenção.

O uso da *Casa de Banho*, também, representa para 3 participantes (10%) um problema, pois necessitam de ajuda.

Relativamente à *Mudança da Cadeira/Cama e Mudança da Cama/Cadeira* verificamos que 6 participantes (20%) necessitam de ajuda. No entanto, constatamos que na maioria dos outros participantes (80%), poderá ser incrementada uma melhoria de desempenho nesta atividade.

A *Deambulação* apresenta um número elevado (76,7%) de pessoas independentes, mas revelou-se como uma área onde a necessidade de intervenção seria muito pertinente, não só nos 23,3% dos participantes com necessidade de ajuda, mas na totalidade do grupo. Os relatos dos participantes revelam que embora sendo independentes, realizam esta atividade com alguma ou muita dificuldade, dependendo dos momentos, mais uma vez referindo que provocam dispneia e fadiga.

O *Subir e Descer Escadas*, que apresenta valores de independência iguais à atividade anterior (76,7%) e valores de dependência de 10% e de necessidade de ajuda de 13,3%, também, se revelaram como uma área de intervenção de eleição, pelos motivos já referidos.

As AVD's que implicam maior consumo energético são de maior grau de dificuldade para as pessoas com DPOC, por apresentarem uma limitação do fluxo de expiração, com redução da capacidade vital, onde a dispneia está presente, implicando uma dificuldade acrescida para as atividades de vida, mesmo que sejam independentes para a sua realização, como se pode constatar por alguns dos relatos que se seguem.

“ O que mais me custa é subir escadas e andar fora de casa. As coisas da casa, isso é a minha esposa que trata, nunca tratei, não sei fazer, por isso agora (pausa) também não vou fazer. Gosto muito de ir ao café, mas tem uma subida (pausa) custa”(vc1)

“ Quando estou com falta de ar, custa andar, subir escadas nem se fala (pausa), sabe sou eu que cozinho, mas às vezes é difícil. A roupa quem lava é a empregada dos patrões” (vc2)

“ Não gosto nada desta coisa (referindo-se à oxigenoterapia), pois são muitas horas. Eu sei que preciso, pois fico cansado a fazer a barba, a tomar banho, a andar. Subir escadas nem se fala”(vc4)

“ Sabe Sr.^a Enfermeira o que mais me custa é não sair de casa, não ir ver os barcos à doca (pausa), até não é longe, mas tenho medo.... Trabalhar já não penso nisso, também já trabalhei muito, comecei muito cedo, mas... tenho saudades de ver os barcos” (vc8)

“ Já não saio vai com 3 anos... tantas escadas... estou triste, não posso fazer nada. Não ajudo em casa... o meu marido é que cozinha e trata de tudo. Esta falta de ar e este cansaço (pausa) são o pior. Só saio para ir para o hospital e é sempre de ambulância”. (vc15)

Quanto à funcionalidade para se *alimentar* a maioria dos participantes são independentes e apenas 1 participante necessita de ajuda.

Todos os participantes deste grupo têm controlo na atividade básica *defeção e micção*, pelo que não necessitam de qualquer tipo de intervenção, uma vez que não se constituem como qualquer problema.

Procederemos à análise dos dados do Grupo controlo, à semelhança do que fizemos para o Grupo experiência.

Neste grupo verificamos que em relação à *Alimentação* 28 (93,3%) participantes são independentes e 2 (6,7%) necessitam de ajuda. Relativamente ao *Banho* 12 (40%) eram independentes e 18 (60%) eram dependentes. Na atividade *Vestir* verifica-se que 12 (40%) são independentes, 16 (53,3%) necessitam de ajuda e 2 (6,7%) são dependentes. Na *Higiene*

Pessoal 27 (90%) são independentes e 3 (10%) são dependentes, na atividade *Defeção* 29 (96,7%) são continentais e 1 (3,3%) é incontinente ocasional. Em relação à *Micção* 27 (90%) são continentais e 3 (10%) apresentam incontinência ocasional. Quanto ao *Uso da Casa de Banho* 16 (53,3%) são independentes, 13 (43,4%) necessitam de ajuda e 1 (3,3%) é dependente. A *Mudança Cadeira/Cama* é outra das atividades em que 17 (56,7%) são independentes, 9 (30%) necessitam de ajuda mínima, 3 (10%) grande ajuda e 1 (3,3%) é dependente. A *Deambulação* é uma atividade em que 11 (36,7%) dos participantes são independentes, 14 (46,6%) necessitam de ajuda e 2 (6,7%) e 3 (10%) são dependentes. Em relação ao *Subir/Descer Escadas* 13 (43,3%) são independentes, 12 (40%) necessitam de ajuda e 5 (16,7%) são dependentes.

Sendo o autocuidado mais do que um conjunto de capacidades aprendidas, este tem que ser entendido como um processo de capacitação conducente a um grau de funcionalidade eficaz. A Pessoa com DPOC e OLD, face à sua situação de cronicidade e às características da sua doença onde o grau de dependência tende a aumentar, pela incapacidade que se vai instalando devido ao agravamento da sua função pulmonar, deve ser orientada no sentido de manter ou recuperar o melhor nível de funcionalidade nas suas atividades básicas.

Ao analisarmos os valores totais do Índice de Barthel, verificamos que o GE apresenta um grau de independência de $\underline{M} = 95,67$ e $\delta = 14,78$. Embora este valor médio de funcionalidade seja elevado a realidade mostra que estas pessoas apresentam diminuição da sua funcionalidade na maioria das atividades, como constatamos quer pelos relatos dos participantes, quer pela perceção dos mesmos sobre a sua qualidade de vida, demonstrados pelos dados obtidos no SGRQ.

O GC a nível da independência para a realização das atividades básicas apresenta um valor médio total de $\underline{M} = 83,33$.

Estes dados vem confirmar que o GE apresenta um nível de autonomia superior ao GC, verificando-se diferenças significativas entre os dois grupos ($t(58) = 2,703$; $p = 0,009$).

▪ **Atividades Instrumentais**

As atividades de vida instrumentais revestem-se de particular importância no quotidiano de cada pessoa, sendo que quando a capacidade para a sua realização é afetada, repercute-se na qualidade de vida, colocando em causa a independência da pessoa para se cuidar.

A DPOC é uma doença que devido ao seu percurso evolutivo, pode colocar em causa esta capacidade, sendo que a pessoa com necessidades acrescidas de terapêutica com OLD, vê esta situação agravada. Nesse sentido sentimos necessidade de conhecer a perceção dos participantes sobre a sua capacidade para a realização de atividades de vida instrumentais, para desta forma adequarmos a intervenção, face às necessidades emergentes.

Recorremos, à semelhança com o efetuado para as atividades básicas de vida, a dois grupos (experiência e controlo), tendo por base os mesmos pressupostos, i.e., adequar o PRR às necessidades reais de cada um dos participantes.

O quadro que se segue permite-nos verificar a existência de algumas diferenças na capacidade de realização das atividades instrumentais em apreciação.

Realçamos o facto de as atividades instrumentais que os participantes do estudo referem ter maior dificuldade em realizar e por isso necessitarem de ajuda ou serem incapazes de o fazer são as *compras*, as *tarefas domésticas*, *lavagem da roupa* e *uso de meio de transporte*.

Onde revelam maior independência é na capacidade para usar o telefone, na preparação de refeições, responsabilidade em relação à medicação e na gestão dos assuntos económicos.

QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA

	Grupo Experiência		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Capacidade para Usar o Telefone				
Usa telefone por iniciativa própria	28	93,3	26	86,6
É capaz de anotar bem alguns números familiares	0	0,0	0	0,0
É capaz de atender uma chamada, mas não anotar	2	6,7	2	6,7
Não utiliza o telefone	0	0,0	2	6,7
Compras				
Realiza todas as compras necessárias independentemente	9	30,0	5	16,7
Realiza independentemente pequenas compras	5	16,7	7	23,3
Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra	7	23,3	10	33,3
Totalmente incapaz de fazer compras	9	30,0	8	26,7
Preparação das refeições				
Organiza, prepara e serve, por si só, adequadamente	18	60,0	9	30,0
Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes	4	13,3	3	10,0
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	8	26,7	18	60,0
Tarefas Domésticas				
Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional	8	26,7	1	3,3
Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas	3	10,0	0	0,0
Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado	4	13,3	1	3,3
Necessita de ajuda nas tarefas domésticas	9	30,0	8	26,7
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	6	20,0	20	66,7
Lavagem da Roupa				
Lava toda a sua roupa	5	16,7	1	3,3
Lava apenas pequenas peças	6	20,0	8	26,7
A lavagem de toda a roupa está a cargo de outra pessoa	19	63,3	21	70,0
Uso de Meio de Transporte				
Viaja sozinho em transporte público ou em carro próprio	8	26,7	8	26,7
É capaz de pegar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	4	13,3	1	3,3
Viaja em transporte público, quando acompanhado	4	13,3	2	6,7
Utiliza táxi ou automóvel somente com ajuda de outros	9	30,0	12	40,0
Não viaja de jeito nenhum	5	16,7	7	23,3
Responsabilidade em Relação à sua Medicação				
É capaz de tomar a medicação na hora e doses corretas	25	83,3	24	80,0
Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente	5	16,7	4	13,3
Não é capaz de tomar a medicação	0	0,0	2	6,7
Gestão dos seus Assuntos Económicos				
Toma a seu cargo os seus assuntos económicos	22	73,4	15	50,0
Realiza as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes	4	13,3	11	36,7
Incapaz de lidar com o dinheiro	4	13,3	4	13,3

Voltamos a constatar a necessidade de intervenção no sentido de aumentar a capacidade das pessoas, para a realização das atividades instrumentais. Estes dados vem reforçar que a qualidade de vida destas pessoas está em causa, tornando-os dependentes de outros, limitando-os na sua capacidade de autonomia. Verificamos que a consistência interna global da escala foi de 0,823 e que entre os grupos não se verificam diferenças significativas ($t(58)=1,713$; $p= 0,092$).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes deste estudo distribuíram-se de forma equitativa relativamente ao sexo, dado que contraria o descrito na literatura, pois de acordo com Cardoso *et al.* (2006), a doença é mais frequente no sexo masculino, mesmo após padronização para hábitos tabágicos. Consideramos, no entanto, que este facto pode ser explicado por outros fatores, nomeadamente, pela poluição *indoor* e pela atividade agrícola desenvolvida pela grande maioria dos participantes, normalmente como segunda atividade. Grande parte dos participantes residem em zonas com características rurais e a exposição a estes fatores de risco, desde muito jovens, são habituais. Quanto ao efeito da RR os estudos demonstram que o sexo não interfere neste tipo de tratamento (Couser *et al.*, 1995; Wallack *et al.* 1991; Webster e Kadah citado por Fonseca, Pereira e Fonseca, 1996)

Os resultados encontrados demonstram que o nível de qualidade de vida dos participantes é baixo, quer a nível da sua dimensão global quer a nível das diferentes dimensões, colocando em causa a sua capacidade para a realização das atividades de vida, diminuindo o seu bem-estar, retirando-lhes autonomia, com implicações na sua condição física, mas também, na sua condição social, psicológica e espiritual, pois conforme referem Sousa, Jardim e Jones (2000, p.121) “...valores acima de 10% refletem qualidade de vida alterada naquele domínio.”. Constatamos que as alterações na dimensão global são de 67,28 e 71,85 % no GE e no GC respetivamente, demonstrando uma forte alteração na qualidade de vida destas pessoas. A mesma tendência foi verificada relativamente às diferentes dimensões e nos dois grupos em estudo, nomeadamente na dimensão Sintomas (GE -41,39 e GC-53,93%), na dimensão Atividades (GE-87,39 e GC-90,03%) e na dimensão Impactos Psicossociais (GE -63,89 e GC-67,08%).

Ao compararmos estes dados com os dados de referência (Valor Global 55,58; Sintomas 66,69; Atividades 66,99 e Impactos Psicossociais 45,57), que os mesmos autores encontraram num estudo por eles efetuado, verificámos que os participantes do nosso estudo apresentam pior qualidade de vida, com exceção relativa aos Sintomas. O mesmo é verificado em relação ao estudo efetuado por Bonilha, Chiodi, Gonçalves, Panizzi e Kerkoski (2007), pois o

nível de qualidade de vida encontrado no estudo por eles realizados revela que os participantes apresentavam melhor nível de qualidade de vida no seu Valor Global e nas dimensões Atividades e Impactos Psicossociais, verificando-se novamente exceção relativamente à dimensão Sintomas, quando comparados com os valores encontrados no grupo de pessoas por nós estudado.

Relativamente à dimensão Sintomas, a dispneia surge com destaque, influenciando negativamente a qualidade de vida das pessoas, pelo facto de condicionar a sua independência para o autocuidado, corroborando pelos resultados dos estudos de Pitta *et al*, 2005 e Sarmiento *et al*, 2002. Embora os resultados do nosso estudo, sejam ligeiramente melhores que em outros estudos como já referenciado revelam, no entanto, alterações significativas que influenciam negativamente a qualidade de vida destas pessoas, pois os sintomas desta doença são fortemente condicionantes da independência para o autocuidado, com elevado destaque para a dispneia que prejudicam a realização das atividades de vida diária e profissional, limitando a sua independência funcional.

A dispneia é o sintoma mais referido pelos participantes do estudo (56,7%) nos dois grupos e também muito evidenciado nas narrativas, pelo impacto negativo na sua qualidade de vida. Salientamos, ainda, as referências relativas ao medo em desencadear dispneia pelo esforço. Este sintoma foi fortemente influenciador no descondicionamento da atividade física dos participantes, sendo que a falta de exercício físico interfere negativamente na realização das atividades de vida, podendo contribuir para o aumento dos índices de mortalidade, como referem Einsner *et al*. (2007).

Os aspetos psicossociais são também fortemente influenciados por esta doença como salienta a DGS (2009, p. 6) referindo que “ A frustração com o mau estado de saúde e a sensação de invalidez apresentam-se sob a forma de irritabilidade, pessimismo e atitudes hostis com os outros”, embora sejam habitualmente negligenciados e por conseguinte pouco reconhecidos, como referem Kelly e Lynes (2008). Os mesmos autores referem ainda que esta doença envolve alteração dos papéis sociais, nos relacionamentos e na auto-perceção.

Efetivamente ao estudarmos o impacto psicossocial da doença nos participantes, verificamos que os scores encontrados quer para o GE quer

para o GC colocam estas pessoas em níveis de grande impacto da doença nesta dimensão, com valores médios de 63,89 e 67,08 respetivamente. Estes dados quando comparados com os obtidos em outros estudos (Bonilla *et al.*,2007; Camelier *et al.*,2006 e Sousa; Jardim & Jones, 2000), mostram que nesta dimensão a população em estudo, também, apresenta pior qualidade de vida. Estes dados são ainda confirmados pelas narrativas dos participantes onde referem emoções como medo, tristeza e saudade, resultantes quer do impacto dos sintomas quer das perdas em termos de funcionalidade e de interações sociais e familiares. Kelly e Lynes (2008) referem que as pessoas com DPCO experimentam um estigma associado ao tipo de doença e sentimentos de frustração, inutilidade e medo. Os participantes deste estudo nas suas narrativas, também evidenciavam estes sentimentos.

Verificamos que existe coerência entre as necessidades sentidas pelos participantes, através da sua expressão espontânea nos diálogos que estabelecemos com eles e nas respostas aos questionários que acederam preencher. Consideramos que estamos em condições de progredir para o ciclo seguinte, que é de planeamento da ação a desenvolver.

**CAPITULO 3 - CONSTRUINDO UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
RESPIRATÓRIA**

Analisadas as necessidades em cuidados de enfermagem, na área dos cuidados respiratórios, de forma qualitativa e quantitativa, que permitiu perceber a real dimensão do problema e os seus efeitos na qualidade de vida dos participantes neste estudo, identificando-se necessidades expressas por estes através dos questionários e escalas utilizadas, mas também através da análise dos seus relatos espontâneos e numa interligação entre estes, prosseguimos para o novo ciclo que se caracteriza pelo planeamento da ação.

Estamos agora em condições de numa interligação direta entre os dados obtidos, os estudos realizados por diferentes autores e já referidos e a pesquisa bibliográfica efetuada sobre o assunto, que demonstram a importância de se estabelecerem PRR que se adequem às necessidades das pessoas com este problema, de forma a maximizar a sua qualidade de vida, através de ganhos/conservação da autonomia, onde a independência para o autocuidado é fundamental, pelo que procederemos ao planeamento de um PRR que dê resposta às necessidades identificadas.

Neste capítulo abordaremos o objetivo deste ciclo, os procedimentos e as questões éticas, para seguidamente apresentar uma proposta de PRR base a aplicar ao GE, tendo sempre presente que ele deve ser adaptado a cada um dos participantes e que será reformulado sempre que necessário, no sentido de uma constante adequação às necessidades emergentes e ao ritmo de aquisição de habilidades que lhes permitam melhorar a sua capacidade para o autocuidado e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

1. OBJETIVOS

Esta nova etapa que emerge do ciclo anterior e que se relaciona diretamente com o mesmo tem como objetivo construir um programa de intervenção em cuidados de enfermagem respiratória face às necessidades expressas.

A RR tem como objetivo devolver à pessoa a sua capacidade funcional, no sentido de restaurar o maior nível de autonomia possível.

Atualmente a RR “... está amplamente difundida e aceite como um meio terapêutico em pessoas com doença pulmonar” (Atalaia, 2007,p.1). A RR não se focaliza apenas na reversão da doença, focaliza-se sim em reverter a incapacidade resultante da doença, Troosters *et al.* (2005) consideram que os efeitos significativos do tratamento das pessoas com DPOC, i.é., a melhoria da *performance* do exercício, diminuição dos sintomas e aumento da qualidade de vida, apenas podem ser alcançados, após a realização de um programa de reabilitação pulmonar.

A ATS/ERS (2004) desenvolveu *guidelines*, que orientam para os benefícios dos programas de RR, para qualquer pessoa com doença respiratória estável e com sintomas incapacitantes. Consideram, ainda, que até as pessoas em estadio grave da doença beneficiam destes programas.

Consideramos que estes programas embora largamente aceites como benéficos, necessitam de ser individualizados e (re)adaptados ao longo da sua aplicação, tendo em conta as condições apresentadas pelas pessoas, nos diferentes momentos.

Tendo por base os eixos estruturantes de um PRR e os estudos já realizados por diversos investigadores, conforme já referido anteriormente, tivemos necessidade de avaliar as necessidades percecionadas pelos participantes neste estudo, para que de acordo com as necessidades emergentes e o contexto, delinear um PRR adaptado à realidade destas pessoas.

Assim, os resultados obtidos constituíram o ponto de partida para a construção do PRR a aplicar ao GE, durante o período de intervenção e face a estes optámos pela seleção de apenas dois dos eixos estruturantes – Reeducação Funcional Respiratória e Técnicas de Conservação de Energia.

Este programa, que propomos, apresenta algumas diferenças relativamente aos programas que foram aplicados e estudados os seus efeitos e que referenciamos na 1ª parte deste trabalho.

Importa ter presente que esses programas, se efetuaram em contexto de ambulatório e este vai desenvolver-se em contexto domiciliário e dá particular importância ao controlo respiratório e às técnicas de conservação de energia.

2. PROCEDIMENTOS

A construção deste programa foi submetida à apreciação de 3 peritos na área da Enfermagem de Reabilitação Respiratória, nomeadamente uma Professora Doutora de uma Escola Superior de Enfermagem, uma Mestre de uma Escola Superior Saúde que também exerceu durante vários anos a sua atividade como Enfermeira de Reabilitação num Departamento de Cinesiterapia Respiratória e um Enfermeiro Chefe de um Departamento de Cinesiterapia Respiratória da Zona Norte do país.

Para essa apreciação, foi enviado um resumo de dados obtidos no primeiro momento de avaliação, indicadores das necessidades emergentes em cuidados de enfermagem de reabilitação e um esboço do programa, que foi construído tendo presente o contexto onde se ia desenvolver, o contexto domiciliário, baseado em dois dos eixos estruturantes, as técnicas de reabilitação respiratória e as técnicas de conservação de energia.

Realizámos reuniões individuais com cada perito e discutimos e anotámos as suas sugestões, tendo-se concluído que as sugestões eram sobreponíveis. Reformulámos o programa com as contribuições dadas e voltamos a enviar o programa proposto. Não foi recebida qualquer proposta de alteração de nenhum dos peritos, pelo que se considerou aceite e validado o programa a implementar ao GE.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O respeito pelos princípios éticos foram mantidos e nesse sentido ao enviarmos o resumo de dados aos peritos, garantimos o anonimato dos participantes e informamos que os dados obtidos resultaram do consentimento informado dos mesmos.

Importa ainda referir, que existem outros aspetos com os quais assumimos um compromisso, nomeadamente com o rigor nos PRR e competência nos cuidados de enfermagem de RR a prestar. Também, nos comprometemos com o rigor científico, a objetividade, a fidelidade e a validade, relacionados com os procedimentos metodológicos, ao longo de todo o percurso.

4. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

O PRR que seguidamente se apresenta de forma esquemática (figura 9 e 10), resume as linhas orientadoras do mesmo, em consonância com o parecer dos peritos que colaboraram na sua elaboração e servirá de suporte à nossa intervenção. Será caso a caso adaptado face às necessidades encontradas e foi delineado no sentido de maximizar a *performance* física, social e a autonomia, conforme recomendado pela British Toracic Society (2001) e será explicado e aplicado gradualmente, tendo sempre presente a capacidade e as necessidades de cada um.

A reeducação funcional respiratória engloba as técnicas de descanso e relaxamento (deitado, sentado e em pé), a dissociação dos tempos respiratórios, o controlo dos tempos respiratórios com ênfase no prolongamento do tempo expiratório, exercícios de respiração abdominal, exercícios de expansão costal, exercícios globais e a tosse controlada.

FIGURA 9 - REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NO DOMICÍLIO



Esta fase do programa dará início à intervenção, permitindo controlar os sintomas, melhorar a capacidade ventilatória, corrigir ou minimizar defeitos posturais e aumentar a capacidade para o exercício físico.

É uma fase essencial, para a melhoria da qualidade de vida dos participantes, mas também, para o desenvolvimento da segunda fase de intervenção que se refere às técnicas de conservação de energia.

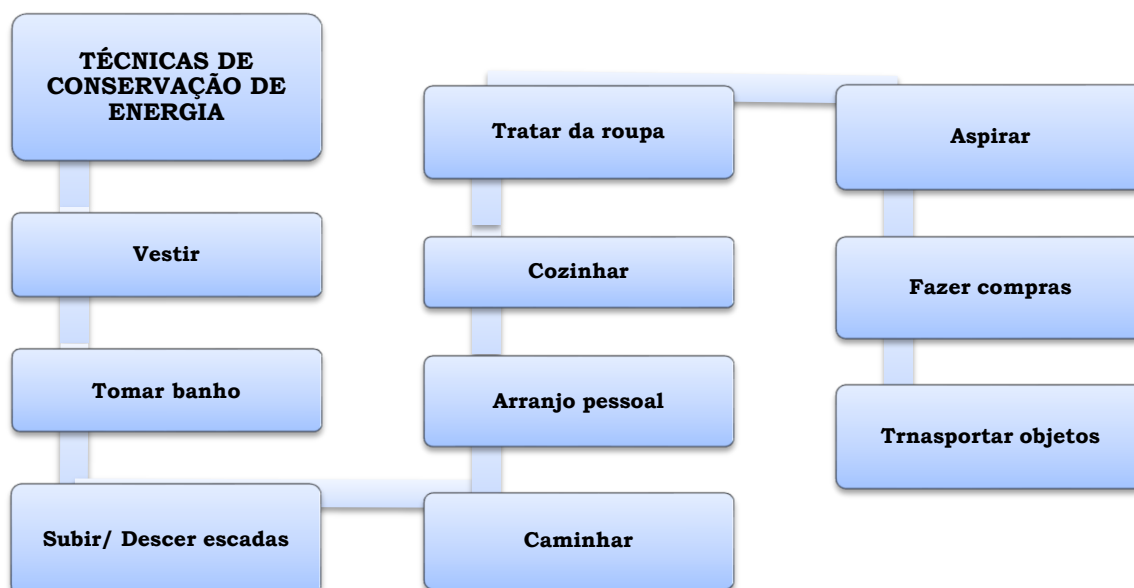
A dispneia foi um dos sintomas mais referidos pelos participantes deste estudo, como dificultador na realização das suas AVD's, de facto "A dispneia é o sintoma que mais interfere na execução das atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, levando-os ao sedentarismo e à queda da qualidade de vida" (Velloso & Jardim, 2006, p. 580). O cansaço, também, foi referido como um sintoma que interfere na autonomia para a realização das atividades de vida.

Os sintomas apresentados pelos participantes e que são coerentes com os mais perturbadores nesta doença interferem igualmente na capacidade para a realização de atividades sociais, com forte impacto na dimensão psicológica, levando ao medo, à tristeza e à saudade, conforme referiram, nos seus relatos.

Na continuidade e complementaridade do PRR, progrediremos de forma gradual para as técnicas de conservação de energia pois favorecem a redução do gasto energético durante a realização das AVD's, diminuindo a sensação de dispneia e consequentemente aumentando a funcionalidade da pessoa.

As técnicas de conservação de energia (figura 10), no que se refere às atividades básicas englobam - vestir, banho, arranjo pessoal, caminhar, subir/descer escadas e no que se refere às atividades instrumentais englobam - fazer a cama, aspirar, cozinhar, tratar da roupa, fazer compras e transportar objetos.

FIGURA 10 - TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA NO DOMICÍLIO



A realização das atividades de vida provocam na pessoa com DPOC cansaço e dispneia, devido ao recurso a uma respiração superficial e rápida, como mecanismo compensatório, pelo que é de primordial importância contrariar esta tendência e dotar as pessoas de recursos que favoreçam a realização das mesmas, de forma controlada.

Não está preconizado utilizar um dos eixos estruturantes de um PRR, Limpeza das vias aéreas, por não ter sido identificado como uma necessidade emergente, nos participantes do GE, no entanto, após análise e reflexão sobre os primeiros resultados e numa perspetiva emancipatória e preventiva, foi consensual para o grupo de peritos introduzir o ensino da tosse, neste programa.

Foram, assim, definidas as linhas orientadoras do PRR que será a base de intervenção junto dos participantes de GE, durante o período de 6 meses.

CAPITULO 4 - DO PROBLEMA À AÇÃO E DA INTERVENÇÃO À AVALIAÇÃO

Este capítulo engloba o 3º e 4º ciclo da investigação conduzida que correspondeu à implementação e avaliação da ação. A implementação da ação corresponde à intervenção direta junto das Pessoas com DPOC e OLD, no seu domicílio, através da prestação de cuidados de enfermagem respiratórios, previamente programados de acordo com as necessidades expressas à priori, mas sempre com um carácter adaptativo às necessidades emergentes face à situação e ao momento, com base num processo de cuidar sustentado e refletido.

O período de intervenção pautou-se por uma avaliação constante que permitiu o reajustamento do PRR a cada pessoa e a cada situação encontrada, ao longo dos seis meses em que ocorreu.

A intervenção junto do GE teve sempre presente o contexto em que se desenrolou e associado a este de forma muito direta, o ambiente envolvente, que como evidenciado desde Florence Nightingale, é necessário (re) valorizar na nossa prática, pela sua importância na qualidade de vida das pessoas.

Apresentaremos os objetivos, os materiais e procedimentos e as considerações éticas relativas aos dois ciclos.

Terminado o período de 6 meses previsto para a intervenção procedeu-se à avaliação global de todo o processo, avaliação esta que ocorreu quer no GE quer no GC, pelo que serão apresentados, analisados e discutidos os dados que emergiram ao longo do percurso no GE e no momento da avaliação final dos dois grupos em estudo.

Os dados relativos aos instrumentos que foram utilizados no 1º e 2º momento de avaliação serão agrupados no mesmo quadro, no sentido de facilitar a sua análise.

1. OBJETIVOS

A intervenção (PRR) em estudo correspondeu à fase denominada de Implementação da Ação. Esta e sua Avaliação tiveram como objetivos:

- Aplicar programa de intervenção em cuidados de enfermagem respiratória às pessoas com DPOC em tratamento com OLD do GE, durante um período de 6 meses.

- Avaliar ganhos em saúde associados ao PRR traduzidos em autonomia/funcionalidade e qualidade de vida.

Os participantes deste programa, constituíram-se como parte ativa de todo o processo, conforme preconizado na metodologia adotada, permitindo uma avaliação individualizada e (re)adaptação constante, ao longo de todo o processo de intervenção no GE.

2. MATERIAIS

Monitorizar toda a ação para permitir perceber as facilidades e as dificuldades dos diferentes exercícios que integram o programa, configurou-se como um aspeto importante a ter em consideração, pelo que utilizamos uma *Grelha de Observação* (apêndice 4) e uma *Folha de Registo de Saturação de O² (SapO²)* (apêndice 5).

Assim no 3º ciclo deste estudo- Implementação da Ação, recorremos:

- *Grelha de Observação* construída para o estudo, após avaliação das necessidades expressas e utilizada ao longo de todo o período de intervenção (6 meses), para monitorizar a evolução de cada um dos participantes do GE, relativamente ao PRR.
- *Folha de Registo de Saturação de O²* construída por nós, para permitir o registo de valores de oximetria digital antes e após cada sessão.
- *Portefólio do investigador*, mantivemos este recurso ao longo de todo o percurso, onde se procedeu ao registo de todos os relatos dos participantes e das suas famílias/ pessoa de referência e das observações. Também, permitiu o registo das reflexões efetuadas entre a Investigadora principal e a colaboradora da prática clínica (enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação).

No ciclo seguinte - Avaliação e na interligação com os ciclos anteriores, recorreremos novamente aos instrumentos utilizados no 1º ciclo desta investigação, nomeadamente:

- *Questionário Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ)* de Jones et al., 1991 validado para a língua portuguesa por Sousa, Jardim e Jones (2000) e recomendado pela DGS (2009) e projetado para avaliar a perceção das pessoas com DPOC sobre a sua qualidade de vida, já anteriormente descrito.
- *Índice de Barthel de Mahoney & Barthel (1965)* que incluiu dez (10) fatores de cuidados pessoais, controlo esfíncteriano e mobilidade, também anteriormente descrito.

- *Escala de Atividade de Vida Instrumentais de Lawton e Brody (1969)*, validada para português por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008), descrito anteriormente, a quando da caracterização dos participantes.

Iremos explicitar os procedimentos que estiveram subjacentes a estes dois ciclos do estudo.

3.PROCEDIMENTO

O período de intervenção decorreu entre janeiro e julho de 2011, junto das pessoas que integram este estudo e que constituem o GE. Foi privilegiado este período pelo facto de em termos climatéricos abranger o inverno, a primavera e início de verão, períodos mais críticos para estas pessoas.

Uma vez que o PRR visava que os participantes aprendessem estratégias de reeducação funcional respiratória, estratégias de conservação de energia a aplicar no seu dia-a-dia, e estratégias de limpeza dos vias aéreas, fazia sentido que inicialmente, e enquanto a pessoa não adquiria os conhecimentos e habilidades para atingir os objetivos propostos, o número de sessões semanais fosse maior, começando o diminuir para um número de visitas menos regulares. Assim, iniciamos com 3 sessões semanais durante o mês de janeiro, tendo depois diminuído para 2 sessões semanais, sempre em contexto domiciliário e tendo sempre presente uma avaliação das necessidades emergentes e da forma como iam sendo ultrapassadas, num processo cíclico até à consecução do maior nível de autonomia possível.

Ao longo deste período fomos registando, anotando e refletindo sobre este percurso. Fomos ajustando, modificando e (re)avaliando toda a intervenção, tendo sempre como princípio que o participante do estudo era o ator deste processo e por isso toda a reflexão e avaliação era realizada com ele, bem como todas as alterações/adequações necessárias no PRR, no sentido de proporcionar bem-estar, conforto, independência, autonomia, qualidade de vida.

Em cada contacto foi registado no guia de observação, criado para o efeito, e baseado nos procedimentos/técnicas aplicadas, os procedimentos/técnicas adquiridas ou não adquiridas o que permitiu monitorizar todo o processo.

Antes e após cada sessão, procedeu-se, ao registo de SapO², registo este que acompanhava o participante sempre que ia ao médico assistente.

Em cada sessão do PRR procedeu-se ao registo das narrativas espontâneas e resultantes dos diálogos que eram mantidos com os participantes e seus familiares ao longo destes 6 meses de intervenção, no portefólio do

investigador. Estas narrativas foram submetidas a análise qualitativa, no que se refere essencialmente aos sintomas e atividades básicas e instrumentais com recurso à análise de conteúdo baseada em Bardin (2000), mantendo todos os princípios já referidos anteriormente.

Em julho de 2011, a investigadora principal e a enfermeira especialista colaboradora no estudo, após o término do PRR, aplicaram os instrumentos de avaliação (SGRQ, o Índice Barthel e a Escala de Atividade de Vida Instrumentais de Lawton) quer ao GE quer ao GC. Estes dados foram sujeitos primeiro a uma análise quantitativa usando o Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0, com recurso a diferentes testes estatísticos de nível descritivo (média e desvio padrão) e inferencial (teste *t* para amostras independentes e emparelhadas e qui-quadrado, com $p \leq 0,05$) e à base de dados Excell, conforme recomendação dos autores do SGRQ, em concordância com o procedimento utilizado no 1º ciclo deste estudo.

Recorremos novamente à triangulação de dados, tendo por base quer os princípios quer as vantagens anteriormente descritas, quando se utilizam diversas estratégias, com o objetivo de chegar à melhor compreensão da dimensão do problema em estudo e podermos desta forma dar contributos para a praxis.

A investigadora principal e a colaboradora reuniram ao longo deste período, no sentido de analisarem, discutirem e refletirem sobre o processo que estava em curso e procederam às adaptações necessárias do PRR, de acordo com a realidade de cada um dos participantes.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação ao longo de todo o seu percurso regulou-se por procedimentos éticos, que assumem particularidades, quando envolvem pessoas.

Como referido no início desta investigação 65 pessoas consentiram em participar no estudo, após explicação dos objetivos e garantindo o anonimato e sigilo absoluto da informação.

Embora no decorrer do estudo os participantes não exercessem o seu direito de alterar o consentimento dado para participar no estudo, no final a amostra engloba 60 participantes, divididos em dois de grupos, cada um com 30 elementos.

O abandono de cinco (5) pessoas, ao longo do estudo, prendeu-se com mudança de residência de 4 pessoas e o falecimento de um participante que integrava o GC.

Foram sempre respeitados os princípios e valores éticos, com os quais nos comprometemos no início da investigação.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

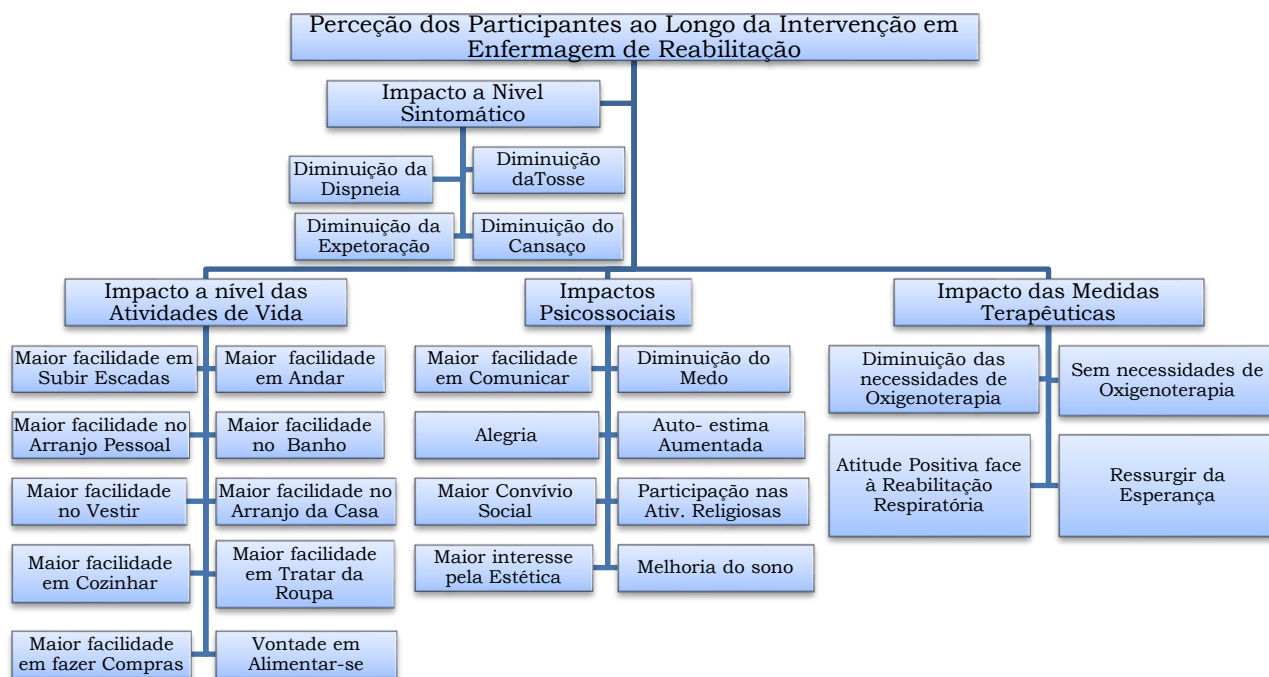
Apresentaremos os resultados das narrativas, da observação efetuada ao longo de todo o percurso, do registo da oximetria digital e ainda os resultados dos dados que foram avaliados através do questionário e das escalas, já referidos e já utilizados no 1º momento de avaliação.

5.1. Narrativas Experienciais

Ao longo de todo o percurso fomos registando todos os relatos/testemunhos dos participantes, que foram objeto da mesma técnica de tratamento da informação, das narrativas da fase inicial da intervenção.

A área temática foi designada por *Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção em Enfermagem de Reabilitação* e constatamos que se mantêm a existência das mesmas 4 categorias, sendo que em cada uma delas existem subcategorias, como se pode observar na figura 11.

FIGURA 11- PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Elaboramos um quadro síntese (quadro 13) onde para além da área temática, apresentamos as categorias, subcategorias e unidades de análise, adotando os mesmos critério da fase inicial. O quadro global encontra-se em anexo (apêndice 6).

QUADRO 13 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO- SÍNTESE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise		
		nP	nu	Exemplos
Impacto a nível Sintomático	Diminuição da Dispeia	10	12	VC1 “Já tenho menos falta de ar... consigo respirar melhor” VC21 “ A falta de ar está melhor....” VC 29 “ Estou melhor da falta de ar.”
	Diminuição da Tosse	13	21	VC5 “ Tosse? Não agora quando tenho já consigo deitar fora... “ VC7 “ ... já consigo tossir melhor, até parece que respiro melhor...” VC27 “ Tenho estado bem, ... e a tosse nenhuma”
	Diminuição da Expetoração	2	2	VC23 “ Estes exercícios parecem que me fazem deitar esta porcaria toda para fora.”
	Diminuição do Cansaço	8	10	VC5“... mas agora já não me canso tanto” VC25 “ Ando menos cansada....”
Impacto a nível das Atividades de Vida	Maior Facilidade em Subir Escadas	13	22	VC3 “ Então é hoje que vamos subir as escadas?” “ vamos lá ver se eu para a semana já consigo subir mais uns degraus. Tenho saudades de ir à parte de cima da casa” VC13 “ A subir as escadas já custa menos, tenho que ir devagar, mas isto vai....”
	Maior Facilidade em Andar	12	24	VC2“ A andar fico menos cansado,” VC6“ Já andei pelo quintal e olhe que não me faltou vontade de fazer lá umas coisitas.” VC21 “ ... sim, vamos andar um bocadinho”
	Maior Facilidade no Arranjo Pessoal	5	5	VC4 “ Agora já faço a barba, sem me cansar e olhe que fica bem feita” VC24 “ ..., já não tenho problemas, nem a fazer a barba... agora não custa”
	Maior Facilidade em Tomar Banho	6	6	VC6 “ Tomar banho já não custa, até fico mais tempo, gosto muito de estar debaixo do chuveiro” VC7 “... agora já não preciso de ajuda para tomar banho... “
	Maior Facilidade em Vestir	3	6	VC22 “ ... agora já ponho a roupa pela ordem certa e já me visto sozinha.... “ VC25 “ Vestir? Isso também já faço sozinha, mas ainda demoro algum tempo, mas já faço....”
	Maior Facilidade no Arranjo da Casa	2	2	VC9 “A fazer as camas, lá me ponho de joelhos e faço tudo do mesmo lado, mas às vezes esqueço-me e já noto a diferença...”
	Maior Facilidade em Cozinhar	4	4	VC2 “ Agora para cozinhar, faço como combinamos e não me canso tanto” VC15 “Tenho estado bem, até já ajudo o meu marido na cozinha. Estive a descascar batatas... “
	Maior Facilidade em Tratar da Roupa	1	1	VC11 “Sr. ^a Enfermeira, aquela ideia de por a bacia da roupa num banco para a pôr a secar, foi mesmo muito boa ideia. Até a minha filha, disse que assim era muito mais fácil”
	Maior Facilidade em Fazer Compras	2	3	VC9 “Fui à loja às compras e até fiquei um bocado na conversa. Ficaram admirados, disseram que eu estava melhor”
	Vontade em Alimentar-se	1	1	VC24 “ ... não me canso tanto, Até a comer já consigo comer mais devagar e melhor”
Impactos Psicossociais	Maior Facilidade em Comunicar	5	6	VC2 “ Tenho ido ... ao café, conversar um bocado” VC9 “Fui à loja às compras e até fiquei um bocado na conversa. Ficaram admirados, disseram que eu estava melhor.”
	Diminuição do Medo	4	4	VC14 “ Tenho ido ao café, já não tenho medo” VC19 “ Agora já não tenho medo de sair de casa.”
	Alegria	6	9	VC15 “ (senta-se no sofá, um pouco cansada, com um grande sorriso na cara) ... esta é que foi uma grande surpresa ... ir à pastelaria ... aquele chá soube-me muito bem, muito obrigado (emocionada)” VC20 “ Estou muito feliz...hoje estou muito feliz.... Obrigado, muito obrigado (emocionado)”
	Autoestima Aumentada	7	8	VC15 “ (sorridente) ... sim estou mais bonita, convenci a minha filha a ir comigo ao cabeleireiro... ela estava muito nervosa... tinha medo, mas eu estou muito feliz.... Nem sei como lhe agradecer, trouxe muita luz à minha vida... “ VC20 “ ... sim, ficou muito contente de me ver na rua (referindo-se a um amigo) Sr. ^a enfermeira, nem acredito que fui à rua...”
	Maior Convívio Social	11	20	VC1“Sabe, já consigo estar mais tempo no café. Também, já fui almoçar com uns amigos, demorei pouco tempo, mas estou contente” VC6 “ Tenho estado muito bem, tenho saído...” VC16 “Tenho ido à biblioteca e passear com a minha esposa (sorridente) ...”

	Participação nas Atividades Religiosas	3	3	VC11 “ Vou contar-lhe uma novidade, no domingo fomos à missa e depois até vim a pé com o meu netinho. “ VC22 “ Agora já vou rezar o terço, já sei como devo fazer”
	Maior interesse pela Estética	1	2	VC15 “ (sorridente) ... sim estou mais bonita, convenci a minha filha a ir comigo ao cabeleireiro...”
	Melhoria do sono	2	3	VC20 “ Estou bem, até tenho dormido melhor.....”
Impacto das Medidas Terapêuticas	Diminuição das necessidades de Oxigenoterapia	9	17	VC1 “...até tenho esperança de deixar o aparelho (oxigenoterapia) ” VC6 “... acredite, cada vez preciso menos do oxigénio, eu até já pensei em deixar” VC17 “Eu agora já não faço a noite toda, chego aí às 2 h e desligo e olhe que durmo muito bem”
	Sem necessidade de Oxigenoterapia	6	9	VC1 “ Tenho uma grande novidade para lhe contar, o médico disse que podia parar o oxigénio, mas para já ainda fica aqui o aparelho.... Muito obrigado” VC6 “ ... sim fui à consulta e sabe, vou ficar sem oxigénio.” VC16 “ Já passaram os dois meses e como não precisei do oxigénio, já levaram o aparelho”
	Atitude Positiva face à Reabilitação Respiratória	24	56	VC2 “ Faço a ginástica, já sei fazer melhor, não me custa tanto.” VC4 “Este Inverno está a ser melhor, mas eu também, faço todos os dias os exercícios” VC13 “ ... ao princípio estive para dizer que era melhor não fazer nada, andava muito desanimada... mas ainda bem que não disse... o que eu ia perder”
	Ressurgir da Esperança	4	6	VC13 “ ... nunca tinha ouvido falar nisto (referindo-se à cinesiterapia), pensei que o meu destino era ficar cada vez pior, até não conseguir fazer nada..., mas agora já estou com mais esperança” VC16 “Continuo a sentir-me bem, tenho cuidado, mas agora sei que posso viver melhor com a minha doença”

Podemos constatar que as categorias são coincidentes com as que foram encontradas na fase inicial da intervenção - Impacto a nível Sintomático, Impacto a nível das Atividades de Vida, Impactos Psicossociais e Impacto das Medidas Terapêuticas.

Relativamente à categoria impacto a nível sintomático as subcategorias também são coincidentes, pois referem-se à dispneia, tosse, expectoração e cansaço.

A *diminuição da dispneia*, com 12 referências, foi evidenciada por 10 participantes, sendo que a dessensibilização a este sintoma é, ainda, referenciado como muito importante no aumento de capacidade para a realização das atividades de vida e na alteração a nível dos impactos psicossociais.

Importa realçar que embora a *tosse* e *expectoração* não tenha sido os sintomas mais referenciados pelos participantes, na fase inicial, foi considerado por nós, importante ensinar a tossir eficazmente, para prevenir a limpeza ineficaz das vias respiratórias e consequentemente prevenir infeções respiratórias, pois a hipersecreção associada ao processo inflamatório das vias aéreas é uma característica desta patologia. Ao longo da intervenção verificamos que a maioria das pessoas não sabia tossir e que ao ser ensinada/treinada nesta

técnica, compreendeu que este recurso era importante e condicionava positivamente a sua qualidade de vida, verificando-se 21 referências. A *expetoração* manteve um número baixo de referências (2) compreensível, pois como já foi referido estes doentes não apresentavam, com exceção de uma pessoa, hipersecreção brônquica acentuada, já a *diminuição do cansaço* foi bastante referido (10), pois a dessensibilização da dispneia, permitiu às pessoas controlar este sintoma, tornando-as mais capacitadas para o desenvolvimento das atividades quotidianas.

Relativamente à categoria impacto a nível das atividades de vida, constatamos a existência de 10 subcategorias - *Maior facilidade em subir escadas* (22), *Maior facilidade em andar* (24), *Maior facilidade no arranjo pessoal* (5), *Maior facilidade em tomar banho* (6), *Maior facilidade em vestir* (6), *Maior facilidade no arranjo da casa* (2), *Maior facilidade em cozinhar* (4), *Maior facilidade em tratar da roupa* (1), *Maior facilidade em fazer compras* (3) e *Vontade em alimentar-se* (1) que emergem conforme se vai caminhando ao longo da intervenção e os participantes, mesmo não evidenciando, inicialmente, como tendo dificuldades na realização de algumas atividades, tomaram consciência das mesmas e perceberam que poderiam ser ultrapassados os obstáculos no sentido de adquirir/melhorar a autonomia quer em relação às atividades básicas, quer às atividades instrumentais.

A categoria impacto psicossocial, apresenta 8 subcategorias – *Maior facilidade em comunicar* (6), *Diminuição do medo* (4), *Aumento da autoestima* (8), *Alegria* (9), *Maior convívio social* (20), *Participação em atividades religiosas* (3), *Maior interesse pela estética* (2) e *Melhoria do sono* (3). Verifica-se uma diminuição das emoções negativas e o surgimento de emoções positivas, com influência na autoestima, convívio social, recuperação da independência em atividades de vida, face aos ganhos obtidos em autonomia e interação com os outros e à capacidade que encontraram em satisfazer as suas necessidades espirituais e até estéticas.

Relativamente ao impacto das medidas terapêuticas verificamos a existência de 4 subcategorias – *Diminuição das necessidades de oxigenoterapia* (17), *Sem necessidades de oxigenoterapia* (9), *Atitude positiva face à reabilitação respiratória* (56) e *Ressurgir da Esperança* (6).

Verificamos que 9 participantes diminuíram as suas necessidades em termos de horas de oxigenoterapia, com impacto na sua qualidade de vida, sendo que a 6 destes *participantes* foi suspensa esta medida terapêutica. Os pneumologistas verificaram que estas pessoas apresentavam valores de gasimetria arterial acima dos valores recomendados para o recurso a esta medida terapêutica e aconselharam a manutenção da reabilitação respiratória. Consideramos que a RR deu forte contributo na qualidade de vida destas pessoas e que foi reconhecida a importância e a eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação no tratamento deste tipo de doentes.

Acresce, ainda, referir o impacto dos cuidados de reabilitação respiratórios, traduzindo-se em ganhos em saúde, plasmado na melhoria da qualidade de vida destas pessoas e na redução de custos que se verificou, ao reduzirem ou suspenderem a necessidade de oxigenoterapia.

Outro aspeto importante a realçar é o número de pessoas (24) que reconheceram a importância da RR, como uma medida muito importante na recuperação da sua qualidade de vida, quer pelo controlo dos sintomas, quer pela autonomia readquirida nas atividades de vida e pelo impacto a nível psicossocial. O ressurgir da esperança nestas pessoas foi muito evidente ao longo de todo o percurso, onde compreenderam que se pode viver com qualidade de vida, mesmo face a uma doença crónica. É de realçar que estas pessoas ficaram surpreendidas com as capacidades que tinham e que não acreditavam ter, para fazer face à sua doença, de uma forma positiva.

Ao longo de todo este percurso, constatamos que os participantes que para além de nunca terem beneficiado de RR, conforme nosso critério de inclusão, também, desconheciam que esta era uma medida terapêutica que deveria estar ao seu dispor, no sentido de fazerem face à sua doença, com qualidade de vida e autonomia. Este facto pode ser constatado através dos testemunhos dos participantes, evidenciados na categoria Impacto das Medidas Terapêuticas, subcategoria *Atitude Positiva face à Reabilitação Respiratória*, que ao longo do percurso foram manifestando.

Importa realçar que em todas as categorias e subcategorias se verificou uma evolução positiva, com ganhos em qualidade de vida e conseqüentemente ganhos em saúde, obtidos através do PRR que foi de encontro às reais necessidades das pessoas, sendo de realçar a importância de esta intervenção

se verificar no contexto habitual dos mesmos, o contexto domiciliário, que é sempre mais adequado para a resolução das situações que requerem uma intervenção direcionada para a maximização da autonomia.

Mais uma vez, salientamos o facto de *6 dos participantes* terem alterado a sua condição de tal forma, que motivou a *suspensão da OLD*, reforçando assim, a importância do recurso à RR, como uma medida que deveria ser implementada logo após o diagnóstico da doença, pois não só tem impacto a nível da qualidade de vida nas suas diferentes dimensões, como impacto em termos de custos na saúde.

Embora o Projeto Gold considere no tratamento não farmacológico da Pessoa com DPOC, para o estadio III e IV, a RR como uma medida terapêutica a par da oxigenoterapia, a realidade é que esta recomendação muitas vezes não é considerada pelos profissionais de saúde, como podemos verificar na nossa amostra que sendo constituída por 60 participantes, nenhum tinha beneficiado de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, no entanto, todos estavam com prescrição de OLD, mas esta medida por si só não foi suficiente para acrescentar qualidade de vida a estas pessoas.

A DGS, também, recomenda no tratamento destas pessoas o recurso a estas duas medidas não farmacológicas, que consideramos importantes, mas constatamos que uma medida tão importante como os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória é esquecida, sendo que no nosso entender e também, dos nossos participantes é de extrema importância.

5.2 Observando a Realidade

Tendo por objetivo a monitorização do PRR desenvolvidos com os participantes do GE, ao longo dos seis meses de intervenção, procedemos durante este período à aplicação da grelha de observação construída por nós, como já referido, e procedemos ainda ao registo das saturações oxigénio digital (SapO₂), antes e após cada sessão.

A grelha de observação permitiu compreender quais os procedimentos que necessitaram de um maior período de tempo para serem atingidos pelos

participantes e desta forma percebermos os que oferecem maior grau de dificuldade na sua apreensão.

Assim, por uma questão de sistematização agruparemos os procedimentos em três grupos de análise, de acordo com o PRR previamente delineado - reeducação funcional respiratória, técnicas de conservação de energia no autocuidado e técnicas de conservação de energia nas atividades instrumentais.

A grelha embora aplicada a todos os participantes, cumpriu o princípio que subjaz a todo o desenvolvimento deste estudo, pelo que se verificou que alguns parâmetros não foram monitorizados, pelo fato de alguns participantes não desenvolverem, nem nunca terem desenvolvido certas atividades instrumentais, estando em concordância com o que referiram quando procedemos à avaliação através da Escala de Atividades Instrumentais de Lawton.

Relativamente às técnicas reeducação funcional respiratória, verificámos que as posições de descanso e de relaxamentos foram apreendidas rapidamente por todos os participantes, sendo que a maioria já adotava alguma dessas posições de forma natural, por perceberem que contribuíam para o alívio da sua dispneia.

A dissociação dos tempos respiratórios, em média foi adquirida até à segunda semana após início da intervenção. Quanto à respiração abdominal foi necessário mais tempo, sendo que em média só após 3 a 4 semanas a maioria dos participantes conseguiram, com eficácia, adotar este tipo de respiração, facto compreensível, face ao que caracteriza este tipo de doença, onde a pessoa adota uma respiração superficial, torácica e com recurso aos músculos acessórios, mantendo um volume residual elevado e conseqüente insuflação torácica. Reverter esta situação implica reeducar após a consciencialização da necessidade de prolongar o tempo expiratório de modo a promover uma redução do volume residual e conseqüente diminuição da insuflação permanente do tórax.

Após o controlo dos tempos respiratórios e domínio de respiração basal procedeu-se ao treino de exercícios globais, nomeadamente de exercícios de

postura corporal, exercícios da articulação escapulo umeral e caminhada, entre outros.

Os participantes reconhecem a importância do PRR, visível nas suas narrativas, onde verificamos que ao longo da intervenção foram surgindo muitas referências.

“... tenho feito sempre os exercícios, duas vezes por dia. Agora estou a sentir que estou melhor (pausa) ...” (vc1)

“ Continua tudo bem Eu sei, tenho sempre que ter estes cuidados, eu não me esqueço...” (vc2)

“Estou cada vez melhor, nunca julguei dizer isto... agora estou desejoso de ir à doutora... quero ver o que ela me diz” (vc6)

“Já não passo sem fazer os exercícios e ando muito melhor.” (vc13)

“ ... faço sempre os exercícios, esta ginástica faz bem.... Tenho estado bem” (vc21)

A tosse controlada foi de todos os procedimentos que requereu maior tempo de treino, em todos os participantes. Esta técnica é exigente, pressupõe um controlo dos tempos respiratórios e domínio de uma respiração basal, para que a tosse seja eficaz. Também, é uma técnica que consome altos níveis energéticos, pelo que tem que ser ensinada/treinada de forma gradual e sem produzir aumento de dispneia e cansaço. A dificuldade em tossir eficazmente é reconhecida pelos participantes, mas também, a sua importância.

“ Tosse? Não agora quando tenho já consigo deitar fora... “ (vc5)

“... Pois, temos que aprender a tossir...vamos lá a isso.” (vc7)

“ Tossir é que ainda não consigo fazer muito bem.” (vc11)

“... continuo bem, olhe que aquilo de tossir, faz bem...” (vc13)

Relativamente às técnicas de conservação de energia no que se refere ao autocuidado, as que se revelaram com maior facilidade de apreensão, foram o *Banho* e o *Arranjo Pessoal*, seguido do *Caminhar*. O *Vestir* e o *Subir/Descer Escadas* foram as que necessitaram de mais tempo para que a sua execução fosse eficiente. A técnica a adotar para *Vestir* era facilmente apreendida, mas a sua operacionalização em muitos dos participantes implicou um período de tempo maior, pois os hábitos já adquiridos estavam de tal forma mecanizados que naturalmente a pessoa os seguia, sendo que após 6 semanas a maioria dos participantes já utilizavam as estratégias adequadas.

Subir/Descer Escadas foi uma atividade que requereu mais tempo, essencialmente pelo medo que as pessoas sentiam.

“... subir escadas? Nem penso nisso...” (vc7)

“ ... subir escadas até tenho medo... tenho medo que me falte o ar” (vc13)

Compreenderam a técnica a utilizar com bastante facilidade, até porque os princípios básicos eram semelhantes aos adotadas para caminhar, mas foi necessário sentirem-se confiantes para acreditarem que eram capazes. Desta forma cerca de metade dos participantes aceitaram treinar esta técnica em média no final de 5 a 6 semanas, mas a outra metade só após 8 semanas é que acreditaram que seriam capazes.

“ Esta maneira de respirar para subir escadas é mesmo boa. Já consigo subir bem, devagar, mas sem medo” (vc6)

“ A subir as escadas já custa menos, tenho que ir devagar, mas isto vai...” (vc13)

“ Se eu conseguir subir estas escadas todas, nem que seja devagar, vou ao cabeleireiro... a minha filha diz que eu sou tola, mas eu acredito” (vc15)

“... esta é que foi uma grande surpresa...só depois é que eu percebi porque o meu marido veio descer as escadas connosco ...” (vc15)

Importa realçar que após perceberem o seu potencial para esta atividade, muitas vezes era necessário controlar a vontade que tinham de constantemente subir/descer escadas, para que não atingissem a exaustão.

Relativamente a algumas atividades instrumentais, nomeadamente fazer a *Cama*, *Aspirar*, *Tratar da Roupa*, verificamos que em cerca de 50% dos participantes não se justificava desenvolver procedimentos para poupança de energia, pois não executavam estas ações pelo facto de nunca o terem feito. Importa lembrar que cerca de 50% dos participantes desta amostra são do sexo masculino, não tendo o hábito de execução das mesmas. No que se refere às atividades *Cozinhar* e *Realizar Compras* não era aplicável a cerca de 40%, pelos mesmos motivos referidos.

Quanto ao *Transporte de Objetos*, também, cerca de 50% dos participantes referiram não o realizarem há demasiado tempo e que não sentiam essa necessidade, no entanto, quando lhes foi equacionado o fato de conhecerem os princípios subjacentes a esta atividade, para caso necessitassem de os utilizarem, concordaram que seria útil.

Analisando todas as atividades instrumentais consideradas e em relação aos participantes que necessitam de as executar, verificamos que *Fazer a Cama*, *Cozinhar*, *Tratar da Roupa* e *Fazer Compras*, que engloba também o arrumo

das mesmas, os princípios de conservação de energia foram facilmente incorporados, pois ao final de duas semanas, eram utilizados e apenas foi necessário fazer a supervisão durante o restante período de intervenção.

“Sr.^a Enfermeira, aquela ideia de por a bacia da roupa num banco para a pôr a secar, foi mesmo muito boa ideia. Até a minha filha, disse que assim era muito mais fácil” (vc11)

“Tenho estado bem, até já ajudo o meu marido na cozinha. Estive a descascar batatas...” (vc15)

“Até já ajudo na cozinha, coisas pesadas é que tenho medo de pegar, mas isso é o menos...” (vc25)

O *Transporte de Objetos* teve um tempo de aquisição mais prolongado, tendo sido adquiridos os princípios inerentes à poupança de energia, no final de 5 a 6 semanas. Consideramos que o facto de os participantes ter interiorizado que este procedimento era difícil para eles e até que “era perigoso”, conforme referiram, esteve na base da necessidade de um tempo mais prolongado para a sua aquisição. Verificamos que após afastada esta falsa ideia de perigo, adquiriram facilmente capacidade de controlo de respiração e de adoção de uma postura adequada à execução desta atividade.

O registo da SapO² foi efetuado em todos os participantes antes e após cada sessão. No início da intervenção 6 (20%) participantes mantinham a oxigenoterapia durante as sessões e após 4 semanas só 1 (3,3%) participante mantinha esta terapia durante as sessões.

Relativamente às saturações avaliadas em cada uma das sessões, no início apresentavam valores médios de \bar{M} = 88,17% e δ = 1,48, no final os valores médios de \bar{M} = 93,65 e δ = 1,14. Em todos os participantes se verificou um aumento dos valores de saturação de O² no final de cada sessão, mas também, se verificou ao longo do período de intervenção, nomeadamente a partir do primeiro mês, os participantes iniciavam as sessões com valores superiores aos que detinham anteriormente, o que reflete que os efeitos dos cuidados de reabilitação respiratória, não só melhora a *performance* no momento, mas que a mesma se mantém para além das sessões.

Consideramos que os testemunhos, dos participantes que a seguir se dá exemplos, consubstanciam este facto, pois ao exprimirem necessidades menores de oxigénio, demonstram que os seus níveis energéticos melhoraram o que não é possível com baixos níveis de saturação de O².

“ Estou a ficar melhor e digo-lhe que ainda vou deixar esta coisa (oxigenoterapia). Acredite, até já faço menos horas.” (vc1)

“Eu agora já não faço a noite toda, chego aí às 2 h e desligo e olhe que durmo muito bem” (vc17)

“ Já consigo ir à casa de banho sem o oxigénio ... “ (vc20)

“ Estou melhor da falta de ar. Nem tenho precisado do oxigénio tanto tempo” (vc29)

Os 6 participantes que viram suspensa a OLD, continuaram no programa até completar os seis meses de intervenção e mantiveram valores médios de SapO² digital de 93-94%.

5.3. Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC e OLD

A qualidade de vida da pessoa com DPOC pode ser profundamente afetada se não forem prestados cuidados de enfermagem específicos, que favoreçam a aquisição de meios para contornar e fazer face a essas mesmas dificuldades.

Apresentaremos os resultados e respetiva análise relativamente à qualidade de vida dos participantes do estudo, que avaliamos através do Questionário Hospital Saint George na Doença Respiratória, quer no grupo de experiência (GE) quer no grupo de controlo (GC), relativamente aos dois momentos. Esta análise permite avaliar os ganhos em saúde do PRR.

Procedemos a uma análise policotómico numa fase inicial, para depois analisarmos os resultados apresentados em termos de scores.

Relativamente aos sintomas, como já referido, verificamos que o grupo de experiência apresentava na 1^a avaliação melhor qualidade de vida do que o grupo controle (quadro14). No entanto, após 6 meses, constatamos que no grupo experiência se verificam melhorias na totalidade dos sintomas, enquanto no grupo controlo não se verifica esta evolução.

Importa realçar, que em sintomas como *tosse*, *expetoração* e *dispneia* verifica-se uma melhoria substancial no GE, após a intervenção, confirmado pela própria voz dos participantes:

“Já tenho menos falta de ar... consigo respirar melhor” (vc1)

“ Não tenho tido tosse... ” (vc4)

“... continuo bem, olhe que aquilo de tossir, faz bem...” (vc13)

“ Agora já sei tossir, para quando precisar... obrigado” (vc16)

”Continuo com muita expetoração, mas agora sai bem, por isso não me dá aquela falta de ar... só fico um bocado cansado” (vc21)

“ A falta de ar está melhor...” (vc21)

“ Estes exercícios parecem que me fazem deitar esta porcaria toda para fora.” (vc23)

“ Tenho estado bem, a falta de ar é pouca ...” (vc27)

QUADRO 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE SINTOMAS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

	Grupo Experiência				Grupo Controlo				
	1ª		2ª		1ª		2ª		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Durante os últimos meses tossi									
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	5	16,7	0	0,0	7	23,3	10	33,3	
Vários dias na semana	5	16,7	4	13,3	3	10,0	4	13,3	
Alguns dias no mês	9	30,0	7	23,3	10	33,4	8	26,7	
Só com infeções respiratórias	4	13,3	2	6,7	3	10,0	5	16,7	
Nunca	7	23,3	17	56,7	7	23,3	3	10,0	
Durante os últimos 3 meses tive catarro									
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	5	16,7	0	0,0	7	23,3	8	26,7	
Vários dias na semana	4	13,3	3	10,0	3	10,0	4	13,3	
Alguns dias no mês	6	20,0	4	13,3	6	20,0	7	23,3	
Só com infeções respiratórias	5	16,7	1	3,3	6	20,0	6	20,0	
Nunca	10	33,3	22	73,4	8	26,7	5	16,7	
Durante os últimos 3 meses tive falta de ar									
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	17	56,7	3	10,0	17	56,7	17	56,6	
Vários dias na semana	5	16,7	6	20,0	5	16,7	5	16,7	
Alguns dias no mês	3	10,0	12	40,0	7	23,3	6	20,0	
Só com infeções respiratórias	2	6,6	2	6,7	1	3,3	2	6,7	
Nunca	3	10,0	7	23,3	0	0,0	0	0,0	
Durante os últimos 3 meses tive “Chiada no peito”									
Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	1	3,3	0	0,0	4	13,3	4	13,3	
Vários dias na semana	1	3,3	1	3,3	4	13,3	3	10,0	
Alguns dias no mês	6	20,0	5	16,7	8	26,7	7	23,3	
Só com infeções respiratórias	4	13,4	0	0,0	6	20,0	10	33,4	
Nunca	18	60,0	24	80,0	8	26,7	6	20,0	
Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios									
Mais de 3	5	16,7	0	0,0	6	20,0	6	13,3	
3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	1	10,0	
2	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	23,3	
1	6	20,0	1	3,3	5	16,7	11	33,4	
Nenhuma	17	56,7	29	96,7	17	56,7	10	20,0	
Quanto tempo durou a pior das crises									
1 semana ou mais	1	3,3	0	0,0	7	23,3	7	23,3	
3 ou mais dias	2	6,7	1	3,3	2	6,7	6	20,0	
1 ou 2 dias	10	33,3	0	0,0	2	6,7	2	6,7	
Menos de 1 dia	17	56,7	0	0,0	2	6,7	5	16,7	
Durante os últimos 3 meses, em uma semana considera como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve									
Nenhum dia	6	20,0	0	0,0	12	40,0	13	43,4	
1 ou 2 dias	8	26,7	5	16,7	8	26,7	9	30,0	
3 ou 4 dias	5	16,7	6	20,0	8	26,7	7	23,3	
Quase todos os dias	10	33,3	17	56,6	1	3,3	0	0,0	
Todos os dias	1	3,3	2	6,7	1	3,3	1	3,3	
Se tem “chiado no peito”, ele é pior de manhã									
Não	21	70,0	29	96,7	14	46,7	13	43,3	
Sim	9	30,0	1	3,3	16	53,3	17	56,7	

No GC verifica-se que as pessoas referem, de uma maneira global, um agravamento destes sintomas. Efetivamente, estes sintomas sendo frequentes nas pessoas com DPOC, são bastante debilitantes e interferem fortemente na qualidade de vida das pessoas.

Também, verificamos uma melhoria substancial no que se refere a *crises graves de problemas respiratórios*, sendo de realçar que durante o período de intervenção, não se registaram internamentos, no grupo de intervenção.

“ Cada vez estou melhor, nunca pensei passar um inverno sem ir ao hospital.... Estou deseioso de ir ao médico” (vc1)

“ Parece que isto vai, este frio costuma-me fazer muito mal, mas este ano a coisa parece estar a andar melhor. Eu faço sempre a ginástica de manhã e à noite” (vc2)

O grupo controlo continua a apresentar valores que indicam comparativamente ao GE, menor qualidade de vida, o mesmo acontece relativamente ao tempo que durou a pior das crises.

Quanto à perceção dos participantes no que se refere aos *dias com poucos problemas respiratórios*, os dados apresentam a mesma tendência, com melhorias visíveis no GE e com agravamento no GC.

Salientamos que a *chiada no peito* no GE era um sintoma pouco frequente, mas onde também se verificou um aumento do número de participantes que deixaram de apresentar este sintoma (na categoria nunca), enquanto no GC existe um ligeiro agravamento, nomeadamente na categoria *só com infeções respiratórias*.

No que se refere às atividades, o quadro 15, permite verificar que após a intervenção, o GE revela melhorias significativas na capacidade para a realização de atividades de vida básicas e instrumentais, enquanto o GC agrava a sua incapacidade para a realização destas mesmas atividades.

Verificamos melhoria na capacidade para a realização de todas as atividades básicas de vida, como referem os participantes:

“ Agora já não me custa a andar, vou devagar, mas consigo sair...” (vc2)

“ ... já sei como devo fazer. Até me custa menos a andar” (vc22)

“ ..., já não tenho problemas, nem a fazer a barba... agora não custa” (vc24)

“ Já me visto e dispo sozinha, já não preciso de ajuda.” (vc22)

“... agora já não preciso de ajuda para tomar banho...” (vc7)

QUADRO 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE ATIVIDADES POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

	Grupo Experiência				Grupo Controlo			
	1ª		2ª		1ª		2ª	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividades que normalmente provocam falta de ar nos últimos dias								
Sentado/a ou deitado/a	21	70,0	1	3,3	14	46,7	20	66,7
A tomar banho ou a vestir-se	25	83,3	4	13,3	28	93,3	29	96,7
A caminhar dentro de casa	15	50,0	6	20,0	14	46,7	16	53,3
A caminhar em terreno plano	18	60,0	11	36,7	25	83,3	27	90,0
A subir lance de escadas	28	93,3	18	60,0	30	100,0	30	100,0
A subir uma ladeira	29	96,7	24	80,0	30	100,0	30	100,0
A praticar desporto ou jogos que impliquem esforço	28	93,3	28	93,3	29	96,7	29	96,7
Atividades afetadas pela sua doença respiratória								
Levo muito tempo para me lavar ou vestir	24	80,0	6	20,0	27	90,0	28	93,3
Demoro muito tempo/não consigo tomar banho de chuveiro ou banheira	21	70,0	4	13,3	28	93,3	27	90,0
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho de parar para descansar	30	100,0	19	63,3	30	100,0	30	100,0
Demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho de casa, ou tenho que parar para descansar	30	100,0	26	86,7	30	100,0	30	100,0
Quando subo um lance de escadas, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	30	100,0	25	83,3	30	100,0	30	100,0
Se estou apressado/a ou caminho depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	30	100,0	29	96,7	30	100,0	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas ou dançar	29	96,7	27	90,0	30	100,0	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: carregar grandes pesos, andar muito rápido ou nadar	30	100,0	29	96,7	30	100,0	30	100,0
Tenho dificuldades em atividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido ou praticar desportos muito cansativos	30	100,0	29	96,7	30	100,0	30	100,0

*com exceção da 1ª, 2ª e última questão, os valores apresentados referem-se às respostas "sim"

Salientamos que a *prática de desporto* é a exceção na melhoria verificada na capacidade para realização das diferentes atividades, mas também, importa realçar que o desporto não é, nem era um hábito nestes participantes. Consideramos, ainda, importante relacionar o controlo dos sintomas e as técnicas de conservação de energia, onde as sinergias entre estas técnicas favorecem claramente a qualidade de vida e a recuperação da autonomia.

O GC continua a demonstrar um agravamento na sua qualidade de vida, traduzida pela diminuição da capacidade para a realização destas atividades.

O impacto psicossocial da doença, também, revela alterações significativas no GE, como se pode constatar no quadro 16.

QUADRO 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA ESCALA DE IMPACTOS PSICOSSOCIAIS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

	Grupo Experiência				Grupo Controlo				
	1ª		2ª		1ª		2ª		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A minha doença respiratória									
É o meu maior problema	18	60,0	12	40,0	26	86,7	27	90,0	
Causa muitos problemas	7	23,3	9	30,0	4	13,3	3	10,0	
Causa alguns problemas	5	16,7	9	30,0	0	0,0	0	0,0	
Não me causa problemas nenhum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Se já teve um trabalho pago									
A minha d. respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	18	60,0	22	73,3	26	86,7	25	83,3	
A minha d. respiratória interfere/interferiu com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	11	23,3	6	20,0	4	13,3	5	16,7	
A minha d. respiratória não afeta/afetou o meu trabalho	1	16,7	2	6,7	0	0,0	0	0,0	
Tosse e Falta de ar nos últimos dias									
A minha tosse causa-me dor	7	23,3	0	0,0	5	16,7	4	13,3	
A minha tosse cansa-me	16	53,3	3	10,0	19	63,3	25	83,3	
Tenho falta de ar quando falo	19	63,3	3	10,0	24	80,0	26	86,7	
Tenho falta de ar quando dobro o corpo para a frente	28	93,4	16	53,3	27	90,0	30	100,0	
A minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	16	53,3	7	23,3	22	73,3	26	86,7	
Fico exausto/a com facilidade	25	83,3	22	73,3	28	93,3	30	100,0	
Efeitos da doença respiratória nos últimos dias									
A minha tosse/falta de ar deixam-me envergonhado/a em público	6	20,0	0	0,0	14	46,7	16	53,3	
É inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	10	33,3	8	26,7	12	40,0	14	46,7	
Tenho medo/ pânico quando não consigo respirar	17	56,7	2	6,7	26	86,7	25	83,3	
Sinto que escapa ao meu controlo	22	73,3	8	26,7	27	90,0	29	96,7	
Eu não espero nenhuma melhora da minha d. respiratória	23	76,7	19	63,3	23	76,7	23	76,7	
Debilitou-me fisicamente/ preciso de ajuda de alguém	28	93,3	21	70,0	24	80,0	27	90,0	
Fazer exercício físico é arriscado para mim	30	100,0	26	86,7	29	96,7	30	100,0	
Tudo o que faço parece ser um esforço muito grande	24	80,0	23	76,7	28	93,3	30	100,0	
Medicação									
A minha medicação não me está a ajudar muito	12	40,0	11	36,7	13	43,3	11	36,7	
Fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	3	10,0	2	6,7	4	13,3	4	13,3	
A medicação provoca-me efeitos colaterais desagradáveis	2	6,7	1	6,7	9	30,0	9	30,0	
A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	6	20,0	1	6,7	13	43,3	16	53,3	
Outras Atividades afetadas pela sua doença respiratória									
Praticar desporto ou jogos que implique esforço físico*	9	30,0	3	10,0	4	13,3	4	13,3	
Sair de casa para me divertir	24	80,0	17	56,7	14	46,7	20	66,7	
Sair de casa para fazer compras	24	80,0	14	46,7	18	60,0	25	83,3	
Fazer o trabalho de casa	27	90,0	18	60,0	15	50,0	21	70,0	
Sair da cama ou da cadeira	15	50,0	3	10,0	13	43,3	17	56,7	
Forma como é afetado/a pela sua doença respiratória									
Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	
Impede-me de fazer 1/2 coisas que eu gostaria de fazer	4	13,3	12	40,0	1	3,3	5	16,7	
Impede-me de fazer a maioria das coisas que gostaria de fazer	15	50,0	9	30,0	10	33,4	25	83,3	
Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	10	33,4	8	26,7	19	63,3	0	0,0	

Nota: Com exceção da 1ª, 2ª e última questão deste quadro, os valores apresentados apenas se referem às respostas "sim"

Após a intervenção verificamos que em todos os itens desta escala se verifica uma melhoria da qualidade de vida, traduzindo desta forma a interferência que a doença tinha nesta dimensão e a capacidade que os participantes adquiriram para que o seu afastamento da vida social e os efeitos psicológicos da doença, diminuíssem, como podemos verificar nos extratos que se seguem.

“ Vou-lhe contar uma coisa, até já fui a uma tainada com os meus amigos, já tinha saudades” (vc1)

“ Tenho ido ... ao café, conversar um bocado”(vc2)

“... fui até à biblioteca... a minha esposa ficou toda aflita, mas devagar lá fui” (vc16)

“ Sabe, no sábado fui com o meu filho ao café... julguei que não voltava lá” (vc23)

Salientamos o dado referente ao item *a minha doença respiratória não afeta/afetou o meu trabalho*, em que de 1 participante passou a 2, pelo facto de um dos participantes retomar a sua capacidade para o trabalho, uma vez que tendo sido suspensa a administração de oxigénio, se sentia capaz para trabalhar, embora em trabalhos mais moderados.

Após a intervenção no GE e conforme já referido, procedemos à sua avaliação, nos dois grupos e constatamos que no GE se verificou evolução positiva, enquanto no GC se verifica evolução negativa. No sentido, de verificarmos como se comportavam estas diferenças, procedemos a testes estatísticos, que confirmam estes dados (quadro 17).

QUADRO 17 - DISTRIBUIÇÃO POR SUBESCALAS E VALORES TOTAIS POR GRUPOS E MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

	Grupo Experiência						Grupo Controlo					
	1ª Avaliação			2ª Avaliação			1ª Avaliação			2ª Avaliação		
	N	M	δ	M	δ	p (gl=28)	N	M	δ	M	δ	p (gl=28)
Subescala Sintomas	30	41,39	20,91	17,91	13,18	0,004	30	53,93	23,90	61,30	22,43	0,000
Subescala Atividades	30	87,39	14,25	58,54	18,02	0,017	30	90,03	8,27	91,39	9,40	0,000
Subescala Impacto Psicossocial	30	63,89	14,65	39,47	18,19	0,000	30	67,08	13,49	72,72	10,30	0,003
Valor Total	30	67,28	12,94	41,67	15,91	0,000	30	71,85	10,53	76,48	8,75	0,001

Fazendo uma comparação em cada grupo sobre a variação nos seis meses, verificamos diferenças significativas em ambos os grupos, sendo que o GE apresenta uma evolução favorável, após a intervenção, em todas as dimensões e no seu valor total, com grande relevância para a escala de sintoma, impacto psicossocial e valor total, onde a média se situa abaixo de 50, traduzindo uma melhoria substancial na qualidade de vida. As atividades, também, apresentam diferença significativa, embora se situando ligeiramente acima do score 50. Segundo os autores do questionário, melhorias acima de 4%, são significativas de uma intervenção positiva.

O GC apresenta valores acima de 50, quer na 1ª quer na 2ª avaliação, em todas as dimensões e no seu valor total, com diferenças significativas, mas revelando uma evolução desfavorável, verificando-se um agravamento da qualidade de vida.

5.4. Atividades de Vida

Após o período de intervenção junto do GE procedemos à avaliação no que se refere às atividades de vida quer básicas quer instrumentais à semelhança do que aconteceu no momento prévio ao referido período.

- **Atividades Básicas de Vida**

Ao longo do período de intervenção no GE recorremos a técnicas conducentes à capacitação da pessoa, com o objetivo de manter ou recuperar o melhor nível de funcionalidade e consequentemente se tornar mais autónomo. Relembramos que os participantes do GC não foram beneficiários de nenhuma intervenção.

Procederemos à análise dos resultados obtidos comparando os dois grupos.

Os resultados obtidos no 2º momento de avaliação demonstram, que no GE, existe uma melhoria no grau de independência da maioria das atividades, com exceção das atividades *Alimentação*, *Defecção* e *Micção* que se mantiveram sem alterações, sendo que os participantes eram independentes e não referiam qualquer tipo de dificuldade. No que se refere ao GC verificam-se algumas diferenças, relativamente ao 1º momento de avaliação, nas atividades básicas *Alimentação*, *Higiene Pessoal*, *Micção*, *Mudança Cadeira/Cama*, *Deambulação* e *Escadas*, mas indicadoras de deterioração na capacidade de autonomia, embora mantendo um padrão de funcionalidade nos mesmos níveis de dependência, como podemos verificar no quadro 18.

QUADRO 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DA 1ª E 2ª AVALIAÇÃO POR GRUPOS

		Grupo Experiência				Grupo Controlo			
		1ª Avaliação		2ª Avaliação		1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentação	Independente	29	96,7	29	96,7	28	93,3	25	83,4
	Ajuda	1	3,3	1	3,3	2	6,7	4	13,3
	Dependente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Banho	Independente	22	73,3	24	80,0	12	60,0	12	60,0
	Dependente	8	26,7	6	20,0	18	40,0	18	40,0
Vestir	Independente	21	70,0	23	76,7	12	40,0	12	40,0
	Ajuda	7	23,3	7	23,3	16	53,3	16	53,3
	Dependente	2	6,7	0	0,0	2	6,7	2	6,7
Higiene Pessoal	Independente	26	86,7	30	100	27	90,0	26	86,7
	Dependente	4	13,3	0	0,0	3	10,0	4	13,3
Defecação	Continente	30	100	30	100	29	96,7	29	96,7
	Incontinente Ocasional	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
	Incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Micção	Continente	30	100	30	100	27	90,0	26	86,7
	Incontinente Ocasional	0	0,0	0	0,0	3	10,0	3	10,0
	Incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Casa de Banho	Independente	27	90,0	29	96,7	16	53,4	16	53,4
	Ajuda	3	10,0	1	3,3	13	43,3	13	43,3
	Dependente	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Mudança Cadeira/Cama	Independente	24	80,0	27	90,0	17	56,7	12	40,0
	Mínima Ajuda	5	16,7	3	10,0	9	30,0	13	43,4
	Grande Ajuda	1	3,3	0	0,0	3	10,0	4	13,3
	Dependente	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
Deambulação	Independente	23	76,7	25	83,4	11	36,6	9	30,0
	Ajuda	6	20,0	4	13,3	14	46,7	16	53,3
	Independente em cadeira de rodas	1	3,3	1	3,3	2	6,7	2	6,7
	Dependente	0	0,0	0	0,0	3	10,0	3	10,0
Escadas	Independente	23	76,7	24	80,0	13	43,3	10	33,3
	Ajuda	4	13,3	4	13,3	12	40,0	15	50,0
	Dependente	3	10,0	2	6,7	5	16,7	5	16,7

Verificamos que no GE a atividade *Banho* apresenta agora mais dois participantes independentes; *Vestir* é também, uma atividade onde se verifica um maior número de participantes independentes, não se verificando a existência de nenhum participante dependente. Em relação à *Higiene Pessoal* verifica-se que a totalidade (100%) dos participantes é agora independente, quanto ao *Uso da Casa de Banho*, também, se verifica uma melhoria, pois 29 (96,7%) são independentes.

No que se refere à *Mudança Cadeira/Cama e vice - versa* verifica-se um acréscimo de 3 participantes no grupo de independentes e a não existência de nenhum a necessitar de grande ajuda, quanto à *Deambulação* mantêm-se a existência de 1 (3,3%) participante independente em cadeira de rodas. Quanto

ao *Subir/Descer Escadas* verifica-se que 24 são independentes e 2 participantes dependentes para esta atividade.

O GC como já foi referido mantém o mesmo nível global de independência, mas podemos constatar que a nível de *Alimentação* o número de participantes independentes diminui, bem como nas atividades *Higiene Pessoal*, *Micção*, *Mudança Cadeira/Cama*, *Deambulação* e *Subir/Descer Escadas*.

Comparando os dados obtidos na 1ª e 2ª avaliação nos dois grupos e no que se refere ao seu valor total, verificamos que no GE (gráfico 2), que o grau de independência nos dois momentos, se situa a nível do Grau I – Independente e Grau II – Pouco Dependente, sendo que na 1ª avaliação 20 (66,7%) dos participantes se situavam no Grau I e na 2ª avaliação este número sobe para 23 (76,7%). No Grau II verifica-se a existência de 10 (33,3%) participantes na 1ª avaliação e este número diminui para 7 (23,3%) na 2ª avaliação, revelando uma melhoria da funcionalidade do grupo.

O GC (gráfico n 3) no 1º e 2º momento de avaliação, no que se refere ao valor total, apresenta respetivamente no Grau I – Independente 11 (36,7%) e 10 (33,3%) participantes, no Grau II – Pouco dependente 17 (56,6%) e 18 (60,0%) e no Grau III- Muito Dependente 2 (6,7%), nos dois momentos de avaliação.

GRÁFICO 2 – COMPARAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA NO GRUPO EXPERIÊNCIA

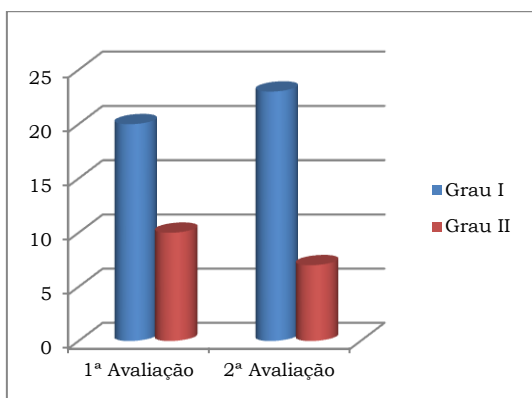
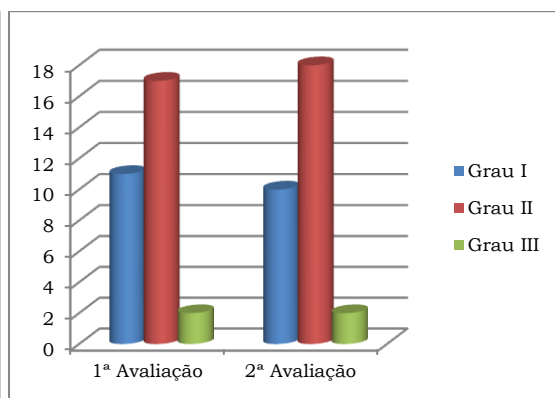


GRÁFICO 3 – COMPARAÇÃO DO GRAU DE INDEPENDÊNCIA NO GRUPO CONTROLO



Ao analisarmos os valores médios totais no GE verificamos que na 1ª avaliação, no que se refere ao grau de independência, foi de $\underline{M} = 95,67$ e $\delta = 14,78$ e na 2ª avaliação foi de $\underline{M} = 99,83$ e $\delta = 10,21$. Estes dados demonstram que este grupo de participantes após a intervenção se tornou mais autónomo, confirmam novamente a evolução positiva face à funcionalidade verificada

neste grupo de participantes, após a intervenção, consubstanciado pelo testemunho dos participantes.

“ Agora já não me custa a andar, vou devagar, mas consigo sair...” (vc2)

“ tenho estado bem... sim, vamos até à porta...” (vc22)

“ ontem estava o tempo tão bom, que fui dar um passeio pelo meu quintal... fui ver como estava” (vc22)

“ Já consigo andar mais tempo, nem preciso de chamar tantas vezes pela mulher... já vou buscar o que preciso” (vc24)

“... tenho andado a passear, cada dia que passa vou mais um bocado ...” (vc26)

“ ... vamos lá acima, já consigo mostrar o resto da casa. Desde que aprendi a subir as escadas... sabe, já me sinto outra. O meu marido nem queria acreditar...” (vc3)

“ Esta maneira de respirar para subir escadas é mesmo boa. Já consigo subir bem, devagar, mas sem medo” (vc6)

“ ..., já não tenho problemas, nem a fazer a barba... agora não custa” (vc24)

“ Tomar banho já não custa, até fico mais tempo, gosto muito de estar debaixo do chuveiro” (vc6)

“ Já me visto e dispo sozinha, já não preciso de ajuda.” (vc22)

Relativamente aos valores médios totais de independência no GC, verificamos que na 1ª avaliação é de $\underline{M} = 93,33$ e $\delta = 22,29$ e na 2ª avaliação de $\underline{M} = 80,00$ e $\delta = 23,99$, demonstrando a perda de autonomia em termos globais, destes participantes do estudo.

Após termos analisados os dados obtidos, determinamos os valores médios totais e verificamos que no GE o valor médio é de $\underline{M} = 95,67$ e no GC de $\underline{M} = 83,33$, na 1ª de avaliação. Verificaram-se, ainda, diferenças significativas entre estes dois grupos, apresentando valores $t(58) = 2,703$; $p = 0,009$.

Na 2ª avaliação o grupo de experiência apresentava uma $\underline{M} = 99,83$ e o grupo de controlo $\underline{M} = 80,00$, mantendo diferenças significativa ($t(58) = 4,420$; $p = 0,001$), revelando que embora o GE tenha partido com um nível de autonomia superior ao GC, melhorou após a intervenção, enquanto o grupo de controlo piorou a sua autonomia.

QUADRO 19 - VALORES MÉDIOS TOTAIS POR GRAU DE INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES BÁSICAS E POR GRUPOS

	N	M	δ	t	p
Grupo Experiência					
IB1 - Valor Total	30	95,67	14,78	2,658	0,013
IB2 - Valor Total	30	99,83	10,21		
Grupo Controlo					
IB1 - Valor Total	30	83,33	22,29	2,552	0,016
IB2 - Valor Total	30	80,00	23,99		

Ao procedermos à análise de variação intragrupo (quadro 19), entre a 1ª e a 2ª avaliação, verificamos que os resultados apresentam diferenças significativas, sendo que o GE apresenta os seguintes valores $t(59)=2,658$; $p=0,013$ e o GC $t(59)=2,552$; $p=0,016$, o que confirma a evolução positiva no GE, e uma maior dependência no grupo de controlo.

▪ Atividades Instrumentais de Vida Diária

Após o período de intervenção junto do GE procedemos à avaliação das atividades de vida instrumentais, nos dois grupos, à semelhança do que aconteceu para as atividades básicas de vida.

Embora as diferenças encontradas não se enquadrem em todas as atividades instrumentais, importa lembrar que este grupo é integrado por 50% de participantes do sexo masculino que referem não executar certas tarefas, mas que isso já acontecia antes de ter a doença.

O quadro 20 permite-nos verificar a existência de algumas diferenças na capacidade de realização das atividades instrumentais em apreciação, nos dois grupos relativamente a cada momento de avaliação.

QUADRO 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA NA 1ª E 2ª AVALIAÇÃO POR GRUPOS

	Grupo Experiência				Grupo Controlo			
	1ª Avaliação		2ª Avaliação		1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidade para Usar o Telefone								
Usa telefone por iniciativa própria	28	93,3	28	93,3	26	86,6	26	86,7
É capaz de anotar bem alguns números familiares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
É capaz de atender uma chamada, mas não anotar	2	6,7	2	6,7	2	6,7	3	10,0
Não utiliza o telefone	0	0,0	0	0,0	2	6,7	1	3,3
Compras								
Realiza todas as compras necessárias independentemente	9	30,0	11	36,7	5	16,7	2	6,7
Realiza independentemente pequenas compras	5	16,7	4	13,3	7	23,3	9	30,0
Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra	7	23,3	11	36,7	10	33,3	11	36,7
Totalmente incapaz de fazer compras	9	30,0	4	13,3	8	26,7	8	26,6
Preparação das refeições								
Organiza, prepara e serve, por si só, adequadamente	18	60,0	18	60,0	9	30,0	9	30,0
Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes	4	13,3	4	13,3	3	10,0	3	10,0
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	8	26,7	8	26,7	18	60,0	18	60,0
Tarefas Domésticas								
Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional	8	26,7	9	30,0	1	3,3	1	3,3
Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas	3	10,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado	4	13,3	4	13,3	1	3,3	0	0,0
Necessita de ajuda nas tarefas domésticas	9	30,0	9	30,0	8	26,7	9	30,0
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	6	20,0	6	20,0	20	66,7	20	66,7
Lavagem da Roupa								
Lava toda a sua roupa	5	16,7	5	16,7	1	3,3	1	3,3
Lava apenas pequenas peças	6	20,0	6	20,0	8	26,7	8	26,7
A lavagem de toda a roupa está a cargo de outra pessoa	19	63,3	19	63,3	21	70,0	21	70,0
Uso de Meio de Transporte								
Viaja sozinho em transporte público ou em carro próprio	8	26,7	8	26,7	8	26,7	6	20,0
É capaz de pegar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	4	13,3	4	13,3	1	3,3	1	3,3
Viaja em transporte público, quando acompanhado	4	13,3	4	13,3	2	6,7	2	6,7
Utiliza táxi ou automóvel somente com ajuda de outros	9	30,0	11	36,7	12	40,0	14	46,7
Não viaja de jeito nenhum	5	16,7	3	10,0	7	23,3	7	23,3
Responsabilidade em Relação à sua Medicação								
É capaz de tomar a medicação na hora e doses corretas	25	83,3	25	83,3	24	80,0	22	73,3
Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente	5	16,7	5	16,7	4	13,3	6	20,0
Não é capaz de tomar a medicação	0	0,0	0	0,0	2	6,7	2	6,7
Gestão dos seus Assuntos Económicos								
Toma a seu cargo os seus assuntos económicos	22	73,4	23	76,6	15	50,0	10	33,3
Realiza as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes	4	13,3	5	16,7	11	36,7	15	50,0
Incapaz de lidar com o dinheiro	4	13,3	2	6,7	4	13,3	5	16,7

Podemos constatar que no que se refere ao GE, nas atividades *Compras*, *Tarefas Domésticas*, *Uso de Meio de Transportes* e *Gestão de Assuntos Económicos*, existe uma evolução positiva após a intervenção.

“ Já não me canso a cozinhar, descasco as batatas sentada, junto tudo na banca e não me canso tanto.” (vc3)

“Fui à loja às compras e até fiquei um bocado na conversa. Ficaram admirados, disseram que eu estava melhor” (vc9)

“A fazer as camas, lá me ponho de joelhos e faço tudo do mesmo lado, mas às vezes esqueço-me e já noto a diferença...” (vc9)

“Sr.^a Enfermeira, aquela ideia de por a bacia da roupa num banco para a pôr a secar, foi mesmo muito boa ideia. Até a minha filha, disse que assim era muito mais fácil” (vc11).

No GC, constamos que na maioria das atividades instrumentais se verifica uma evolução negativa, revelando perda de capacidade e de independência. As atividades *Capacidade para Usar o Telefone*, *Preparação de Refeições* e *Lavagem da Roupa* mantêm-se sem qualquer alteração, sendo que nas restantes se verifica um agravamento da capacidade para a sua realização, significando aumento de dependência e perda de qualidade de vida.

Ao comparar os valores médios (quadro 21) desta escala nos dois grupos, na 1^a avaliação não existem diferenças significativas ($t(58)=1,713$; $p=0,092$), entre o GE e o GC. Mas tendo por base os dados após a intervenção, 2^a avaliação, apresentam diferenças significativas ($t(58)=2,307$; $p=0,025$).

Após a intervenção no GE, verificamos que existe uma melhoria na maioria das atividades, enquanto no GC na maioria das atividades existe um ligeiro agravamento.

QUADRO 21. DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DAS ATIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS NA 1^a E 2^a AVALIAÇÃO POR GRUPOS

	Grupo Experiência					Grupo Controlo				
	1 ^a Avaliação			2 ^a Avaliação		1 ^a Avaliação			2 ^a Avaliação	
	N	M	δ	M	δ	N	M	δ	M	δ
Capacidade para Usar o Telefone	30	0,93	0,25	1,00	0,00	30	0,90	0,30	0,97	0,18
Compras	30	0,30	0,46	0,33	0,47	30	0,17	0,37	0,07	0,25
Preparação das refeições	30	0,60	0,49	0,63	0,49	30	0,30	0,46	0,33	0,47
Tarefas Domésticas	30	0,63	0,49	0,63	0,49	30	0,33	0,47	0,33	0,47
Lavagem da Roupa	30	0,40	0,49	0,37	0,49	30	0,30	0,46	0,33	0,47
Uso de Meio de Transporte	30	0,53	0,50	0,50	0,50	30	0,37	0,49	0,30	0,46
Responsabilidade em Relação à sua Medicação	30	0,83	0,37	0,83	0,37	30	0,77	0,43	0,73	0,45
Gestão dos seus Assuntos Económicos	30	0,87	0,34	0,93	0,25	30	0,87	0,34	0,87	0,34

No entanto quando comparamos os valores médios totais, verificamos que foram encontradas diferenças significativas nos dois grupos, sendo que no GE se constatou que após a intervenção existe maior capacidade para o desempenho das atividades, conforme se pode analisar no quadro 22.

QUADRO 22 - VALORES MÉDIOS TOTAIS POR GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS E POR GRUPOS

	N	M	δ	t	p
Grupo Experiência					
Lawton antes - Valor Total	30	5,00	2,28	0,941	0,013
Lawton após - Valor Total	30	5,13	2,07		
Grupo Controlo					
Lawton antes - Valor Total	30	4,03	1,99	0,828	0,016
Lawton após Valor Total	30	3,93	2,03		

O GE apresenta um valor médio ligeiramente mais alto, com menor valor de desvio padrão, enquanto o GC apresenta valores no sentido inverso, que o aproximam mais dos valores de maior dependência.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo revelam a importância da RR na maximização da qualidade de vida da pessoa com DPOC e na promoção da sua autonomia na realização das atividades de vida, sendo esta reconhecida como uma medida terapêutica obrigatória neste tipo de doentes, tendo como objetivo principal restaurar ou devolver o maior nível possível de independência funcional, pois contribuí para "... a redução dos sintomas, a redução da perda funcional causada pela doença pulmonar e otimização das atividades físicas e sociais, traduzidas em melhoras da qualidade de vida, proporcionando ao paciente a maximização e manutenção da independência funcional" (Rodrigues, Viegas & Lima, 2002).

Recorremos a 2 grupos de participantes, sendo um grupo sujeito a intervenção na área da RR (GE), conforme já referido e a um grupo controlo (GC) que não foi sujeito a qualquer intervenção nesta área. Assim, procedemos à intervenção, no domicílio de cada um dos participantes do GE por um período de 6 meses, sendo que estes programas podem ser desenvolvidos em diferentes contextos (internamento, ambulatório ou domiciliário), optamos pelo contexto ambiental do doente, por considerarmos que este favorece o controlo da pessoa sobre o meio, permitindo desta forma uma maior adequação do programa às suas reais necessidades. Também, Stanhope (1999) considera que os cuidados domiciliários são vantajosos para a pessoa, pois permitem que este controle o meio, proporcionando menor tensão e facilita a individualização dos serviços.

A dispneia foi o sintoma mais referido, no 1º momento de avaliação, pelos participantes do estudo (56,7%) nos dois grupos e também muito evidenciado nas narrativas, pelo impacto negativo na sua qualidade de vida. A capacidade adquirida no controlo deste sintoma foi fortemente influenciador no descondicionamento da inatividade física dos participantes do GE, permitindo vencer a ansiedade e o medo durante a realização de atividades potenciadoras de desencadear dispneia. Em relação aos outros sintomas que caracterizam esta doença (fadiga, tosse e expetoração), também constatamos que no GE após a intervenção a evolução foi no sentido da diminuição da intensidade e

frequência destes sintomas, sendo que no GC se verificou uma estabilização ou um agravamento destes sintomas.

Podemos então concluir que após o PRR os participantes do GE, demonstraram fortes contributos na melhoria e controlo dos sintomas. O GC, que não beneficiou de qualquer PRR, apresentou no mesmo período de tempo uma evolução negativa. Estes valores são coerentes com os encontrados nos estudos realizados por Goldstein e Lacasse (1998), Rodrigues, Viegas e Lima (2002) confirmando-se que a RR promove a dessensibilização à dispneia, o que se traduz em maior autonomia na realização das atividades de vida, pois melhora a independência funcional (ATS, 2001; Pryor e Webber, 2002) e consequentemente a qualidade de vida.

A diminuição das crises e consequente recurso aos serviços de saúde é referido pela DGS (2009) como uma das evidências científicas disponíveis sobre os benefícios da RR. Também este estudo coloca em evidência este benefício pela diminuição significativa quer do número de crises quer do recurso aos serviços de saúde em contraste com o GC onde se verificou o oposto. Estes factos traduzem-se em ganhos em saúde e em diminuição de custos, com consequente, melhoria da qualidade de vida dos participantes beneficiários do PRR.

Ao constatarmos a dessensibilização aos sintomas que afetam diretamente a realização das atividades de vida, verificamos uma evolução positiva na capacidade para a realização das mesmas, com especial relevância em todas as atividades básicas e na maioria das atividades instrumentais, com exceção em atividade como carregar pesos, trabalho manual pesado e prática de desportos, em contraste com o GC que manteve a sua dificuldade na realização de todas as atividades quer básicas quer instrumentais. Importa realçar que os participantes deste estudo, relativamente a estas atividades referiram que já não faziam parte da sua prática habitual há muito tempo e que relativamente à prática de desporto nunca foi um hábito, mesmo no período que antecedeu à sua doença, estes resultados são concordantes com os obtidos nos estudos realizados por Camelier *et al.* (2006) e Zanchet, Viegas e Lima (2005).

A capacidade para a realização das atividades de vida diária está diretamente relacionada com a tolerância à atividade fortemente comprometida na pessoa

com DPOC, podendo ser ainda mais limitada pela necessidade em OLD, pois este tipo de tratamento remete a pessoa para uma maior imobilidade.

A relação entre os sintomas da DPOC, em especial a dispneia, e a diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diária, profissionais, familiares e sociais é reconhecida, como referem Velloso e Jardim (2006), produzindo uma diminuição significativa na qualidade de vida.

A dessensibilização à dispneia dá um forte contributo para a melhoria desta situação, facto que já foi referido neste estudo, mas associado a esta medida importa dotar as pessoas com recursos que lhes permita reduzir os gastos energéticos na realização das mesmas, com conseqüente diminuição do cansaço e aumento da autonomia. Os mesmos autores referem que a utilização das técnicas de conservação de energia nos programas de reabilitação pulmonar tem como finalidade ajudar a diminuir o quadro característico desta doença. Estas técnicas dão um forte contributo para a diminuição da sensação de dispneia na realização das diversas atividades e conseqüente aumento da funcionalidade.

Este foi, também, um recurso utilizado por nós e as técnicas de conservação de energia fizeram parte integrante do PRR, de acordo com as necessidades de cada um dos participantes e verificamos uma evolução positiva na capacidade funcional para a realização de todas as atividades de vida quer básicas quer instrumentais no GE. No entanto, consideramos importante realçar a maior autonomia nas atividades deambulação e subir/descer escadas, pela sua relação direta com as outras dimensões que contribuem para o bem-estar da pessoa, nomeadamente nas suas relações familiares e sociais e porque a “sensação de dispneia é expressivamente mais intensa nos pacientes com DPOC do que em indivíduos normais, principalmente para as atividades que exigem maior esforço, tais como caminhar, caminhar carregando pesos e subir lanços de escadas” (Velloso & Jardim, 2006,p. 582). O GC continua a revelar tendência para aumentar a sua dependência em relação a todas as atividades.

O treino das técnicas de conservação de energia tem como grande objetivo a mudança na prática da realização das diferentes atividades de vida e os mesmos autores referem que a sua prática clínica mostra uma grande dificuldade por parte dos doentes para a mudança dos hábitos adquiridos, mas a nossa prática e os dados deste estudo revelam que estes hábitos foram

adquiridos e incorporados no dia-a-dia da pessoa, embora o recurso às técnicas de conservação de energia no vestir e no subir/descer escadas foram as que necessitaram de mais tempo para ser interiorizada e utilizada de forma natural na realização destas atividades. Por outro lado as que foram apreendidas com maior facilidade reportam-se às atividades banho e arranjo pessoal seguida do caminhar. Este facto dá uma contribuição quanto à duração do programa, deixando antever um período variável, de acordo com as aquisições de cada pessoa, mas sempre um pouco estendido no tempo para proporcionar aquisições mais diferenciadas.

Consideramos que a integração de um programa de técnicas de conservação de energia no PRR dos participantes foi uma mais-valia, pois deu fortes contributos para o bem-estar físico, social e psicológico destas pessoas, tornando-as mais autónomas, com consequência na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, muito enfatizado pelos próprios participantes nas suas narrativas. Efetivamente já em 1993 as Guidelines for Pulmonary Rehabilitation publicadas pela American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, como referem Velloso e Jardim (2006) e com expressão mundial, indicavam a necessidade de ensinar técnicas de conservação de energia durante os programas de reabilitação e atualmente a utilização destas técnicas é preconizada em todos os programas, segundo os mesmos autores. No entanto, a nossa prática mostra que no nosso país e no processo de cuidar destas pessoas, estas técnicas ainda não são parte integrante dos PRR quer nos internamentos e ambulatórios quer no domicílio.

É de referir que os Enfermeiros de Reabilitação normalmente exerciam a sua profissão em contextos hospitalares, sendo que a nível da zona norte apenas existia um departamento de cuidados de enfermagem de reabilitação de ambulatório e no contexto domiciliário eram raros. Atualmente já existem mais departamentos de ambulatório e verifica-se um aumento substancial de enfermeiros de reabilitação nos cuidados na comunidade, pelo que importa implementar PRR com inclusão de técnicas de conservação de energia pois são reconhecidas como um recurso muito importante na melhoria da qualidade de vida, pois melhora a funcionalidade e a autonomia.

Os aspetos psicossociais são também fortemente influenciados por esta doença, embora sejam habitualmente negligenciados e por conseguinte pouco

reconhecidos, envolvendo alteração dos papéis sociais, dos relacionamentos e da auto-percepção, como referem Kelly e Lynes (2008).

Efetivamente, ao estudarmos o impacto psicossocial da doença nos participantes neste estudo, verificámos que os scores encontrados no GE e no GC, na fase inicial, colocam estas pessoas em níveis de grande impacto da doença nesta dimensão e que estes dados comparados com os obtidos em outros estudos (Bonilla *et al.*, 2007, Camelier *et al.*, 2006, Sousa, Jardim & Jones, 2000), mostram que a população em estudo apresenta pior qualidade de vida sendo estes dados reconfirmados pelas narrativas dos participantes, como já referido. Kelly e Lynes (2008) referem que as pessoas com DPCO experimentam um estigma associado ao tipo de doença e sentimentos de frustração, inutilidade e medo.

Os mesmos autores referem que a ATS/ERS (2006) atribui à RR um papel importante na qualidade de vida relacionada com a saúde, pois aumenta a autoeficácia, diminui a morbilidade psicossocial e tem impacto positivo na autoestima.

Relativamente aos participantes deste estudo verificamos, de forma bem evidente, que a RR teve um impacto positivo a nível psicossocial, pois o GE durante e após a intervenção manifestou sentimentos positivos de alegria, de autoconfiança, de capacidade de gestão da sua doença, de capacidade de controlo de sintomas, conforme se pode constatar nas narrativas. Mas, também através da escala de impactos psicossociais verificamos que no GE se verificou uma evolução positiva, com valores altamente significativos, enquanto no GC a evolução é desfavorável, também, com valores altamente significativos.

Em síntese, pelos dados obtidos neste estudo, verificamos que após a intervenção os participantes do GE apresentaram uma evolução favorável com resultados altamente significativos em todas as dimensões – Sintomas, Atividades e Impacto Psicossocial e no seu Valor Total, que revelam melhoria significativa na sua qualidade de vida, que se situam em percentagens superiores a 25, relativamente aos seus valores médios, enquanto no GC a evolução foi desfavorável em todas as dimensões e no seu valor total, pelo que consideramos que a RR deu forte contributo para a melhoria da qualidade de vida dos participantes do GE, pois segundo Sousa, Jardim e Jones (2000,

p.121) “Alterações iguais ou maiores que 4% após a intervenção, em qualquer domínio ou na soma total dos pontos indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes.”

Estes resultados são ainda confirmados pelas narrativas dos participantes pelas suas constantes referências que vão de encontro aos dados medidos pelos instrumentos utilizados.

Enfatizamos de novo que para além destes dados e concordante com os mesmos, seis (6) participantes viram suspensa a sua prescrição de OLD e foi-lhes indicado que mantivessem o PRR, sendo que até este momento nunca tinham sido referenciados para este tipo de cuidados. A realidade é que embora a DGS e a OMS considerem que a RR é uma medida não farmacológica de primordial importância, no tratamento destas pessoas, constatamos, no entanto, que neste distrito, este é um recurso que ainda não está integrado na prática dos profissionais de saúde, facto confirmado pelo número de doente com DPOC que encontramos sem qualquer indicação para este tipo de tratamento e que inclusive os participantes referiram desconhecer este recurso. Em contrapartida a prescrição de OLD é largamente utilizada, mas segundo diferentes estudos, esta só por si não melhora a qualidade de vida, embora tenha efeitos positivos sobre a sobrevida destas pessoas (DGS, 2006).

A dessensibilização aos sintomas, é sem dúvida muito importante, para melhorar a capacidade para as atividades de vida, que vai influenciar de forma positiva a capacidade funcional das pessoas, melhorando todas as dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente, a autonomia, a autoestima, a autoeficácia, a expressão de emoções positivas face à vida e à doença, pois compreendem que podem gerir a sua situação, que podem manter o seu papel na família, na sociedade e até na profissão, tal como um dos participantes que retomou a sua atividade profissional, embora com serviços moderados.

Verificamos que o GE melhorou a sua qualidade de vida, a sua autonomia, recuperando independência para o autocuidado, mas, também constatamos que a maximização da autonomia com fortes repercussões na qualidade de vida, foi evidenciada a nível de sintomas, a nível funcional e a nível psicossocial, enquanto o GC evidenciou uma evolução negativa na

dependência nas atividades de vida diária, assim, consideramos a RR uma estratégia de tratamento de primordial importância para a preservação/recuperação da autonomia, em concordância com Atalaia H, 2007; Gardenghi, Santos, Galano e Giachini, 2009; Godoy e Godoy, 2002; Kunikoshita, Silva, Costa e Jamami, 2006; Neto e Amaral, 2003; Projeto Gold, 2004; Rodrigues, Viegas e Lima, 2002 e Simão e Almeida, 2009, conforme comprovam os resultados obtidos, nos estudos que efetuaram.

Face aos resultados encontrados neste estudo e ao impacto positivo na recuperação/manutenção da autonomia, consideramos importante que a RR seja integrada precocemente, no tratamento das pessoas com DPOC e OLD.

**CAPITULO 5 - MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
RESPIRATÓRIOS**

A *Identificação do Adquirido* configura-se como o último ciclo deste percurso investigativo onde a investigação e a ação caminharam em interligação constante, no sentido de se identificar um problema real e se encontrarem formas de resolução, onde todos os intervenientes foram fulcrais para se progredir ao encontro de um modelo de cuidados, que seja exequível e eficaz em contexto domiciliário e que será apresentado sobre a forma de manual de boas práticas. O objetivo deste ciclo é:

- Construir um “Manual de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Respiratórios para a pessoa com DPOC no domicílio”

Este manual que iremos propor, baseado nos resultados encontrados, mas também, no suporte científico que esteve na base deste estudo, tem como objetivo contribuir para a maximização da autonomia e conseqüente qualidade de vida das pessoas com alterações respiratórias e como finalidade constituir-se como um guia prático e de fácil consulta sobre princípios e técnicas básicas de enfermagem de reabilitação respiratória e é dirigido a todos os colegas que exercem enfermagem em contexto domiciliário.

Este manual é composto por 4 capítulos. Iniciaremos com uma introdução e depois abordaremos os princípios orientadores da reeducação funcional respiratória e o programa de intervenção em contexto domiciliário e terminaremos com uma conclusão.

1. INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crónicas constituem-se como um grave problema de saúde pública a nível mundial e Portugal acompanha esta tendência, visível através de dados da Fundação Nacional do Pulmão (2011), que refere através do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR), que as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no nosso país e que têm tendência a aumentar a sua prevalência. A mesma fonte refere, ainda, que em 2009 foram responsáveis por elevado número de internamentos, verificando-se um aumento de 9,8% em relação ao ano anterior e que a doença respiratória crónica atinge 40% da população portuguesa, sendo que a DPOC contribui com 14,2%, no entanto, a mortalidade por esta doença diminuiu cerca de 8,8% nos últimos 10 anos, embora em 2008 se tenham registado 2608 mortes.

O Relatório do ONDR (2011) refere, também, que é prioritário que as doenças respiratórias se constituam como uma preocupação dos sistemas de saúde.

A American Thoracic Society (ATS) define a DPOC como

uma doença prevenível e tratável caracterizada por limitação do débito aéreo que não é plenamente reversível. Esta limitação do débito aéreo é em regra progressiva e está associada com uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas e gases nocivos, primariamente causada pelo fumo do tabaco. Embora a DPOC afete os pulmões, também produz consequências sistémicas significativas” (ATS, 2004, p.932).

A pessoa com DPOC confronta-se com uma série de alterações, que interferem com a sua funcionalidade e autonomia, que acarretam sofrimento, alterando significativamente a sua qualidade de vida, essencialmente pelo comprometimento na sua capacidade para a realização de tarefas, mesmo que simples, conduzindo à dependência.

Assim, o(a) enfermeiro(a) deve intervir nesta área, através de cuidados de enfermagem, no sentido de aumentar a capacidade funcional e maximizar as potencialidades existentes, através da recuperação da força muscular, da resistência ao esforço, mas também, de capacitar a pessoa com recursos que lhe permitam fazer face a esta situação.

Esta intervenção deve ser multidimensional e deve ir desde a educação para a saúde, nomeadamente em aspetos relacionados com a alimentação, estratégias de cessação tabágica e exercício físico, até à reeducação funcional respiratória, que é reconhecida como uma medida de extrema importância quer para a prevenção quer para a promoção da saúde, pois a DGS (2009) refere que a reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção global baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, com redução das suas atividades de vida diária. A RR deve ser integrada no tratamento individualizado do doente, no sentido de reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade e a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações da doença.

Vários estudos, nomeadamente os de Pryor e Webber (2002) e kunikoshita, Silva, Silva, Costa e Jamani (2006) demonstram a importância da RR na qualidade de vida das pessoas com DPOC, com forte impacto no controlo dos sintomas, nomeadamente na dispneia, na ansiedade e depressão, na melhoria à tolerância ao exercício, bem como, na habilidade para a realização das AVD's, com conseqüente melhoria da sua autonomia.

Realçamos, ainda, e porque a maioria das pessoas com DPOC, que encontramos no domicílio, são idosos que é importante ter presente que estas pessoas face à fase de vida em que se encontra, apresentam uma série de fatores que condicionam negativamente esta doença, nomeadamente, alterações da constituição e forma do tórax, redução da densidade óssea, perda de força muscular, com ênfase nos músculos respiratórios. Mas, verifica-se ainda perda de elasticidade das vias aéreas e menor capacidade de distensão da caixa torácica como referem Carvalho e Filho *et al* (2002) e Mazo (2004).

O reflexo da tosse, também, se encontra diminuído, pelo que a dificuldade em eliminar partículas está aumentada, o que aumenta o risco de uma limpeza das vias áereas ineficaz.

Todo este processo de senescência associado ao diagnóstico de DPOC, coloca a pessoa idosa em maior risco de exacerbação da patologia o que conseqüentemente conduz a uma maior perda de qualidade de vida.

O(A) enfermeiro(a) que cuida no domicílio, que conhece a pessoa, a família e todo o contexto envolvente, tem uma condição especial para cuidar com qualidade as pessoas com DPOC, através de algumas técnicas básicas na área da reabilitação respiratória, que promovem autonomia e melhoram a qualidade de vida, destas pessoas, tal como documentado por diversos estudos e também pelos dados deste estudo, que foi realizado em contexto domiciliário.

Porque acreditamos que os cuidados domiciliários à pessoa com DPOC é uma mais-valia no processo de independência, autonomia e na qualidade de vida destas pessoas e famílias, bem como diminuiu os gastos com os cuidados de saúde, através de redução do recurso aos serviços de urgência, aos internamentos e também menor consumo de terapêutica, propomos um programa a ser aplicado no domicílio, mas que deve ser considerado como um programa base, que só pode ser utilizado, após uma avaliação do real problema de cada um e que tem obrigatoriamente de ser adaptado à condição de cada pessoa, no respeito pela sua individualidade.

Neste sentido, nesta proposta de manual faremos referência a algumas técnicas básicas de reabilitação respiratória, que permitem uma abordagem em contexto domiciliário, que deverão ser sempre adaptadas à situação de unicidade de cada uma das pessoas e ao seu contexto habitual.

2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

A reeducação funcional respiratória (RFR) é uma terapêutica baseada no movimento que atua a nível dos fenômenos mecânicos da respiração, i.e., na ventilação externa para assim melhorar a ventilação alveolar (Heitor, 1988), com recurso a exercícios respiratórios.

Estes exercícios são aplicados através de técnicas manuais, posturais e cinéticas a nível dos componentes toraco-abdominais, podendo ser utilizados de forma isolada ou em associação com outras técnicas.

A RFR tem os seguintes objetivos de acordo com Costa (1999): mobilizar e eliminar secreções brônquicas; melhorar a ventilação pulmonar; promover a reexpansão pulmonar; melhorar as trocas gasosas; diminuir o consumo de oxigénio; aumentar a força muscular e a mobilidade torácica e a *endurance*. Para Costa e Coimbra (1997), Heitor (1988) e Testas e Testas (2008) os objetivos da RFR são: prevenir e corrigir alterações musculo-esqueléticas; reduzir tensão psíquica e muscular; assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, melhorar a *performance* dos músculos respiratórios e reeducar para o esforço. Consideramos que a RFR tem como objetivos todos os referidos anteriormente, numa conjugação entre os diferentes autores.

Atingir estes objetivos tem que ser a finalidade da parceria que é necessária estabelecer entre o doente e o(a) enfermeiro(a), pois desta forma estão a contribuir para a promoção da independência funcional e prevenção de complicações respiratória, com conseqüente impacto positivo na recuperação da pessoa, na sua autonomia, na maximização da sua qualidade de vida.

A RFR tem uma ampla aplicação em diferentes patologias, não é exclusiva da DPOC, embora a abordagem que está a ser efetuada se situa no contexto desta patologia, mas é importante ter em consideração que existem contra-indicações e limitações, que é importante ter sempre presente, em situações tais como: hemoptises e hemorragia digestiva, edema pulmonar agudo; estado de choque; síndrome de dificuldade aguda no adulto; embolia pulmonar; tuberculose pulmonar ativa; cancro do pulmão e pleura (Costa & Coimbra, 1997 e Heitor, 1988). No entanto, importa realçar que estas contra-indicações

e limitações devem ser avaliadas e analisadas de acordo com cada situação particular, devendo ser ponderadas de acordo com a avaliação efetuada, sendo que a contra-indicação se pode aplicar a umas técnicas em contraste com outras e nunca devem ser limitadoras de cuidar a pessoa de acordo com a sua situação e necessidade.

Antes de iniciar qualquer programa é mandatório uma avaliação exaustiva da situação de cada uma das pessoas com DPOC e uma negociação efetiva do programa a aplicar e, ainda, a manutenção de avaliação periódicas de modo a adaptar os cuidados às necessidades reais e à evolução da situação.

É importante considerar o ambiente, sendo que este deve ser calmo e de confiança, onde tudo deve ser explicado à pessoa/família, desde os procedimentos aos objetivos, de forma a que a parceria terapêutica seja efetiva. Outro aspeto de primordial importância é a promoção de uma postura correta, seja ela quando a pessoa está deitada, sentada ou em pé e a prevenção da exaustão, pelo que o programa deve progredir de acordo com a situação e capacidade de cada pessoa, no respeito pela sua individualidade.

3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A RFR engloba diferentes técnicas e procedimentos, que não se esgotam, naqueles que aqui serão apresentadas, pois não é objetivo deste manual, uma abordagem exaustiva com técnicas e procedimentos de elevada complexidade, que se inserem no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória e são da competência do(a) enfermeiro(a) especialista de reabilitação.

Pretendemos dar contributos para que os(as) enfermeiros(as) que cuidam em contexto domiciliário, possam cada vez mais estar atentos a este tipo de doentes e às suas dificuldades e que através de técnicas básicas de RR possam dar fortes contributos para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Neste sentido iremos abordar algumas dessas técnicas e procedimentos que englobam, posições de relaxamento deitado, sentado e em pé, consciencialização da respiração, controlo da respiração, reeducação diafragmática, abertura costal, ensino da tosse e conservação de energia na realização das atividades de vida. Incluiremos imagens, no sentido de se constituírem como orientadoras no cuidar da pessoa com DPOC.

▪ POSIÇÕES DE DESCANSO E RELAXAMENTO

As posições de relaxamento são muito importantes e devem preceder a realização de qualquer técnica, pois diminuem a tensão psíquica e muscular promovendo o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, do pescoço e cintura escapular e membros superiores, facilitando a colaboração da pessoa (Heitor, 1988). O relaxamento deve ser promovido na posição de sentado (figura 12), em pé (figura 13) ou deitado (figura 14). As posições de descanso permitem a conservação de energia.

FIGURA 12 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO SENTADA

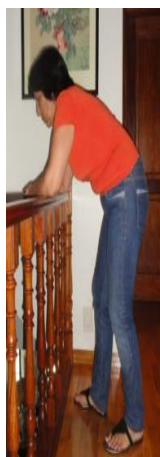


A pessoa deve sentar-se com as costas apoiadas e direitas e ombros relaxados.

Os pés devem estar afastados.

Pode, ainda, adotar a posição de sentado, junto a uma mesa onde coloca almofadas, para fazer apoio dos braços, mantendo as costas alinhadas.

FIGURA 13 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO EM PÉ

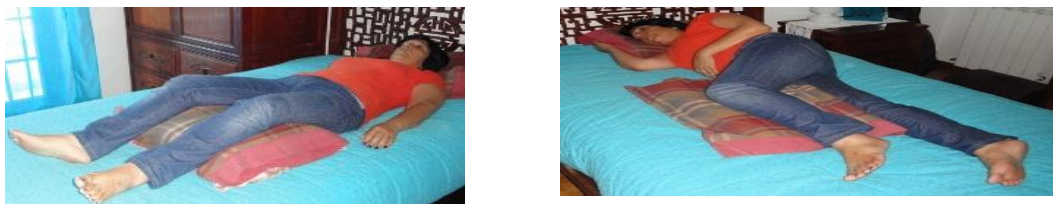


A pessoa coloca-se junto a uma parede, com as costas apoiadas, mãos apoiadas nas coxas, pernas fletidas e pés afastados

e/ou

Apoiado no corrimão (ou muro), com costas direitas, ombros relaxados, joelhos fletidos e pés afastados.

FIGURA 14 – POSIÇÃO DE RELAXAMENTO DEITADO



Decúbito dorsal, corpo alinhado, ombros apoiados na almofada, membros inferiores afastadas, com almofada na região poplíteia. Se a pessoa tiver dispneia deve-se elevar cabeceira da cama (ou colocar almofadas para elevar cabeça e tronco).

Decúbito lateral, corpo alinhado, membro inferior apoiado no colchão com ligeira flexão e o outro membro apoiado numa almofada. Pode colocar almofada para apoio do membro superior que está colocado junto ao corpo.

▪ CONSCIENCIALIZAÇÃO E CONTROLO DA RESPIRAÇÃO

A tomada de consciência e controlo da respiração permite melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, contribuiu para o relaxamento da cintura escapulo-umeral e da parte superior do tórax, diminui a tensão física e psíquica.

É importante a pessoa com DPOC tomar consciência que a respiração se processa em dois tempos (inspiração e expiração), pois com o agravamento da doença estes dois tempos respiratórios tendem a ser pouco perceptíveis, tornando os processos ventilatórios menos eficazes. Esta técnica adota o nome de dissociação dos tempos respiratórios.

O controlo da respiração é uma técnica essencial para estas pessoas, no sentido de controlar o volume residual, que geralmente está aumentado na pessoa com DPOC prejudicando as trocas gasosas e aumentando a dispneia. Este controlo faz-se através da inspiração do ar através do nariz com a boca cerrada e expiração pela boca com os lábios semicerrados e lentamente (idealmente o tempo deve ser o dobro do necessário para a inspiração).

Os PRR devem iniciar-se com a consciencialização e controlo da respiração (figura 15), (Heitor, 1988).

FIGURA 15 – EXERCÍCIOS DE DISSOCIAÇÃO DOS TEMPOS RESPIRATÓRIOS COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO



▪ RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Também, designada por respiração abdomino-diafragmática ou basal, contribui para diminuir o trabalho respiratório e para um aumento da capacidade do diafragma, através de inspirações profundas e expirações lentas. Promove uma respiração fisiológica, pelo que melhora a eficácia da ventilação e consequentemente as trocas gasosas e a oxigenação (Heitor, 1988).

Esta técnica pode ser realizada na posição de decúbito dorsal (figura 16), ventral ou lateral direito/esquerdo, dependendo da porção do diafragma que se pretende reeducar de forma isolada ou de forma global.

FIGURA 16 – EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA DEITADO



Posição de decúbito dorsal
Enfermeira coloca a mãos no tórax e na região epigástrica.
Durante a fase de inspiração que deve ser profunda, pelo nariz e com os lábios cerrados, a Enfermeira deixa que a sua mão acompanhe o movimento de expansão da região abdominal.

Na fase expiratória, que deve ser lenta e com os lábios semicerrados, a mão da Enfermeira que está posicionada na região epigástrica, deve acompanhar o movimento de contração abdominal, exercendo uma ligeira pressão, com ênfase na fase final.

Também, pode ser realizada na posição de sentado (figura 17), com ajuda do(a) enfermeiro(a) ou sozinha. É importante manter sempre uma posição alinhada, mas relaxada.

FIGURA 17 – EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA SENTADO



Proceder da mesma forma, conforme descrito nas figuras anteriores.

Esta técnica pode ainda ser efetuada sobre resistência (figura 18) e nesse sentido, coloca-se um saco de areia (cerca de 1kg) na região epigástrica. No domicílio este saco de areia pode ser substituído por um saco de sal, arroz ou açúcar.

FIGURA 18 - EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA DEITADO SOBRE RESISTÊNCIA



*Fase Inspiratória contra resistência.
Inspirar pelo nariz, lenta e profundamente, com
lábios cerrados*



*Fase expiratória
Expirar com lábios semicerrados e lentamente*

▪ **REEDUCAÇÃO COSTAL GLOBAL**

Esta técnica também pode ser designada por expansão torácica ou mobilização torácica (figura 19) e promove a abertura da grade costal. Pode ser executada na posição de deitado ou sentado e tem como objetivo promover a expansão torácica, melhorando a ventilação alveolar. Pode ser realizada com a ajuda do(a) enfermeiro(a) e utiliza-se como auxiliar um bastão ou uma faixa (o bastão pode ser substituído por exemplo por um cabo de vassoura e a faixa por uma toalha).

FIGURA 19 – EXERCÍCIOS DE EXPANSÃO TORÁCICA COM BASTÃO



*Colocar-se em posição de decúbito dorsal,
em posição de relaxamento, segurando o
bastão com as duas mãos.*



*Inspirar pelo nariz, com os lábios cerrados, de forma
lenta e profunda de forma a promover a expansão
torácica, acompanhando a inspiração com uma subida
lenta do bastão com membros superiores em extensão.
Expirar pela boca com lábios semicerrados, lentamente
acompanhando a expiração com uma descida lenta do
bastão, até apoiar nas coxas.*

A utilização da faixa, também, permite a reeducação costal global (figura 20). Esta deve ser suficientemente larga, para não causar dor, e com comprimento adequado para permitir que seja agarrada. Deve ser colocada abaixo da linha infra- mamária.

FIGURA 20 – EXERCÍCIOS DE EXPANSÃO TORÁCICA COM FAIXA



*Fase de Inspiração, pelo nariz com
lábios cerrados.
A faixa e os membros superiores
acompanham o movimento de expansão*



*Fase Expiratória, com lábios semicerrado,
apertando a faixa, de modo a permitir
toda a saída de ar inspirado*

▪ TOSSIR

A tosse tem um papel muito importante na limpeza das vias aéreas e é de primordial importância que a pessoa com DPOC tenha uma tosse eficaz, no sentido de manter a árvore brônquica limpa de secreções e desta forma prevenir agudizações da sua patologia. É uma técnica que as pessoas referem como tendo algum grau de dificuldade, para ser adquirida.

A tosse intencional, ensinada, pretende assemelhar-se à tosse fisiológica, que funciona como um mecanismo de defesa. É mais eficaz e facilitador se a pessoa estiver sentada, mas também pode ser executada na posição de deitado com a cabeceira elevada.

O(A) enfermeiro(a) solicita à pessoa que após uma inspiração profunda, contraia a musculatura abdominal com a glote fechada e seguidamente tussa (figura 21).

FIGURA 21 – TOSSIR NA POSIÇÃO DE SENTADO



Sentar-se numa cadeira, com pés apoiados e afastados, com ligeira flexão do tronco.



Inspirar pelo nariz



Inclinar-se para a frente, tossir com a boca aberta

▪ **TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA**

As técnicas de conservação de energia têm por base a capacidade para controlar a respiração.

Permite a execução das atividades de vida diária com menor esforço, reduzindo o desencadeamento de dispneia, pelo que se revelam de grande importância na manutenção/recuperação da independência, na vida da pessoa.

▪ **Caminhar**

Caminhar é uma atividade muito importante na vida de qualquer pessoa e de primordial importância na vida da pessoa com DPOC, pois esta tem tendência ao sedentarismo, essencialmente pelo medo de agravamento da dispneia.

O controlo da respiração, ao caminhar, diminui o risco de dispneia (figura 22).

FIGURA 22 – CAMINHAR COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO



Inspirar pelo nariz, com lábios cerrados, enquanto está parada



Expirar com os lábios semicerrados, enquanto anda.

Após ter expirado todo o ar, deve parar e reiniciar novo ciclo

▪ **Subir e Descer Escadas**

Subir e descer escadas (figura 23) é outra das atividades que condiciona a pessoa com DPOC, sendo de tal modo perturbador na vida das pessoas/famílias que muitas vezes obriga a que os espaços onde possa circular fiquem muito reduzidos. Mais uma vez, é importante que a pessoa através do controlo da respiração, ultrapasse o medo em desencadear dispneia e possa dessa forma usufruir de uma deambulação em todos os locais que necessita e gosta.

FIGURA 23 – SUBIR ESCADAS COM CONTROLO DA RESPIRAÇÃO



Parado, deve inspirar pelo nariz, com lábios cerrados e apoiar-se no corrimão.



Expirar pela boca com lábios semicerrados e subir os degraus (1 de cada vez ou dois, de acordo com a capacidade de controlo na expiração)

▪ Preparar Alimentos

A preparação de alimentos pode ser uma atividade muito extenuante se não forem utilizadas estratégias que reduzam esse cansaço. A utilização dos membros superiores sem apoio é o motivo que torna esta tarefa difícil, que muitas vezes impede a pessoa de se alimentar de forma adequada, pois sente-se tão cansada que não consegue preparar as refeições.

Para a preparação das refeições a pessoa deve primeiro juntar todo o material que necessita e coloca-lo na mesa para depois preparar os alimentos que lhe permitam cozinhar a sua refeição (figura 24).

Após a preparação dos alimentos e enquanto está a cozinhá-los, deve cumprir um período de repouso e só depois colocar os utensílios na mesa (ex. toalha, prato, talher, copo e guardanapo) para poder comer.

FIGURA 24 – PREPARAÇÃO DE ALIMENTOS



*Colocar todos os ingredientes necessários na mesa.
Sentar-se com as costas apoiadas e as pernas afastadas.
Apoiar os braços na mesa enquanto prepara os alimentos.*

- **Lavar os Dentes, Pentear o Cabelo, Barbear-se**

Estas tarefas podem ser demasiado exigentes para a pessoa com DPOC, caso não se criem condições para serem executadas com apoio dos braços e sentado (figura 25).

FIGURA 25 – ARRANJO PESSOAL



A pessoa deve-se colocar sentada, com costas alinhadas e deve apoiar os membros superiores, quando está a lavar os dentes, pentear-se ou barbear-se.

O espelho deve ser colocado ao nível da pessoa, quando sentado.

- **Vestir e Calçar**

Vestir e calçar são atividades que exigem muito esforço e posições que podem ser desencadeadoras de dispneia. Este facto impede que a pessoa com DPOC seja independente, nesta atividade que todos os dias é necessário realizar.

Para que a pessoa possa ser independente é fundamental que associe o controlo da respiração, com uma postura adequada, de modo a executar estas tarefas com o mínimo de consumo de energia.

Para se vestir a pessoa deve inicialmente colocar toda a roupa pela ordem de utilização. Deve estar sentada e com a roupa colocada ao seu lado.

Inicia por vestir as peças de roupa (calças ou saia) da parte inferior do corpo. Para tal, deve na posição de sentada inspirar pelo nariz com lábios cerrados e expirar com lábios semicerrados conforme vai dobrando o corpo, para vestir a peça de roupa. Deve puxar a roupa até à altura que for permitido na posição de sentado.

Depois veste a parte superior do corpo, conforme figuras que se seguem.

Após vestir a parte superior do corpo, levanta-se e termina de vestir a roupa da parte inferior.

FIGURA 26 – VESTIR CAMISOLA



Posição de sentado com pés apoiados e afastados. Inspirar pelo nariz com lábios cerrados



Expirar com lábios semicerrados e em simultâneo vestir um dos membros superior



Voltar a inspirar em repouso, para depois voltar a expirar e vestir o outro membro



Em repouso voltar a inspirar e expirar para terminar de vestir a camisola

FIGURA 27 – VESTIR CASACO



Inspirar pelo nariz e lábios cerrados, na posição de sentado



Expirar com os lábios semicerrados, enquanto veste um dos membros



Em repouso inspirar e repetir a ação para vestir o outro membro

FIGURA 28 - CALÇAR



Para calçar as meias e os sapatos deve estar sentado, mantendo o tronco direito e colocar a perna que vai calçar, apoiada na outra.

▪ **Tomar Banho**

Tomar banho é outra atividade que normalmente a pessoa com DPOC não desempenha sozinho, pois tem medo de cair, de aumentar ou desencadear dispneia e descreve-a como muito cansativa.

No sentido de evitar esta situação e retomar a sua independência nesta atividade é importante adotar algumas medidas facilitadoras, tais como:

- Colocar tapete antiderrapante na banheira
- Tomar banho sentado
- Utilizar água tépida (a água quente é desencadeadora de dispneia)
- Utilizar esponja com cabo cumprido
- Para se secar deve fazê-lo sentado

▪ **Aspirar ou Varrer**

Para aspirar (este é o modo preferencial, pois diminuiu o contacto com poeiras) ou varrer o chão, deve combinar o controlo da respiração com uma postura correta (figuras 29 e 30).

Deve inspirar enquanto mantém a mangueira do aspirador ou a vassoura parada e iniciar a expiração quando inicia o movimento, para aspirar ou

varrer. O espaço a ser aspirado ou varrido deve ter um comprimento reduzido e depois deve-se iniciar novo ciclo.

FIGURA 29 - ASPIRAR



Colocar-se na posição, com os pés afastado e corpo alinhado, mangueira do aspirador colocada na posição, mas sem movimento e inspirar pelo nariz com lábios cerrados.

Expirar com lábios semicerrados enquanto movimenta a mangueira do aspirador. Este movimento não deve ser demasiado comprido e é importante manter uma postura correta, embora com ligeira flexão do tronco.

FIGURA 30 – VARRER



Proceder como descrito para aspirar, mantendo os mesmos princípios

- **Colocar Roupa no Estendal e Passar Roupa a Ferro**

Estas duas tarefas podem ser particularmente difíceis se não se atender a alguns princípios que irão contribuir para um menor gasto de energia e para o uso correto dos membros superiores, no sentido de diminuir o cansaço e o esforço necessário à execução das mesmas.

O estendal deve ser colocado ao nível dos ombros, para evitar que a elevação dos membros superiores seja para além deste limite.

Deve-se colocar o recipiente com a roupa, num banco de forma a não obrigar a pessoa a baixar-se e erguer-se de forma constante, até porque este é um movimento que consome muita energia.

Quando se passa a roupa a ferro, deve fazê-lo sentada e o banco deve estar colocado de forma que ao usar o ferro, possa apoiar os braços. O uso de vapor no ferro deve ser moderado e deve-se realizar esta tarefa por períodos curtos e alternados.

Procuramos incidir nas atividades de vida básicas e instrumentais que no nosso estudo foram referidas pelos participantes, como aquelas que maiores dificuldades sentiam, mas também como sendo aquelas que mais necessidade sentiram em readquirir a sua independência.

Realçamos, ainda, que é de primordial importância que se aconselhe a pessoa com DPOC a não realizar as suas atividades de vida de forma exaustiva, pois os períodos de repouso entre a realização das mesmas é um princípio que deve ser mantido, pois permite diminuir o cansaço e recompor-se do desgaste energético e conseqüente aumento de consumo de oxigénio, que as mesmas acarretam.

4. CONCLUSÃO

Consideramos que este manual de boas práticas em cuidados de enfermagem respiratórios para a pessoa com DPOC no domicílio, pode configurar-se como um modelo de cuidados de enfermagem, na área dos cuidados respiratórios, em contexto domiciliário, tendo sempre presente a singularidade e unicidade de cada pessoa e do contexto ambiental.

Estabelecer programas de intervenção de acordo com cada pessoa onde a negociação tem que ser a palavra-chave, é muito importante para o êxito dos mesmos, mas também, é importante que se proceda à sua monitorização de modo a introduzir alterações úteis e necessárias para a aquisição de habilidade que conduzam a uma efetiva autonomia.

É muito importante quer para o acompanhamento e evolução do programa, quer para a disciplina que se utilizem instrumentos que permitam avaliar estes programas e coloquem em evidência os benefícios dos mesmos. A escolha destes instrumentos deve ser criteriosa e em consonância com as características das pessoas e os cuidados, pelo que consideramos que o recurso a instrumentos específicos, para as pessoas com DPOC, é mais adequado.

Ser um contributo para os enfermeiros que exercem a sua profissão em contexto comunitário, é o objetivo deste manual embora esses contributos não se esgotem nestes cuidados. Mas, pelo estudo realizado e por estudos realizados por outros investigadores e ainda, com base na literatura os PRR são de extrema importância para recuperação/manutenção da independência.

A maximização da qualidade de vida da pessoa com DPOC deve ser uma preocupação constante dos enfermeiros e a manutenção da pessoa no seu contexto familiar é particularmente importante na salvaguarda da sua identidade e na preservação da sua autonomia como pessoa.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES DO PROCESSO E DO ESTUDO

A doença respiratória exige de todos os profissionais de saúde e em particular do enfermeiro na sua prática quotidiana em contexto domiciliário, uma mudança de atitude, um novo olhar sobre a pessoa com direito à autonomia, à independência e à qualidade de vida, durante o maior número possível de anos de vida que a sua doença crónica permitir.

Embora, atualmente existam programas e orientações direcionadas, para a pessoa com doença crónica respiratória e OLD é necessário e urgente que a sua efetivação seja uma realidade, permitindo à pessoa/família viver com qualidade.

A doença crónica respiratória é muito frequente e tem tendência a aumentar como nos relatam as previsões da OMS. Torna-se, assim, um imperativo que os enfermeiros contribuam para que as pessoas afetadas por esta doença e suas famílias, possam continuar os seus projetos de vida com a máxima qualidade possível. Assim, é necessário não fragmentar a pessoa, reconhecendo que o sucesso depende não só da equipa de saúde, mas também do desenvolvimento da família, do doente e da própria sociedade.

Durante esta investigação ficou bem claro, os benefícios que o tratamento produz na vida das pessoas com doença respiratória obstrutiva crónica, tal como já comprovado em diversos estudo efetuados (Atalaia H, 2007; Bonilla *et al.*, 2007; Camelier *et al.*, 2006; DGS, 2009; Gardenghi, Santos, Galano e Giachini, 2009; Godoy & Godoy, 2002; Jardim & Jones, 2000; Kunikoshita, Silva, Costa & Jamami, 2000; Neto & Amaral, 2003; Projeto Gold, 2004; Rodrigues, Viegas & Lima 2002 e Simão & Almeida, 2009).

Melhorar a dispneia e a qualidade de vida, diminuir os dias de hospitalização e melhorar o estado psicossocial são alguns dos benefícios baseados na evidência, que são atribuídos à RR, conforme nos refere a DGS (2009).

Neste sentido, apresentamos as conclusões que evidenciam os ganhos em saúde face à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, no domicílio:

- Melhoria da qualidade de vida nas diferentes dimensões, nomeadamente na funcionalidade para o desempenho das atividades de vida diárias, mas também, na condição psicológica, social e espiritual;
- Dessensibilização aos sintomas, com destaque para a dispneia que é reconhecidamente o sintoma que mais interfere negativamente na autonomia da pessoa, pois torna-a dependente quer na vertente funcional, quer na vertente psicológica especialmente pelo medo e pânico que acompanham estas pessoas quando, não tem recursos para a controlar e ainda na vertente social, que impedem o convívio social e a satisfação de necessidades espirituais;
- Melhoria da autoestima e esperança de uma vida mais digna, face à recuperação da independência ou diminuição do grau de dependência que enfrentaram, ao conhecer esta forma de tratamento que lhes permitiu o controlo sobre a sua própria doença.
- A OLD sendo reconhecida como uma forma de tratamento que contribui para um aumento da esperança de vida, por si só não contribui para a melhoria da qualidade de vida, pelo que deve ser prescrita em associação com a RR ou mesmo não constituir o primeiro recurso de prescrição de tratamento
- Um programa de RR estruturado em função das necessidades de cada uma das pessoas, e adaptado ao seu contexto ambiental, deve ser um primeiro recurso como adjuvante do tratamento destas pessoas, mesmo antes da prescrição da OLD
- Redução de custos em saúde evidenciados pela suspensão de OLD a 20% dos participantes após iniciar o PRR e diminuição do consumo de oxigenoterapia em vários participantes deste estudo, face à melhoria verificada a nível das saturações de oxigénio, ao nível de independência e autonomia readquirida, sendo de salientar que um dos participantes que se encontrava em idade ativa, retomou o seu emprego e, ainda, diminuição de consumos de horas/dia de OLD em muitos dos participantes.

- Diminuição de recurso ao serviço de urgência e diminuição de internamentos, sendo de realçar que o período em que decorreu esta intervenção se situam em períodos considerados particularmente críticos para estas pessoas, o que também traduz redução de custos na saúde
- Reconhecimento da importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, mas também, do desconhecimento anterior sobre este recurso, que foi considerado no entender dos participantes deste estudo, como uma mais-valia para a sua vida, face aos conhecimentos adquiridos e à sua influência positiva na sua qualidade de vida, nas diferentes dimensões.

Este estudo demonstra a importância da RR como uma das formas de tratamento que deve ser instituída precocemente, no sentido de preservar a autonomia da pessoa, mesmo face à doença crónica que produz incapacidade. Esta incapacidade deve ser retardada tanto quanto possível, pelo que os diferentes tratamentos que estão disponíveis devem ser instituídos, com o objetivo de maximizar a qualidade de vida nas suas diferentes vertentes, sabendo que a capacidade funcional quando diminuída afeta toda a vida da pessoa, condicionando a sua satisfação com a vida, os seus projetos futuros, a sua vontade, a sua autoestima e autoeficácia, produzindo sofrimento e retirando dignidade à pessoa.

Constatamos que os participantes deste estudo, na sua totalidade, não conheciam e nunca foram informados nem direcionados para este recurso do qual a evidência científica dos seus efeitos positivos na qualidade de vida das pessoas com esta patologia, e por isso nunca foram beneficiários de cuidados de RR, pelo que apelamos aos médicos pneumologistas, médicos de famílias e aos enfermeiros para uma compreensão efetiva dos benefícios deste tipo de cuidados e que através desta compreensão possam ser verdadeiros intervenientes nos processos de transição em saúde destas pessoas e suas famílias.

Tendo em conta o tipo de investigação que nos propusemos levar a cabo – investigação – ação, não poderemos falar em generalização dos resultados,

mas sim, em transferibilidade e através deste processo constituir-se como um ponto de partida na sensibilização para a mudança e para a reflexão sobre as práticas, no sentido de potenciar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas. Assim, os resultados e conclusões deste estudo deverão ser aplicados em contextos com similitude ao contexto estudado.

O processo de desenvolvimento do estudo foi acompanhado pela preocupação constante, de assegurar o rigor científico e metodológico.

Reconhecemos, também, que ao longo do percurso surgiram algumas dificuldades que fomos ultrapassando com persistência e com reajustes, tendo sempre presente os pressupostos subjacentes ao percurso investigativo.

A primeira dificuldade prende-se, desde logo, com a extensão do distrito onde realizamos o estudo e a acessibilidade aos locais onde se situam os centros de saúde. Na fase de diagnóstico do estudo, também, foram relevantes as dificuldades na aquisição de dados em alguns locais e a forma como esses dados estavam compilados. Foi necessário proceder a uma seriação entre diferentes prescrições (aerossóis, oxigenoterapia e aspiradores de secreções), pois estavam todas referenciadas no mesmo documento, também, alguns Centros de Saúde não possuíam este registo, pelo que tivemos que recorrer às empresas fornecedoras destes serviços. Isto implicou um consumo de tempo para além do previsto, obrigando a uma reformulação do cronograma inicial.

Outro desafio surgiu na fase de implementação da ação, que devido a reorganização dos cuidados de saúde primários e que face à nova filosofia organizativa, implicou a mobilidade de pessoas, nomeadamente de enfermeiras de reabilitação que eram elementos ativos deste processo, tendo-se alterado a equipa de investigadoras, que era composta por 4 elementos (3 Enfermeiras de reabilitação e a investigadora principal, também ela enfermeira de reabilitação), para apenas 2 elementos (Investigadora principal e 1 Enfermeira de Reabilitação). Analisada esta situação, consideramos que eticamente não poderia ser alterado o percurso, nesse sentido, redefinimos estratégias e prosseguimos com o estudo.

Também, pouco facilitador foi ao longo deste percurso, manter a atividade profissional. O projeto teve financiamento do PROTEC, por um período previsto de 3 anos, com início no ano letivo de 2010-2011, mas que foi

suspensão no final do 1º semestre do ano letivo 2011-2012. No entanto, a dispensa em 50% das atividades docentes, foi muito importante para o desenvolvimento deste trabalho, pois permitiu concretizar o período de intervenção.

Consideramos que seria importante face aos resultados emergentes realizarem-se outros estudos, em diferentes locais e que privilegiem o contexto domiciliário, no sentido de uma intervenção que dê resposta às reais necessidades de cada pessoa e que se proceda à monitorização de todo o percurso no sentido de se continuar a demonstrar a importância dos cuidados de RR como recurso fundamental para o tratamento das pessoas com doença respiratória crónica.

Apelamos, ainda, aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que através das competências que lhe são conferidas pela Ordem dos Enfermeiros, tenham um olhar especial sobre estas pessoas, pois assim poderemos dar contributos muito importantes para que o processo de vida destas pessoas e dos seus familiares seja vivido com dignidade e esperança de qualidade de vida face à cronicidade da sua doença.

Consideramos que este estudo permitiu demonstrar os benefícios da RR e de um programa adaptado à realidade de cada Pessoa com OLD e DPOC, no seu contexto ambiental de forma a recuperar o seu direito à interação social e à reconquista do seu papel de cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2001) Professor-investigador: Que sentido? Que formação? In: Campos BP, Formação Profissional de Professores no Ensino Superior (Ed.), (1, 21-31). Porto: Porto Editora

Almeida, J.C. (2007) Em Defesa da Investigação- Ação. *Sociologia* (37), pp.2175-2176

American Thoracic Society (ATS) (2001) Pulmonary Rehabilitation. *Thorax*, 56 (11), pp. 827-834

American Thoracic Society (ATS/ERS) (2004) Guidelines Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *EUR Respir J*, 23, pp.932-946.

Araújo, A. (2011) Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011, Lisboa: Fundação Nacional do Pulmão. Acedido em Junho de 2011 em http://www.ondr.org/relatorios_ondr.html

Araújo, Z.T.S., Holland, G. (2010) O índice de BODE correlaciona-se com a qualidade de vida em pacientes com DPOC? *Jornal Brasileiro de Pneumologia* (36) 4, pp.447-452

Araújo, F., Ribeiro J.L.P., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2008) Validação da Escala de Lawton e Brody numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. In: Leal, I., Ribeiro J.P., Silva, I. e Marques, S. (Edts). *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPS, pp. 217-220

Atalaia, H. (2007) Intervenção da Fisioterapia em Utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). *EssFisiOnline*, vol 3, nº2, Revisão da Literatura.

Ballesteros, R.F. (1994) Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y la salud. R. Fernández- Ballesteros (ed.).

Battaglia et al. (2006) Home Respiratory Muscle Training in patients chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 11, pp. 799-804

Bardin, L. (2000) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

BasKerville, R. (1999) Investigating Information Systems with Action Research. vol 2, Article 19. Acedido em 15 de Março 2011, de www.cis.gsu.edu/rbaskerv/.../CAIS_2_19.html

Baskerville, R. (2001) Conducting Action Research: High Risk and High Reward in Theory and Practice. In: Qualitative Research in IS: Issues and Trends (Trauth E M ed), Idea Group Publishing, London

British Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. (2001) BST Standards of Care Subcommittee on pulmonary rehabilitation. Nº 56, pp. 827-834

Bonilha, A.F., Chiodi, S.T., Gonçalves, L.O., Panizzi, E.A. & KerKoski, E. (2007) Mensuração da qualidade de vida em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica através do Saint George s Respiratory Questionnaire (SGRQ). In: XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2007, São José dos Campos - SP. Programação e Anais do XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. São José dos Campos - SP: Universidade do Vale do Paraíba, v. 1, pp. 1193-1196

Botelho, A. (2005) A funcionalidade dos idosos. In Paúl, C. & Fonseca A. M. (Coords.), Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados Lisboa: Climepsi Editores, pp. 111-135

Bourjeily, G., Rochester, C.L. (2000) Exercise Training in Chronic Obstrutive Pulmonary Disease. Clin. Chest Med. 21, pp. 763-781

Bowling, A. (1994) La medida de la salud revisión de las escalas de medidas de la calidad de vida. Barcelona: Masson

Buss, P.M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, 1, Rio de Janeiro: Abrasco:163-177

Cardoso, A.P., Ferreira, J.M.R., Costa, R.P. (2006) O Médico de Família e a Avaliação da Função Respiratória na DPOC. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia

- Camelier, A., Rosa, F.W., Salmi, C., Nascimento, A.O., Cardoso F. & Jardim, J.R. (2006) Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória: validação de uma nova versão para o Brasil. J. Bras. Pneumol. 32 (2), pp.114-122
- Casaburi, R., Porszasz, C.L. , Burns, M.R., Carithers, E.R., Chang, R.S.Y.& Cooper, C.B. (1997) Physiologic Benefits of Exercise Training in Rehabilitation of patients with Severe COPD. Am J. Resp. Crit. Care Med. 155, pp.1541-1551
- Carvalho e Filho et al (2002) Envelhecimento do aparelho respiratório. In: Papaléon NM, Carvalho e Filho ET Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica, 2ª ed. São Paulo: Atheneu
- Collière, M,F, (1999) Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Collière, M.F. (2003) Cuidar...A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007) CIPE v.1,0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Cooper, C.B. (2001). Exercise in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Aerobic Exercise Prescription. Med. Sci. Sports Exerc., 337, pp.672-679
- Costa, D. (1999) Fisioterapia respiratória básicas. São Paulo: Atheneu
- Costa, M.F., Coimbra, M.S. (1997) Cinesiterapia Respiratória. Reeducação Funcional Respiratória. In: Cruz, A.G. Manual de Sinais Vitais. Técnicas de Reabilitação II, 1ª ed.. Coimbra: Formasau, pp. 109-127
- Couser, J. I. et al. (1995) Pulmonary rehabilitation improves exercise capacity in older elderly patients with COPD. *Chest*, v. 107, pp. 730-734
- Cronholm. S., Goldkuhl, G. (2003) Understanding the practices of action research. Accepted to the 2nd European Conference on Research Methods in Business and Management (ECRM 2003). Reading, UK, 20-21 March
- Direção – Geral da Saúde (2004) PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 – 2010. vol. I e II. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção – Geral da Saúde (2005) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. CN N° 04/DGCG, 17/03/05. Lisboa: DGS

Direção – Geral da Saúde (2006) Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários. CN N° 06/DSPCS, 07/06/06. Lisboa: DGS

Direção – Geral da Saúde (2007) Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC). CI N° 09/DSPCS, 27/02/07. Lisboa: DGS

Direção – Geral da Saúde (2009) Orientação Técnica sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC). CI N° 40/DSPCS, 27/10/09. Lisboa: DGS

Dourado, V.Z., Antunes, L.C., Carvalho, L.R. & Godoy, I. (2004) Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal de Pneumologia* 30 (3), pp. 207-214.

Einsner, M.D., Blanc, P.D., Sidney, S., Yelin, E.H., Lathon, P.V., Katz, P.P., Tolstykn, I., Ackerson, L. & Iribarren, C. (2007) Body Composition and functional Limitation in DPOC. *Respiratory Research*

Ferreira, S.A., Guimarães, M., Taveira, N., (2009) Reabilitação Respiratória na DPOC: do treinamento de exercício para a “vida real”. *Jornal brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, vol. 35, nº11., Nov.

Fonseca, A.P.C., Pereira, C.F., Fonseca, G.A. (1996) Reabilitação Pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Acta Fisiátrica*, 3 (2), pp. 18-22

Fortin, M.F. (2003) O Processo de Investigação – da conceção à realização. Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta

Gardenghi, G., Santos, M. N., Galano, S. & Giachini, F.F. (2009) Reabilitação pulmonar obstrutiva crônica. *Integração*, Ano XV, nº58, jul/ago/set. pp. 263-269

Goetz, J.P., Le Compte, M.D., (1998) *Etnografia y Diseño Cualitativo en Investigación*, Madrid: Ed. Morata

Godoy, D.V., Godoy, R.F. (2002) Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação. *Jornal de Pneumologia*, vol. 28 (3), pp. 120-124

Goldstein, R.S., Lacasse, Y. (1998) Elements in the design of rehabilitation efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis*: 53, pp. 460-465

Heitor, M.C. et al. [s.d.] *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa

Heitor, C. et al. (1988) *Reeducação Funcional Respiratória*, 2ª ed. Lisboa: Boeringer Ingelheim

Hernandes, N.A., Teixeira, D.C., Probst, V.S., Brunetto, A.F., Ramos, E.M.C. & Pitta, F. (2009) Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Vol.35, nº 10, São Paulo

Hesbeen W (2003) *A Reabilitação*. Loures: Lusociência

Hesbeen W (2004) *Cuidar neste mundo - Loures: Lusociência*

Hoeman SP (2007) *Enfermagem de Reabilitação Aplicação e Processo*, 2ª ed. Loures: Lusociência

Instituto Nacional de Estatística (2011) *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística I.P. Lisboa

Jones, P.W., Quirk, F.H., Baveystoch, C.M. (1991) The St George`s Respiratory Questionnaire. *Respir Med*. 85 (Suppl), 1, pp.25-31

Jones, P.W., Forde, Y. (2008) *The St George`s Respiratory Questionnaire Manual (version2.2)*. Acedido em Junho 2009 de <http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ>

Kara, M. (2005) Preparing nurses for global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. "Journal of Nursing Scholarship" *Sigma Theta Tau International*; N° 37:2, pp. 127-33

- Kelly, C., Lynes, D. (2008) Os efeitos psicológicos da doença pulmonar crônica. Nursing Times.net. Acedido em Dezembro 2011 de www.nursingtime.net
- KuniKoshita, L.N., Silva, Y.P., Silva, T.L.P., Costa, D. & Jamani, M. (2006). Efeitos de três programas de fisioterapia respiratória em portadores com DPOC. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol.10 (no.4) out./dez, pp.449-455.
- Lacasse, Y. et al. (2007) Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. "A Cochrane systematic review". *Europa Medicophysica*. 43(4), pp. 475-485
- Lawton, M.P., Brody, M.H. (1996) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, pp. 179-186
- Lindholm, L., Erikson, K. (1993) To Understand and alleviate suffering in caring culture, *Journal of Advanced Nursing*, 5, pp. 827 – 836
- López, J.A.F., Mejia, R.H.E., Espinar, A.C. (1996) La Calidad de Vida: un tema de investigación necesario. Concepto e método (I) *medicina Integral*, vol.27,n 2, pp. 116-121
- Lourenço, R.A., Veras, R.P. (2006) Mini-Exame do Estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, S. Paulo vol. 40 n° 4
- Martins, T (2006) AVC Qualidade de Vida e Bem-Estar dos doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau
- McKay, J., Marshall, P. (2001) The Dual Imperatives of Action Research, in *Information Technology and people*, MCB University Press.: Vol. 14, No1, pp. 46-59
- McKernan, J. (1999) *Investigación-acción y curriculum*. Madrid: Morata
- Meleis, A.I. (1987) Knowledge development a passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1 (1), pp.5-19
- Meleis, A.I. (2005) *Theoretical Nursing*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams
- Mazo, G. et al (2004) *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina

Myers, J. Personal Empowerment (1993) In: The possibilities of empowerment (D. Thurzs, org.). Journal of the International Federation on Ageing. Vol. 20, 1, pp. 3-8.

Neto, J. E., Amaral, R.O. Reabilitação Pulmonar e Qualidade de Vida em Pacientes com DPOC (2003) Lato & Sensu. Belém, v.4,n.1, Out. pp.3-5

Ordem dos Enfermeiros (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, enunciados descritivos. Divulgar: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento nº 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro

Organization Mundiale de la Santé (2004) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Genève: OMS

Pamplona, P., Morais, L. (2007) Treino de exercício na doença pulmonar crónica” Revista Portuguesa de Pneumologia” vol. XIII, Nº1 (Jan.-Fev.), pp. 101-28

Parker, J.M., Wiltshire, J. (2005) Investigando História e Narrativa na Enfermagem: uma bordagem Objeto- Relações, in: Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget

Pereira, E.D.B., Pinto, R., Alcantara, M., Medeiros, M. & Mota, R.M.S. (2009) Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 35 (8), pp. 730-736

Pestana, M.H., Gageiro, J.N. (2008) Análise de dados para Ciências Sociais. 5ª ed. Lisboa: Sílabo

Phipps, W.J. (2003) Doença Crónica e Reabilitação, In: Phipps, W.J., Sands, K.K., Marek, J.F. Enfermagem Médico – Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica, 6ª ed. vol. I. Loures: Lusociência

Phipps, W.J. (2003) Intervenção em Pessoas com problemas das Vias Aéreas Inferiores. In: Phipps, W.J., Sands, K.K., Marek, J.F. Enfermagem Médico – Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. vol. II. Loures: Lusociência

Pissulin, F.D.M., Guimarães, A., Kroll, I.B., Cecílio, M.J. (2002). Utilização da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) durante atividade física em esteira ergométrica e portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): comparação com o uso de oxigênio. *Jornal de Pneumologia*, 28 (3), maio-junho, pp.131-136

Pitta, F., Troosters, T., Spruit, M.A., Probst, V.S., Decramer, M. & Gosselink, R. (2005) Characteristics of Physical Activities in Daily Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 171,pp. 972-977

Pryor, J.A., Webber, B.A. (2002) *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. 2ª ed. Rio Janeiro: Guanabara- Koogan

Rodrigues, S. L. (2003) *Reabilitação Pulmonar: Conceitos Básicos*. São Paulo: Manole

Rodrigues, S.L, Viegas, C.A.A., Lima, T. (2002) Efectividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 28 (2), pp. 65-70

Rose, C. et al. (2002) The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 47 (4), pp.311-318. Acedido em Junho 2009 de <http://nhscrd.York.ac.uk/online/dare/200026624.htm>

Sarmiento, A.R., Orozco- Levi, M., Guelli, R., Barreiro, E., Hernandez, N. & Mota, S. (2002) Inspiratory Muscle Training in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Structural Adaptation and Physiologic Outcomes. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 166, pp. 1491-1497

SBPT- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2000) I Consenso brasileiro de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). *Jornal de Pneumologia*, 26 (Supl 1), pp. 01-51

Simão, P., Almeida, P. (2009) Reabilitação respiratória. Uma estratégia para a sua implementação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV (Supl1), pp.S93-S118

- Soares, S. (2006) *Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau
- Sousa, T.C., Jardim, J.R., Jones, P. (2000) Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal de Pneumologia*; ISSN 0102-358, vol. 26, n.3 (Maio/Junho)
- Stanhope, M., Lancaster, J. (1999) *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 1ª edição. Loures: Lusociência, pp. 532-538
- Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançado o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência
- Tarantino, A.B. (2008) *Doenças Pulmonares*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Testas e Testas (2008) *Reabilitação*. In: Marcelino, P. *Manual de ventilação mecânica no adulto*. Loures: Lusociência
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência
- Torres, J.P. et al. (2002) Power of outcome measurements to detect clinically significant change in pulmonary rehabilitation of patients with COPD. "Chest"
- Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R. & Decramer, M. (2005) Pulmonary rehabilitation chronic obstructive pulmonary disease. *AM. J. Respir. Crit. Care Med.*
- Troosters, et al. (2006) Pulmonary rehabilitation chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Monograph*, 38, pp.337-358
- Vasconcelos, E. M. (2011) A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. In: *Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania* Ano XXII; 65, pp. 5-53.
- Velloso, M., Jardim, J.R. (2006) Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*; 32(6), pp. 580-586

Wallack, R.L. et al. (1991) Predictors of improvement in the 12-minute walking distance following a six-week outpatient pulmonary rehabilitation program. *Chest*, v. 99, n. 4, pp. 805-808

Watson, J. (2002) *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Zanchet, R.C., Viegas, C.A., Lima, T. (2005) Efficacy of pulmonary rehabilitation: exercise capacity, respiratory muscle strength and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31 (2), pp. 118-124

ANEXO 1 - MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Cód.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Proc. _____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

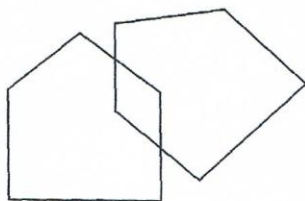
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO HOSPITAL SAINT GEORGE NA DOENÇA RESPIRATÓRIA (SGRQ)

Cód.

Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória

Validado : Thais Costa de Sousa, José Roberto Jardim e Paulo Jones (2000)

Este questionário ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afecta a sua vida.

É utilizado para descobrir quais os aspectos da sua doença que causam mais problemas.

Estamos interessados em saber o que sente e não o que os médicos, enfermeiras e fisioterapeutas acham que você sente.

Leia atentamente as questões. Esclareça as dúvidas.

Não perca muito tempo nas suas respostas

PARTE 1

- Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica os seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses
- Obs. Assinale um só quadrado para as questões de 01 a 08

	Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2 -4 dias)	Alguns dias no mês	Só com Infecções respiratórias	Nunca
1) Durante os últimos 3 meses tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Durante os últimos 3 meses tive catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Durante os últimos 3 meses tive "Chiado no peito"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Durante os últimos 3 meses, quantas vezes teve crises graves de problemas respiratórios	Mais de 3	3	2	1	Nenhuma
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 Semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	Menos de 1 dia	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) Durante os últimos 3 meses, em uma semana considera como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve:	Nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	Quase todos os dias	Todos os dias
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Se tem "chiado no peito", ele é pior de manhã?	Não	Sim			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

PARTE 2

- **Secção 1**

A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória

É o meu maior problema	Causa muitos problemas	Causa alguns problemas	Não me causa problema nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Se já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados (*passa para a secção 2, se não se aplicar*)

A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	<input type="checkbox"/>
A minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	<input type="checkbox"/>
A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho	<input type="checkbox"/>

- **Secção 2**

As perguntas abaixo referem-se às actividades que normalmente lhe têm provocam falta de ar nos últimos dias

Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta **Sim** ou **Não**, de acordo com o seu caso

	Sim	Não
Sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tomar banho ou a vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir uma ladeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Secção 3**

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "X" no quadrado de cada pergunta abaixo indicando a resposta **Sim** ou **Não**, de acordo com o seu caso

	Sim	Não
A minha tosse causa – me dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse cansa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho falta de ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho falta de ar quando dobro o corpo para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico Exausto/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Secção 4**

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um "X" no quadrado de cada pergunta abaixo indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso

	Sim	Não
A minha tosse ou falta de ar deixam-me envergonhado/a em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que a minha doença respiratória escapa ao meu controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença debilitou-me fisicamente, o que faz com que eu precise de ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício físico é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que faço parece ser um esforço para muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Secção 5**

A) Perguntas sobre a sua medicação. Assinale com um "X" no quadrado de cada pergunta abaixo indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso (*passa para a Secção 6 se não toma medicação*)

	Sim	Não
A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação provoca-me efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Secção 6**

As perguntas seguintes referem-se às actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória. Assinale com um "X" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *SIM* se pelo menos uma parte da frase corresponde ao seu caso. Se não, assinale *Não*

	Sim	Não
Levo muito tempo para me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro mais tempo para realizar as tarefas como o trabalho de casa, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lance de escadas, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado/a ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para fazer actividades como: subir ladeiras, carregar objectos subindo escadas, dançar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldades para fazer actividades como: carregar grandes pesos, andar muito rápido ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldades para fazer actividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido ou praticar desportos muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- *Secção 7*

A) Assinale com um "X" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, para indicar outras actividades que geralmente podem ser afectadas pela sua doença respiratórias no seu dia-a-dia:

(não se esqueça que *Sim* só se aplica ao seu caso quando você puder fazer essa actividade devido à sua doença respiratória)

	Sim	Não
Praticar desporto ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer o trabalho de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) A lista seguinte descreve uma série de outras actividades que o seu problema respiratório pode impedir de realizar (não tem que assinalar nenhuma das actividades, pretendemos apenas lembrá-lo das actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar)

Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem	<input type="checkbox"/>
Ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>
Ir à Igreja, bar ou a locais de diversão	<input type="checkbox"/>
Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo de cigarro	<input type="checkbox"/>
Visitar a família e os amigos ou brincar com crianças	<input type="checkbox"/>

Por favor, escreva outra actividade importante que a sua doença respiratória o pode impedir de fazer:

C) Assinale com um "X" somente a resposta que melhor define a forma como você é afectado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>

Obrigado por responder ao questionário. Antes de terminar, verifique se respondeu a todas as perguntas.

ANEXO 3- ÍNDICE DE BARTHEL

Cód.		
------	--	--

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) Mahoney e Barthel					
ALIMENTAÇÃO					
10	Independente – Capaz de usar qualquer instrumento				
5	Ajuda – Necessita ajuda para cortar, barrar com manteiga, etc.				
0	Dependente				
BANHO					
5	Independente – Toma banho ou duche. Entra e sai do banho sem ajuda				
0	Dependente				
VESTIR					
10	Independente – Veste-se, despe-se, aperta a roupa e aperta os sapatos				
5	Ajuda – Necessita de ajuda, mas, pelo menos metade das tarefas realiza-as num tempo razoável				
0	Dependente				
HIGIENE PESSOAL					
10	Independente – Lava a cara, mãos e dentes. Penteia-se e barbeia-se				
0	Dependente				
DEFECAÇÃO					
10	Continente – Não apresenta sinais de incontinência				
5	Incontinente ocasional – Episódios ocasionais de incontinência				
0	Incontinente				
Micção					
10	Continente – Não apresenta sinais de incontinência				
5	Incontinente ocasional – Episódios ocasionais de incontinência. Necessita no uso de sonda ou fralda				
0	Incontinente				
CASA DE BANHO					
10	Independente – Usa a retrete. Senta-se, levanta-se sozinho ou com barras. Limpa-se ou veste-se sozinho				
5	Ajuda – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio. Limpa-se, põe e tira a roupa				
0	Dependente				
MUDANÇA CADEIRA/CAMA					
15	Independente – Não necessita de ajuda. Se usa a cadeira de rodas fá-lo independentemente				
10	Mínima Ajuda – necessita de ajuda mínima ou supervisão				
5	Grande Ajuda – é capaz de sentar-se, mas necessita de muita assistência para a mudança				
0	Dependente				
DEAMBULAÇÃO					
15	Independente – caminha pelo menos 50 minutos independentemente de ou com ajuda de bengala, andarilho ou tripé				
10	Ajuda – Pode caminhar pelo menos 50 minutos, mas com ajuda ou supervisão				
5	Independente em cadeira de rodas – Empurra a sua cadeira de rodas pelo menos durante 50 minutos				
0	Dependente				
ESCADAS					
10	Independente – Sobe e desce escadas sem supervisão, mesmo que use instrumento de apoio				
5	Ajuda – Necessita de ajuda física ou supervisão para subir e descer escadas				
0	Dependente				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Grau I – 100 Independente</td> <td style="width: 50%;">Grau II – 50 a 100 Pouco dependente</td> </tr> <tr> <td>Grau III- 0 a 50 Muito dependente</td> <td>Grau IV – 0 totalmente Dependente</td> </tr> </table>		Grau I – 100 Independente	Grau II – 50 a 100 Pouco dependente	Grau III- 0 a 50 Muito dependente	Grau IV – 0 totalmente Dependente
Grau I – 100 Independente	Grau II – 50 a 100 Pouco dependente				
Grau III- 0 a 50 Muito dependente	Grau IV – 0 totalmente Dependente				

ANEXO 4 - ESCALA DE ATIVIDADE DE VIDA INSTRUMENTAIS DE LAWTON E BRODY

**ESCALA DE ACTIVIDADES DE VIDA INSTRUMENTAIS
(LAWTON & BRODY)**

CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE

- (1) Usa o telefone por iniciativa própria.
- (1) É capaz de anotar bem alguns números familiares.
- (1) É capaz de atender uma chamada, mas não anotar
- (0) Não utiliza o telefone.

COMPRAS

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente.
- (0) Realiza independentemente pequenas compras.
- (0) Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra
- (0) Totalmente incapaz de fazer compras.

PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- (1) Organiza prepara e serve, por si só, adequadamente.
- (0) Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

TAREFAS DOMÉSTICAS

- (1) Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados).
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas.
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado.
- (1) Necessita de ajuda nas tarefas domésticas
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica

LAVAGEM DE ROUPA

- (1) Lava toda a sua roupa.
- (1) Lava apenas peças pequenas.
- (0) A lavagem de toda a roupa está a cargo de outra pessoa

USO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- (1) Viaja sozinho em transporte público ou em seu próprio carro.
- (1) É capaz de pegar um táxi, mas não usa outro meio de transporte.
- (1) Viaja em transporte público, quando acompanhado.
- (0) Utiliza táxi ou automóvel somente com ajuda de outros.
- (0) Não viaja de jeito nenhum.

RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO À SUA MEDICAÇÃO

- (1) É capaz de tomar a medicação na hora e doses correcta.
- (()) Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente.
- (0) Não é capaz de tomar medicação.

GESTÃO DOS SEUS ASSUNTOS ECONÓMICOS

- (1) Toma a seu cargo os seus assuntos económicos.
- (1) Necessita as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes.
- (0) Incapaz de lidar com dinheiro.

OBS. A pontuação de máxima independência é 8 pontos, e a de maior dependência, zero.

ANEXO 5- AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Administração Regional
de Saúde do Norte

Sub-Região de Saúde
de Viana do Castelo

CONTRIBUINTE N.º 503 135 593



Ministério da Saúde

Exma. Senhora
Enfermeira Maria de La Salette Rod. Soares
Professora Adjunta da ESE de Viana do Castelo
R. Moisés Alves de Pinho
4900 VIANA DO CASTELO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício	Data

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício 35/DE	Data 14.03.2008

ASSUNTO:- Pedido de Autorização para realização de estudo de investigação

Relativamente ao solicitado por V. Ex.^a, para realização de um estudo de investigação sobre o tema "A Pessoa com Oxigenoterapia de Longa Duração - Análise das necessidades de cuidados respiratórios no domicílio", informo que por despacho do Exmo. Senhor Coordenador SRS de Viana do Castelo de 12.03.08 o mesmo foi autorizado (Anexo fotocópia do despacho)

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Cód.		
------	--	--

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Parte I

1- Idade_____ Anos

2- Sexo: Feminino Masculino

3-Estado Civil:

Solteiro Separado/ Divorciado

Casado Viúvo

União marital Outro: _____

4- Escolaridade

Quantos anos de escolaridade têm? _____

5- Profissão_____

6- Situação Profissional:

Activo (empregado)

Desempregado

Reformado (idade normal)

Reformado (antecipadamente)

Outro: _____

7- Fonte de Rendimentos:

Trabalhador por conta própria

Trabalhador por conta de outrem:

Trabalho profissional (mensal fixo)

Depende de rendimento de marido (esposa)

Assalariado (hora, semana, jornal)

Pensão

Assistência Social

Outro: _____

8- Quantas pessoas habitam na casa? _____

9- Quantas assoalhadas têm a casa (nº de quartos e sala)? _____

10- Pessoa de referência _____

Parte II

1- Há quanto tempo sabe da sua doença _____ Anos

2- Já teve necessidade de ser internado, devido a esta doença? _____

3- **Se respondeu SIM**, quando foi o último internamento? _____ (Mês/ Ano)

4- Tem outra doença crónica associada: Sim Não

5- **Se respondeu SIM** Qual? _____

6- Há quanto tempo faz oxigenoterapia no domicílio? _____ (Mês/ Ano)

7- Quantas horas /dia? _____

8- Qual a medicação prescrita? _____

6- Fuma? Sim Não

7- Se respondeu SIM

Quantos cigarros fuma por dia _____

8-**Se respondeu NÃO**, já alguma vez fumou? _____ Há quanto tempo deixou de fumar? _____ (Mês/ Ano)

9-Costuma beber bebidas alcoólicas? Sim Não

10- **Se respondeu SIM**, que tipo de bebidas costuma ingerir? _____

11- Qual a quantidade que costuma ingerir por dia? _____

Obrigado

APÊNDICE 2- CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação
“ A PESSOA COM OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO
Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada a oportunidade de fazer questões a qualquer momento e sempre que julgue necessário.

Tomei conhecimento dos objetivos, métodos e benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito a desistir a qualquer momento, da minha participação no estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Foi-me explicado que todos os dados são confidenciais e nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade.

Pelo presente, declaro que fui informado sobre a pesquisa e consinto em participar neste estudo.

Data _____

**Apêndice 3- Percepção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de
Enfermagem de Reabilitação**

Área Temática – Perceção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Impacto a nível Sintomático	Dispneia	VC1 “ O pior é esta falta de ar ...” VC11 “ Falta o ar, ai se falta ...” VC14 “ ... e depois esta falta de ar, enervo-me e fico pior” VC15 “Esta falta de ar e este cansaço, (pausa) são o pior.” VC17 “ Esta falta de ar...” VC19 “ ... mas esta falta de ar, às vezes é assustadora. “ VC26 “... tenho medo por causa desta falta de ar. Não estou sempre com isto, mas o medo” VC27 “ Fico muito cansado (pausa) esta falta de ar” VC28 “... esta falta de ar (pausa) mata-me.” VC 29 “... esta falta de ar não me deixa fazer nada”
	Tosse	VC1 “... tosse tenho pouca, quase nada” VC2 “ Tenho tosse, mas só às vezes, é mais quando me constipo...” VC5 “ Tosse só às vezes, mas quando tenho custa muito a sair” VC7 “ Tossir é que é pior, canso-me muito e fica sempre aqui esta coisa....” VC16 “ Tossir é o mais difícil” VC19 “ Tosse não costumo ter... “
	Expetoração	VC23 “ Tenho muita expetoração, estou sempre com isto, às vezes custa a sair”
	Cansaço	VC14- “Há dias que estou cansado” VC15 “... e este cansaço, (pausa) são o pior.” VC24 “ Estou habituado a respirar muito depressa, fico cansado”

Área Temática – Percepção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Impacto a nível das Atividades de Vida	Subir Escadas	VC1 “ O que mais me custa é subir escadas...” VC2 “ Quando estou com falta de ar, custa ..., subir escadas nem se fala (pausa) ...” VC3” ... custa a subir escadas” VC4 “...fico cansado a ... Subir escadas nem se fala” VC6 “ ... subir escadas cansa” VC7 “... subir escadas? Nem penso nisso...” VC11“ Subir as escadas custa muito... fico com muita falta de ar” VC13 “ ... subir escadas até tenho medo... tenho medo que me falte o ar” VC14 “... mas subir as escadas... eu descer lá consigo, mas depois para vir...” VC16 “ Quando somos novos, não pensamos (pausa), mas agora essas escadas não me deixam fazer muita coisa.” VC19 “Subir escadas? Não. Tenho medo” VC23 “Já não desço aquelas escadas (cerca de 9 escadas) há uns anos, só de maca.”
	Andar	VC1 “ O que mais me custa é ... andar fora de casa”. VC2 “ Quando estou com falta de ar, custa andar,...” VC4 “... fico cansado a andar. “ VC6 “Andar cansa, ...” VC7 “ Também me custa a andar” VC13 “ Andar custa muito” VC16 “Dentro de casa eu ando bem,... “ VC19 “ Ando pouco.” VC21 “As pernas não me deixam andar muito, e a gente habitua-se a estar parado.... Sabe como é “ VC29 “...Nem andar pelo meu quintal eu vou, tenho medo”

Área Temática – Percepção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
	Arranjo Pessoal	VC4 “...fico cansado a fazer a barba, a tomar banho” VC7 “ fazer a barba é o meu filho que tem esse trabalho, eu não consigo ...” VC23 “ Estou para aqui... tenho que ter ajuda em tudo, ..., barbear-me (pausa) em tudo...”
	Banho	VC4 “... fico cansado a tomar banho” VC6 “... canso-me a tomar banho” VC7 “... tomar banho é a mulher que me ajuda” VC9 – “Tomar banho, falta – me o ar... A água, gosto dela bem quente. A limpar-me também custa “ VC23 “ Estou para aqui... tenho que ter ajuda em tudo, tomar banho...”
	Vestir	VC22 “Enervo-me muito a vestir, tenho que pedir ajuda.”
Impactos Psicossociais	Comunicação	VC3 “ A falar tenho muita falta de ar, canso-me” VC5 “ Tenho muita falta de ar a falar” VC30 “ ... gostava muito de poder ir ... de conversar com os meus amigos.”
	Medo	VC8 “ Sabe Sr. ^a Enfermeira o que mais me custa é não sair de casa, não ir ver os barcos à doca (pausa), até não é longe, mas tenho medo ...” VC9 “Há dias que me falta o ar e eu fico aflita, a pensar que tenho que ir para o hospital...” VC17 “... venha aqui ver, durmo aqui em baixo, tive que abandonar o meu quarto, pois tenho medo de subir escadas.” CV18 “ Estou assim há muitos anos, já não faço grande coisa, mas quando estas crises aparecem, fico muito aflita” VC29 “... trabalhei tanto, uma casa tão grande, com tanto terreno, para quê? Nem andar pelo meu quintal eu vou, tenho medo”
	Saudade	VC8 “...Tenho saudades de ver os barcos” VC20 “ Era pescador, tenho saudades de ver os barcos (pausa)... “

Área Temática – Perceção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
	Tristeza	VC15 “... estou triste, não posso fazer nada. Só saio para ir para o hospital e é sempre de ambulância (doente muito triste)” VC20 “... trabalhei muito, no mar, com 14 anos já ia ao mar (pausa) é triste, já não sirvo para nada.” VC20 “ Era pescador... sempre aqui... é uma tristeza. “ VC29 “... Isto é uma tristeza....”
	Sono	VC17 “... mas isto (oxigenoterapia), até me tira o sono não consigo dormir, este barulho ... vamos ver se me pode ajudar. “
	Incapacidade Para o Convívio Social	VC1”Gosto muito de ir ao café, mas tem uma subida (pausa) custa” VC3 “Tenho o meu quintal, gosto muito e ajuda a passar o tempo, mas canso-me...” VC6 “Claro que já não penso em trabalhar, mas fazer alguma coisinha era bom... um quintal tão grande” VC14 “O que eu mais gostava era ir ao café aqui ao lado, ... Se eu fosse até ali (referindo ao café) sempre distraía...” VC16 “... mas gosto tanto de ir à biblioteca, mas estas escadas... “ VC20 “ Não saio de casa há 4 anos. Estou sempre com isto (O2). VC23 “Sair de casa não, estou sempre com o oxigénio, mas pelo menos ir lá fora, tenho tanto quintal, gostava muito” VC29 “ Não posso ir ao café (pausa), não estou com os meus amigos. Tenho saudades de ir ao café (pausa)...” VC30 “ ... gostava muito de poder ir à festa da terra, mas tenho medo de ter falta de ar. Tenho saudades de passear (pausa), gostava tanto de ir até ao café...”
	Incapacidade para Participar em atividades religiosas	VC11“ Gosto muito de ir à missa... mas tenho medo por causa da falta de ar” VC22 ” Estão lá dentro a rezar o terço e eu não vou, tenho medo que me dê a falta de ar, é uma tristeza.” VC29 “ Tenho saudades de ir ao (pausa), até de ir à missa.”
	Estética	VC13 “ Já viu esta minha cor...nem gosto de olhar para o espelho” VC17 “ Nem ao cabeleireiro vou, tenho medo...”

Área Temática – Percepção dos Participantes Fase Inicial da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Impacto das Medidas Terapêuticas	Tratamento com OLD	<p>VC4 “... não gosto nada desta coisa (referindo-se à oxigenoterapia), pois são muitas horas. Eu sei que preciso, mas ... (pausa)”</p> <p>VC6 “Só queria deixar isto (referindo-se à oxigenoterapia)”</p> <p>VC17 “ Sr.ª Enfermeira, vou já dizer uma coisa, detesto este aparelho (oxigenoterapia). ... vamos ver se me pode ajudar.”</p> <p>VC22 “ Já me habituei a isto (O2), mas às vezes custa (pausa)”</p> <p>VC26 “ Não sei como isto aconteceu (pausa), tive falta de ar e fui para o hospital, quando vim já tinha isto à minha espera (O2). Um homem vê-se aqui preso...”</p>
	Aceitação da Reabilitação Respiratória	<p>VC23 “ Está bem, se isso ajuda (cuidados reabilitação) ”.</p> <p>VC28 “ Se isso for para melhorar (pausa), para passar melhor, então está bem.”</p>

APÊNDICE 4- GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Cód.

		SEMANA		1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª		9ª		10ª		11ª		12ª				
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N			
Reeducação Funcional Respiratória		Posições de relaxamento (deitado, sentado e em pé)																												
		Posições de descanso (deitado, sentado e em pé)																												
		Dissociação t. respiratórios																												
		Prolongamento t. expiratório																												
		Exercícios respiração abdominal																												
		Exercícios de expansão costal																												
		Exercícios globais																												
	Tosse Controlada																													
Técnicas de conservação de energia: autocuidado	VESTIR	Controlar respiração																												
		Disponer roupa/ordem vestir																												
		Vestir-se sentado																												
		Vestir 1º parte inferior																												
		Calçar meias/sapatos sentado/apoio na perna oposta																												
		Levantar/ajustar roupa																												
	BANHO	Controlar respiração																												
		Preparar material																												
		Uso banco e tapete antiderrapante/banheira																												
		Uso água tépida																												
		Uso escova cabo longo																												
	ARRANJO PESSOAL	Reunir material no lavatório																												
		Sentar-se																												
		Apoiar cotovelos no lavatório																												
	CAMINHAR	Inspirar																												
		Expirar lentamente/dar passos																												
	SUBIR ESCADAS	Subir 1 degrau de cada vez																												
		Inspirar lentamente parado																												
		Expirar lentamente ao subir degrau																												
	Técnicas de conservação de energia: A. V. Instrumentais	FAZER CAMA	Dobrar os joelhos/coluna direita																											
			Não se curvar																											
ASPIRAR		Inspirar /afastar aspirador																												
		Expirar/aproximar aspirador																												
COZINHAR		Reunir alimentos/colocar banca																												
		Sentar-se/Prep. Alimentos																												
		Descansar/pôr mesa																												
TRATAR ROUPA		Transportar roupa em carrinho																												
		Estender roupa/colocar cesto altura cinta																												
		Estendal altura ombros																												
		Passar roupa sentado																												
COMPRAS		Lista compras/ usar carrinho																												
		Pausas com apoio no carrinho																												
		Organizar compras nos sacos e armários																												
TRANSP. OBJETOS		Elevar peso/dobrar joelhos/Inspirar																												
	Após elevar expirar																													
	Inspirar lentamente/ Expirar ao empurrar																													

APÊNDICE 5 - FOLHA DE REGISTO DE SATURAÇÃO DE O²

Cód.

Data							
Sat O2 Inicial							
Sat O2Final							

Data							
Sat O2 Inicial							
Sat O2Final							

Data							
Sat O² Inicial							
Sat O² Final							

Data							
Sat O² Inicial							
Sat O² Final							

Data							
Sat O² Inicial							
Sat O² Final							

Data							
Sat O² Inicial							
Sat O² Final							

Data							
Sat O² Inicial							
Sat O² Final							

APÊNDICE 6 - PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES AO LONGO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Impacto a nível Sintomático	Diminuição da Dispneia	VC1 “Já tenho menos falta de ar... consigo respirar melhor” VC3 “ Sabe agora até não tenho muita falta de ar (referindo-se a quando está a falar)” VC3 “Não tenho tido muita falta de ar” VC4 “ ... nem muita falta de ar.” VC5 “... nem tenho tanta falta de ar ...” VC 15 “ Ontem não estive muito bem, tive muita falta de ar.” VC19 – “Já parece que sou eu que mando nesta falta de ar” VC19 “ Continuo bem... não tenho ... nem falta de ar...” VC21 “ A falta de ar está melhor...” VC27 “ Tenho estado bem, a falta de ar é pouca ...” VC 29 “ Estou melhor da falta de ar.” VC30 “ ... a falta de ar, já não custa tanto, parece que estou melhor... “
	Diminuição da Tosse	VC2 “ Às vezes a tosse é que ainda me aflige, ainda não consigo fazer bem” VC4 “ Não tenho tido tosse... ” VC5 “ Tosse? Não agora quando tenho já consigo deitar fora... “ VC7 “... Pois, temos que aprender a tossir...vamos lá a isso.” VC7 “ ... já consigo tossir melhor, até parece que respiro melhor...” VC11 “ Tossir é que ainda não consigo fazer muito bem.” VC11 “ Tossir é que custa mais, assim como estivemos a treinar, mas ainda vou conseguir fazer bem” VC13 “ Isto da tosse já vai melhor... parece que consigo fazer melhor” VC13 “... continuo bem, olhe que aquilo de tossir, faz bem...” VC16 “ Agora já sei tossir, para quando precisar... obrigado” VC19 “ Continuo bem... não tenho tosse....” VC21 “ ... está melhor....e a tosse também” VC23 “ Tossir é que ainda não faço muito bem, mas sinto-me mais aliviado.” VC24 “ tossir custa...mas como não é o que mais me aflige... isto vai indo” VC24 “ isto de tossir cansa...mas parece que já percebi como se faz” VC24 “ Agora já consigo tossir melhor” VC27 “ Tenho estado bem, ... e a tosse nenhuma” VC30 ” Tossir...isso não sei se faço bem...vamos lá experimentar.... “

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>VC30“ Sim, não é assim tão fácil...mas já percebi como devo fazer”</p> <p>VC30” ... vamos lá treinar a tosse...é mais difícil do que as outras coisas (referindo-se ao controlo da respiração e às técnicas de conservação de energia) ”</p> <p>VC30“ Já consigo tossir melhor e olhe que noto bem a diferença... “</p>
	Diminuição da Expetoração	<p>VC21 ”Continuo com muita expetoração, mas agora sai bem, por isso não me dá aquela falta de ar... só fico um bocado cansado”</p> <p>VC23 “ Estes exercícios parecem que me fazem deitar esta porcaria toda para fora.”</p>
	Diminuição do Cansaço	<p>VC5“... mas agora já não me canso tanto”</p> <p>VC6 “Sim, faço uma coisa e descanso, depois faço outra, sinto-me outro”</p> <p>VC7 “ ...sim, já não me canso tanto ...”</p> <p>VC7 “ ... já consigo tossir melhor, até parece que respiro melhor...”</p> <p>VC10 “ Tenho ido dar uma voltinha, pequena, mas sempre me vou distraíndo, mas fico um bocado cansada.... Sim, quando chego descanso e faço os exercícios... estou melhor”</p> <p>VC24 “ ... não me canso tanto, nem a falar. “</p> <p>VC25 “ Ando menos cansada....”</p> <p>VC27 “ Agora faço tudo, com calma e já sei quando preciso de descansar...”</p> <p>VC30 “... não me canso tanto, até as pernas parece que tem mais força.”</p>
Impacto a nível da Atividade de Vida	Maior Facilidade em Subir Escadas	<p>VC3 “ Então é hoje que vamos subir as escadas?” “ vamos lá ver se eu para a semana já consigo subir mais uns degraus. Tenho saudades de ir à parte de cima da casa”</p> <p>VC3 “ ... vamos lá acima, já consigo mostrar o resto da casa. Desde que aprendi a subir as escadas... sabe, já me sinto outra. O meu marido nem queria acreditar...”</p> <p>VC6 “ Subir escadas é que ainda tenho medo”</p> <p>VC6 “ Esta maneira de respirar para subir escadas é mesmo boa. Já consigo subir bem, devagar, mas sem medo”</p> <p>VC9 “... mas a subir as escadas de casa, ainda me canso muito”</p> <p>VC10 “ As escadas vão melhor, mas às vezes distraída, não me lembro de parar e meter o ar e depois não consigo”</p> <p>VC10 “Já não custa nada subir as escadas, até já brinco com o meu neto....”</p> <p>VC13 “ A subir as escadas já custa menos, tenho que ir devagar, mas isto vai....”</p> <p>VC14- “Ainda não consigo subir bem as escadas, ainda me canso .”</p> <p>VC15 “ Se eu conseguir subir estas escadas todas, nem que seja devagar, vou ao cabeleireiro... a minha filha diz que eu sou tola, mas eu acredito”</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>VC15 “... esta é que foi uma grande surpresa...só depois é que eu percebi porque o meu marido veio descer as escadas connosco ...”</p> <p>VC16 “... tenho feito sempre os exercícios, mas ainda tenho muito medo destas escadas, são tantas”</p> <p>VC16 “Quero mesmo é treinar a subir as escadas, para poder sair mais vezes”</p> <p>VC16 “Já consigo subir e descer as escadas, até lhe vou contar uma novidade, fui até à biblioteca...”</p> <p>VC17 “ Se continuar assim eu breve vou para o meu quarto, já consigo subir as escadas”</p> <p>VC19 “ Já podemos ir para as escadas, quero saber como posso subir sem me faltar o ar”</p> <p>VC23 “ Afinal não custou muito... nem acredito que desci eu as escadas, já há muito que só de maca”</p> <p>VC23 “ Vou fazer isto todos os dias (subir e descer escadas), até faz bem às pernas”</p> <p>VC24 “ A subir as escadas tem que ser devagarinho... e descansar, mas isto vai”</p> <p>VC24 “ Já subo as escadas melhor... estou muito melhor”</p> <p>VC25 “...sim, quero aprender a subir as escadas..... as escadas cansam muito”</p> <p>VC25 “ Subir escadas até é fácil, como já sei respirar direito, nunca pensei.... Cansa muito menos”</p>
	<p>Maior Facilidade em Andar</p>	<p>VC2 “ A andar fico menos cansado,”</p> <p>VC2 “ Agora já não me custa a andar, vou devagar, mas consigo sair...”</p> <p>VC5 “ Já não me canso tanto a andar ...”</p> <p>VC6 “ Já andei pelo quintal e olhe que não me faltou vontade de fazer lá umas coisitas.”</p> <p>VC8 “Já fui até à rua, mas ainda não tenho coragem de me afastar muito.... Sim, com a sr^a enfermeira, sou capaz de ir... é melhor para a semana”</p> <p>VC8 “ ... sim, hoje sinto-me com mais coragem, vamos dar uma voltinha...”</p> <p>VC8 (Esposa) “ Sabe, tenho ido dar uma volta, com o ... (referindo-se ao marido)...”</p> <p>VC10 “ Tenho ido dar uma voltinha, pequena, mas sempre me vou distraíndo, mas fico um bocadinho cansada.... Sim, quando chego descanso ...”</p> <p>VC20 “...tenho dado umas voltinhas dentro de casa, sem o oxigénio “</p> <p>VC20 “ ... vamos lá...dar uma voltinha...”</p> <p>VC21 “ ... sim, vamos andar um bocadinho”</p> <p>VC21 “ estas pernas estão muito presas...mas vamos lá ver se aguentam....sim, vou primeiro encher o peito de ar e depois andar”</p> <p>VC21 “ Tenho estado bem, lá ando um bocadinho, pouco, mas é por causas das pernas....”</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		VC22 “ ... já sei como devo fazer. Até me custa menos a andar” VC22 “ Até já tenho ido até à janela e também, ali fora” VC22 “ ontem estava o tempo tão bom, que fui dar um passeio pelo meu quintal... fui ver como estava” VC22 “ tenho estado bem... sim, vamos até à porta...” VC23 “... vamos lá até ao quintal, até quero ver se consigo.” VC23 “ Afinal não custou, quando melhorar o tempo até posso almoçar lá fora....” VC24 “ Andar ainda custa, esqueço-me e troco tudo...sim, vamos treinar melhor” VC24 “ Já consigo andar mais tempo, nem preciso de chamar tantas vezes pela mulher... já vou buscar o que preciso” VC25 “ Ando menos cansada, até consigo andar mais tempo...” VC26 “... tenho andado a passear, cada dia que passa vou mais um bocado ...” VC29 “ ... não me canso tanto a andar” VC 29 “ ... é tão bom andar a passear no meu quintal, ainda está um pouco de frio, mas eu agasalho-me bem”
	Maior Facilidade no Arranjo Pessoal	VC4 “ Agora já faço a barba, sem me cansar e olhe que fica bem feita” VC7 ... mas o que lhe quero mesmo contar é o que se passou ontem... o meu filho chegou do trabalho e quando olha para mim, perguntou-me o barbeiro esteve cá? ... nem queria acreditar que fui eu que fiz a barba. Tive que lhe dizer como fiz, para ele acreditar” VC18 “ Vou fazendo alguma coisa, lavar-me,... quando estou pior a minha filha ajuda-me...” VC24 “ ..., já não tenho problemas, nem a fazer a barba... agora não custa” VC25 “ Lavar os dentes e pentear-me já consigo fazer sozinha sem ajuda nenhuma...”
	Maior Facilidade em Tomar Banho	VC4 “A tomar banho, agora é muito melhor. De facto aquela água muito quente, não me fazia nada bem, temos estas ideias de que a água muito quente é que faz bem e depois (pausa), também, nunca ninguém me explicou estas coisas” VC6 “ Tomar banho já não custa, até fico mais tempo, gosto muito de estar debaixo do chuveiro” VC7 “... agora já não preciso de ajuda para tomar banho... “ VC9 “Sabe que já me habituei a tomar banho com a água morna e sento-me para me limpar e não é que até custa muito menos” VC22 “... a tomar banho só preciso de ajuda para entrar na banheira... é um bocado alta..., mas depois faço tudo sozinha” VC24 “ ...a tomar banho, já não tenho problemas...”
	Maior facilidade no	VC18 “ Vou fazendo alguma coisa,..., vestir... quando estou pior a minha filha ajuda-me...” VC22 “ A vestir ainda me enervo um bocado, mas eu sei que ainda não faço, como devia. Esqueço-me de calçar primeiro as meias e depois é que me lembro que estou a fazer mal.”

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
	Vestir	VC22 “ ... agora já ponho a roupa pela ordem certa e já me visto sozinha. ... “ VC22 “ Já me visto e dispo sozinha, já não preciso de ajuda.” VC25 “ ... como é que faço para me vestir? Já me esqueci....sim, vamos fazer outra vez” VC25 “ Vestir? Isso também já faço sozinha, mas ainda demoro algum tempo, mas já faço....”
	Maior Facilidade no Arranjo Casa	VC9 “A fazer as camas, lá me ponho de joelhos e faço tudo do mesmo lado, mas às vezes esqueço-me e já noto a diferença...” VC19 (Mãe) “ A Tem andado muito bem, até já ajuda em algumas coisas em casa...”
	Maior Facilidade no Cozinhar	VC2 “ Agora para cozinhar, faço como combinamos e não me canso tanto” VC3 “ Já não me canso a cozinhar, descasco as batatas sentada, junto tudo na banca e não me canso tanto.” VC15 “Tenho estado bem, até já ajudo o meu marido na cozinha. Estive a descascar batatas... “ VC25 “Até já ajudo na cozinha, coisas pesadas é que tenho medo de pegar, mas isso é o menos....”
	Maior Facilidade no Tratar da Roupa	VC11 “Sr. ^a Enfermeira, aquela ideia de por a bacia da roupa num banco para a pôr a secar, foi mesmo muito boa ideia. Até a minha filha, disse que assim era muito mais fácil”
	Maior Facilidade no Fazer Compras	VC9 “Fui à loja às compras e até fiquei um bocado na conversa. Ficaram admirados, disseram que eu estava melhor” VC27 “Quando vou às compras já peço para dividir em dois sacos e custa menos” VC27 “Vou às compras, ..., faço quase tudo como antes, mas com outro cuidado... foi muito bom terem vindo cá... estou muito grata”
	Vontade em Alimentar-se	VC24 “ ... não me canso tanto, Até a comer já consigo comer mais devagar e melhor”
Impactos Psicossociais	Maior Facilidade em Comunicar	VC2 “ Tenho ido ... ao café, conversar um bocado” VC5 “..., nem tenho tanta falta de ar a falar” VC5 “ Já aprendi a falar mais devagar, estou melhor....” VC9 “Fui à loja às compras e até fiquei um bocado na conversa. Ficaram admirados, disseram que eu estava melhor.” VC14 “ Tenho indo ao café, e olhe que até tenho estado mais tempo na conversa...” VC24 “ ... não me canso tanto, nem a falar.”

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
	Diminuição do Medo	<p>VC8 “Já ando melhor, mas ainda tenho medo de sair para mais longe....”</p> <p>VC14 “ Tenho ido ao café, já não tenho medo”</p> <p>VC19 “ Agora já não tenho medo de sair de casa.”</p> <p>VC26 “... tenho andado a passear, cada dia que passo vou mais um bocado, parece que perdi o medo, nem penso que me pode faltar o ar”</p>
	Alegria	<p>VC8 “... não acredito que estou a ver os barcos (emocionado), sentamo-nos e ficamos algum tempo junto à doca)”</p> <p>VC8 “ (Esposa) ele está muito contente, nem acredito que já saiu de casa, sabe quando dizia que o meu marido ainda ir ver os barcos, nunca acreditei Sim para a próxima também vou”</p> <p>VC14 “ Tenho andado bem, até o meu filho e a minha nora estão admirados, dizem que estou mais alegre... sabe, o tempo todo dentro de casa punha um homem maluco...”</p> <p>VC15 “ (senta-se no sofá, um pouco cansada, com um grande sorriso na cara) ... esta é que foi uma grande surpresa ... ir à pastelaria ... aquele chá soube-me muito bem, muito obrigado (emocionada)”</p> <p>VC15 “ ... o meu marido anda muito feliz... isto era uma vida muito triste... fui muito abaixo com a minha doença.”</p> <p>VC15 “ ... ele não se importa de fazer as coisas em casa... a minha filha vem cá e ajuda... mas a minha tristeza era muito difícil para ele... agora já me vê bem-disposta e está feliz”</p> <p>VC20 “ Estou muito feliz...hoje estou muito feliz... Obrigado, muito obrigado (emocionado) ”</p> <p>VC20 “... tenho ido com a minha esposa... fui outra vez ver os barcos.... É uma alegria, que saudade que tinha”</p> <p>VC23 “ Sabe, no sábado fui com o meu filho ao café....foi uma alegria, julguei que não voltava lá”</p> <p>VC24 “ Estou melhor, pareço outro... assim a vida até parece que corre melhor, com outra alegria”</p> <p>VC25 “Estou muito melhor.... É uma alegria... “</p> <p>VC29 “ Até já fui ao café com o meu filho..., fui de carro, mas foi uma alegria”</p>
	Autoestima Aumentada	<p>VC2 “ Os meus patrões estão admirados, até já consigo ajudar mais....”</p> <p>VC8 “ ... sim, hoje sinto-me com mais coragem, vamos dar uma voltinha..... não acredito que estou a ver os barcos (emocionado, sentamo-nos e ficamos algum tempo junto à doca)”</p> <p>VC8 (Esposa) “... (referindo-se ao marido), ele agora está mais confiante e parece outro”</p> <p>VC13 “ Continuo bem, faço as minhas coisas com calma...só de saber que não preciso de pedir aos outros para me fazerem tudo...”</p> <p>VC14 “ Quando estou mais nervoso, faço como me ensinou e até fico melhor”</p> <p>VC15 “ ... reparou como toda a gente olhava... nem queriam acreditar... quando disser aos meus filhos, vão julgar que estou a brincar....”</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>VC15 “ (sorridente) ... sim estou mais bonita, convenci a minha filha a ir comigo ao cabeleireiro... ela estava muito nervosa... tinha medo, mas eu estou muito feliz.... Nem sei como lhe agradecer, trouxe muita luz à minha vida... “</p> <p>VC20 “ ... sim, ficou muito contente de me ver na rua (referindo-se a um amigo) Sr^a enfermeira, nem acredito que fui à rua...”</p> <p>VC29 “ Sinto-me bem, estou doente, mas até me sinto bem....já estou reformado, mas pelo menos não sou inútil”</p>
	Maior Convívio Social	<p>VC1“Sabe, já consigo estar mais tempo no café. Também, já fui almoçar com uns amigos, demorei pouco tempo, mas estou contente”</p> <p>VC1 “ Vou-lhe contar uma coisa, até já fui a uma tainada com os meus amigos, já tinha saudades”</p> <p>VC6 “ Tenho estado muito bem, tenho saído...”</p> <p>VC8 – “ A Sr.^a enfermeira diz que ainda vamos os dois dar um passeio e ver os barcos, mas eu não sei.”</p> <p>VC8 “... sim, estou bem, podemos ir passear, sim, sei que tenho que ir devagar e respirar com calma...”</p> <p>VC10 “ Tenho ido dar uma voltinha, pequena, mas sempre me vou distraíndo, mas fico um bocado cansada.... Sim, quando chego descanso ... estou melhor”</p> <p>VC14 “... a mulher agora até diz, desde que a sr^a enfermeira vem cá estás melhor e menos rabugento... agora como posso sair sempre distraio mais, era uma vida muito triste...”</p> <p>VC15 “esta é que foi uma grande surpresa...só depois é que eu percebi porque o meu marido veio descer as escadas connosco ... ir à pastelaria ... aquele chá soube-me muito bem, muito obrigado (emocionada)”</p> <p>VC16 “... fui até à biblioteca... a minha esposa ficou toda aflita, mas devagar lá fui”</p> <p>VC16 “... tenho ido à biblioteca e passear com a minha esposa (sorridente) ...”</p> <p>VC19 “Continuo bem, tenho ido passear e até vou com a minha mãe até à casa da D.... (vizinha) ”</p> <p>VC19 “ ... 6^a feira o meu irmão vai-me levar de carro a Viana, vou à feira... sim, tenho cuidado, estou muito contente....”</p> <p>VC19 “ ... sim, fui a Viana, correu tudo bem... comprei esta camisola...”</p> <p>VC19 “ (sorridente) fui à festa... sim, fui ver a procissão, passei muito bem... e também fui ver o fogo-de-artifício”</p> <p>VC20 “ ... sim, ficou muito contente de me ver na rua (referindo-se a um amigo) Sr^a enfermeira, nem acredito que fui à rua... sim, amanhã vou com a minha esposa dar uma voltinha...”</p> <p>VC20 “ Viu como o ... (dono do café) ficou a olhar quando entramos... nem queria acreditar que era eu”</p> <p>VC20 “ Sim, hoje vamos tomar um café.... Vamos lá ver....sim, a este aqui perto”</p> <p>VC20 “ Sim, tenho dado a minha voltinha... no domingo fui almoçar à casa do meu filho...”</p> <p>VC20 “ nem acredito que estou a ver os barcos Que surpresa, não sabia que vínhamos aqui,... sim eu sei que é perto...mas era o medo.”</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		VC23 “ Sabe, no sábado fui com o meu filho ao café... julguei que não voltava lá” VC26 “... tenho andado a passear, cada dia que passo vou mais um bocado...”
	Participação nas atividades Religiosas	VC11 “ Vou contar-lhe uma novidade, no domingo fomos à missa e depois até vim a pé com o meu netinho. “ VC19 “ Agora já não tenho medo de sair de casa, até já fui à missa” VC22 “ Agora já vou rezar o terço, já sei como devo fazer”
	Maior interesse pela Estética	VC 15 “... mas o que eu queria mesmo era ir ao cabeleireiro, este cabelo está mesmo feio...” VC15 “ (sorridente) ... sim estou mais bonita, convenci a minha filha a ir comigo ao cabeleireiro... “
	Melhoria do Sono	VC20 “ Estou bem, até tenho dormido melhor.....” VC20 “ Tenho estado bem, durmo tão bem que nem acredito” VC28 “ ... até durmo melhor, mas ainda me sinto muito cansada, mas ainda é pouco tempo....”

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Impacto das Medidas Terapêuticas	Diminuição das necessidades de Oxigenoterapia	<p>VC1 “...até tenho esperança de deixar o aparelho (oxigenoterapia) ”</p> <p>VC1 “ Estou a ficar melhor e digo-lhe que ainda vou deixar esta coisa (oxigenoterapia). Acredite, até já faço menos horas.”</p> <p>VC3 “ Parece que o oxigénio já não me faz tanta falta, agora só faço à noite”</p> <p>VC3 “ Estou desejava de ir ao médico, ele nem vai acreditar, mas eu agora cada vez faço menos oxigénio...já não sinto aquela necessidade”</p> <p>VC3 “O médico disse para eu fazer o oxigénio só quando precisar e para tomar nota num papel, os dias que fazia e as horas, muito obrigado, volto lá daqui a um mês”</p> <p>VC3 “ Tenho estado muito bem, nem tenho precisado do oxigénio”</p> <p>VC6“. Sinto-me muito melhor, cá para mim, um dia destes deixo o oxigénio”</p> <p>VC6 “... acredite, cada vez preciso menos do oxigénio, eu até já pensei em deixar”</p> <p>VC6 “ Sim, Sr.^a Enfermeira, eu já sei que ainda é necessário treinar melhor a respiração e ter calma, mas eu acredito que vou deixar isto (oxigenoterapia), já só faço de noite...”</p> <p>VC6 “ Continuo a sentir-me muito bem, veja lá que ontem até me esqueci e dormi toda a noite sem oxigénio... não de manhã estava bem, fiz logo os exercícios...”</p> <p>VC16 “Para o próximo mês vou ao médico e já não quero o oxigénio, já quase que não faço, só poucas horas de noite, durmo melhor sem ele...”</p> <p>VC17 “ O que mais me custa é nunca me terem dito que havia maneira de eu não passar tão mal, sabe que eu não gosto nada daquela coisa (oxigenoterapia), até me tira o sono”</p> <p>VC17 “Eu agora já não faço a noite toda, chego aí às 2 h e desligo e olhe que durmo muito bem”</p> <p>VC20 “ Já consigo ir à casa de banho sem o oxigénio ... “</p> <p>VC26 “ Parece que o oxigénio já está é a fazer mal, hoje vou dormir sem ele e depois logo vejo... sim, Sr.^a enfermeira eu tenho cuidado, mas parece que agora isto até não me deixa dormir, vou experimentar”</p> <p>VC27 “ Continuo bem...o oxigénio faço de noite, mas de dia ando bem”</p> <p>VC 29 “ Estou melhor da falta de ar. Nem tenho precisado do oxigénio tanto tempo”</p>
	Sem Necessidade de Oxigenoterapia	<p>VC1 “ Tenho uma grande novidade para lhe contar, o médico disse que podia parar o oxigénio, mas para já ainda fica aqui o aparelho.... Muito obrigado”</p> <p>VC3 “ ...o médico disse que para já não preciso de oxigénio, para continuar a fazer como a Sr.^a Enfermeira disse e se um dia voltar a precisar, então depois ele diz. Muito obrigado”</p> <p>VC6 “ ... sim fui à consulta e sabe, vou ficar sem oxigénio.”</p> <p>VC16 “ O Dr. diz que a senhora enfermeira, anda a pôr os doentes muito exigentes... estava a brincar... sim, eu disse que já</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>não preciso de oxigénio.”</p> <p>VC16 “ ... ele riu-se e disse calma, vamos primeiro ver como está e depois falamos... mas no fim disse, o oxigénio fica ainda em casa, pode fazer falta e daqui a 2 meses vemos como está.”</p> <p>VC16 “ Já passaram os dois meses e como não precisei do oxigénio, já levaram o aparelho”</p> <p>VC17 “ Vou deixar de fazer o oxigénio e na próxima consulta vou dizer ao médico que já não me faz falta..... já sei Sr.^a enfermeira, tenho que ter calma e continuar a treinar e a fazer estes exercícios”</p> <p>VC17 “ (telefona) ... não, não se preocupe, estou muito bem... já vieram buscar o aparelho, ... sim, o médico disse que até estava admirado mas que eu estava muito melhor... tinha o oxigénio a 94”</p> <p>VC26 ” Sr.^a Enfermeira.... Obrigado por tudo, o médico diz que já não preciso de oxigénio, que estou muito melhor...”</p>
	<p>Atitude Positiva face à Reabilitação Respiratória</p>	<p>VC1 “... tenho feito sempre os exercícios, duas vezes por dia. Agora estou a sentir que estou melhor (pausa)...”</p> <p>VC1“...sim, eu não me esqueço de que tenho que fazer e ter estes cuidados sempre, vamos ver agora como corre a primavera....”</p> <p>VC1 “ Cada vez estou melhor, nunca pensei passar um inverno sem ir ao hospital.... Estou deseioso de ir ao médico”</p> <p>VC1 “Já podiam ter feito isto há mais tempo, talvez nunca tivesse precisado do oxigénio, mas ainda bem que vieram cá, muito obrigado”</p> <p>VC2 “ Faço a ginástica, já sei fazer melhor, não me custa tanto.”</p> <p>VC2 “ Parece que isto vai, este frio costuma-me fazer muito mal, mas este ano a coisa parece estar a andar melhor. Eu faço sempre a ginástica de manhã e à noite”</p> <p>VC2 “... sim eu agora estou para ver como vai ser na primavera, o inverno até foi bom”</p> <p>VC2 “ Continua tudo bem Eu sei, tenho sempre que ter estes cuidados, eu não me esqueço...”</p> <p>VC3 “ Continuo bem, nem a primavera me está a atingir muito, era sempre uma altura do ano difícil”</p> <p>VC3 “ Sinto-me mesmo bem, está tudo muito admirado, até as minhas vizinhas, sabe elas viram-me tão em baixo...”</p> <p>VC3 “Nunca me esqueço de fazer os exercícios.”</p> <p>VC4 “Este Inverno está a ser melhor, mas eu também, faço todos os dias os exercícios”</p> <p>VC4 “ Sim, continua a fazer tudo na mesma, sabe sinto-me melhor, é muito bom conseguir outra vez fazer tantas coisas, nunca pensei...”</p> <p>VC4 “ ...ainda bem que vieram cá, estou muito melhor, nem acredito, isto parece milagre....”</p> <p>VC5 “Sim, faço uma coisa e descanso, depois faço outra, sinto-me outro”</p> <p>VC6 “Estou cada vez melhor, nunca julguei dizer isto... agora estou deseioso de ir à doutora... quero ver o que ela me diz”</p> <p>VC6 “ Sr.^a enfermeira, a doutora ficou admirada, disse que eu estou muito melhor, para continuar a fazer o que a Sr.^a</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>enfermeira manda e voltar lá daqui a dois meses”</p> <p>VC6 ” Se não fossem as senhoras enfermeiras... nunca me ensinaram estas coisas, eu nem sabia que esta ginástica existia”</p> <p>VC7 “ ... já consigo respirar como me ensinou... que tal faço bem?...tenho treinado todos os dias”</p> <p>VC7 “ O meu médico está admirado, diz que eu estou melhor...., mais limpo”</p> <p>VC9 “ sinto-me melhor, não sei é porque nunca me tinham ensinado isto... assim as coisas custam menos”</p> <p>VC10 “ Quando estou mais cansada, descanso e faço o que me ensinou e sinto-me melhor”</p> <p>VC10“ Já não tenho medo de estar sem o oxigénio, já não estou tanto tempo, sabe, tinha muito medo....”</p> <p>VC10 “ Estou melhor, muito melhor, até pareço outra... as coisas agora custam menos..”</p> <p>VC13 “ ... ao princípio estive para dizer que era melhor não fazer nada, andava muito desanimada... mas ainda bem que não disse... o que eu ia perder”</p> <p>VC13 “... estou bem, nem sequer tenho precisado de ir ao hospital... sinto-me bem...sim, eu sei que tenho que fazer a ginástica e descansar.”</p> <p>VC13 “ ...agora é esperar pelo verão... sabe que este sítio onde vivo é perigoso, por causa dos incêndios, quando vem aquele fumo...”</p> <p>VC13 “Já não passo sem fazer os exercícios e ando muito melhor.”</p> <p>VC14- “Tenho feito os exercícios e até me sinto bem.”</p> <p>VC16 “Eu vou continuar a fazer tudo direito, com todo o cuidado...pois se ficar sem oxigénio mais uns aninhos é outra liberdade”</p> <p>VC16 “... tenho feito sempre os exercícios, mas ainda tenho muito medo destas escadas, são tantas”</p> <p>VC16 ... assim até a doença parece menos grave... só falta mesmo ir ao médico...”</p> <p>VC17“ Continuo bem, mas faço todos os dias os exercícios de manhã e à noite... sim já fui para o meu quarto... o meu marido quer falar com a srª enfermeira”</p> <p>CV18 “ Tenho estado bem, desde que comecei a fazer a ginástica, não me falta tanto o ar. Parece que isto está a acalmar”</p> <p>VC18 “...isto já é de muitos anos, se quando fiquei doente me tivessem ensinado isto... acho que não tinha chegado a este ponto...”</p> <p>VC19 – “Já parece que sou eu que mando nesta falta de ar, faço sempre aquilo que treinamos, parece que está a dar resultado”</p> <p>VC19 “ Tenho estado bem, já há muito tempo que não preciso de ir para o hospital, para a semana tenho consulta”</p> <p>VC19 “ O Doutor disse que eu estava muito bem e ficou muito contente por não ter precisado de ir ao hospital”</p> <p>VC20 “ Estou bem, faço sempre a ginástica.”</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>VC20 "...mas se continuar a sentir-me bem pode ser que vá com a Sr.^a enfermeira até lá fora...mas, já sei que se vou lá fora fica tudo a olhar, já há tanto tempo que não saio... vou pensar"</p> <p>VC20 " Estou bem, nem pareço o mesmo...sim, tenho feito tudo direitinho"</p> <p>VC21 " ... faço sempre os exercícios, esta ginástica faz bem.... Tenho estado bem"</p> <p>VC21 " com estes exercícios os pulmões ficam mais livres"</p> <p>VC22 " ... afinal nem custou muito, já estou a perder o medo. Uma pessoa fica presa a isto (oxigenoterapia) e depois até tem medo de se afastar....mas, agora já não é assim"</p> <p>VC24 " ... estou limpinho....sinto um alívio"</p> <p>VC24 " Isto não é fácil, estou habituado a respirar muito depressa, fico cansado, mas tenho que pensar e fazer como estou a prender"</p> <p>VC26 " Sinto-me bem, muito melhor, nunca encarei bem ter que fazer oxigénio, ainda sou novo, não quero ficar preso a isto...."</p> <p>VC26 " Ando mesmo bem, já fui marcar consulta, não vou esperar pela que estava marcada. Sinto-me tão bem, vou falar com o médico...ele que me mande fazer os exames que entender, mas eu sei que estou melhor"</p> <p>VC26 " Isto vai indo, mas ainda tenho muito medo ... agora parece que estou melhor, não sei se é dos exercícios, mas parece que sim"</p> <p>VC27 " Afinal isto (referindo-se aos exercícios respiratórios e técnicas de conservação de energia) até é bom, tenho-me sentido melhor, já não custa tanto a fazer as coisas"</p> <p>VC28 " A ginástica, tenho feito direitinha ..."</p> <p>VC29 " ... isto (referindo-se aos exercícios respiratórios e técnicas de conservação de energia) parece que dá efeito..."</p> <p>VC29 "... é pena que não expliquem isto logo que uma pessoa fica doente, pois até se tinha outro ânimo para encarar a doença"</p> <p>VC30 " ... agora já acredito que irei novamente às festas aqui da terra, pelo menos um bocadinho, ver a procissão..., ainda falta tempo, é só lá para o verão"</p> <p>VC30 " Sinto-me melhor...com outra vontade, isto não tem estado mal e com este frio, até nem está mal"</p> <p>VC30 " Tenho estado bem... vamos lá ver agora, vem aí a primavera, pode ser que ainda seja melhor....este inverno foi bom, não tive que ir ao hospital...esta ginástica fez-me bem"</p>
	<p>Ressurgir da Esperança</p>	<p>VC13 " ... nunca tinha ouvido falar nisto (referindo-se à cinesiterapia), pensei que o meu destino era ficar cada vez pior, até não conseguir fazer nada..., mas agora já estou com mais esperança"</p> <p>VC13 " Sinto-me mais forte, parece-me que ganhei cor... todos dizem que estou melhor e mais bem-disposta"</p>

Área Temática – Perceção dos Participantes ao Longo da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
		<p>VC15 “ Bem hajam, pelo vosso trabalho... às vezes na nossa vida aparecem pessoas, como a sr^a enfermeira, que nos fazem acreditar que somos capazes de mudar alguma coisa... muito obrigado”</p> <p>VC16 “Continuo a sentir- me bem, tenho cuidado, mas agora sei que posso viver melhor com a minha doença”</p> <p>VC17 “ Estou a sentir-me melhor, ainda tenho esperança de deixar este aparelho (oxigenoterapia). Já sabe, não gosto nada disto. “</p> <p>VC17 “(marido) Sr.^a enfermeira, não sei como lhe agradecer... quando vi a minha mulher a ir para nosso quarto (emocionado), nem queria acreditar”</p>