



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão

Porto – março, 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
EM UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**
CHRONIC RESPIRATORY PATIENT: SITUATION DIAGNOSIS IN
FREQUENT USERS OF THE EMERGENCY SERVICE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão

Sob a orientação de
Professor Doutor Armando Almeida

Porto – março, 2023

RESUMO

Atualmente, as doenças respiratórias são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em Portugal, em particular as doenças respiratórias crónicas. Um problema em saúde que afeta pessoas das mais variadas idades e que, quando não controlado, pode tornar-se incapacitante. Dentro das diferentes doenças respiratórias crónicas podemos destacar a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica. Em todo o mundo, a prevalência das doenças crónicas está a aumentar e em Portugal é considerado um problema de elevada magnitude. Desta forma, torna-se fundamental a implementação de modelos de gestão dos cuidados de saúde que deem resposta às necessidades reais da população. A gestão da doença crónica nem sempre é conseguida da melhor forma, levando a agudizações da doença, aumento da recorrência ao serviço de urgência e aumento do número de internamentos. É necessário a adoção de modelos coesos e centrados nas pessoas e nas suas necessidades. Assim, teremos utentes preparados, informados e motivados a trabalhar em conjunto com o seu profissional de saúde. O presente documento consiste num relatório de estágio final, para aquisição de competências relativas ao curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, da zona norte de Portugal. Com o objetivo de identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com doença respiratória crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, foi realizado um diagnóstico de situação seguindo as linhas orientadoras do planeamento em saúde. Após a aplicação do formulário de recolha de dados e análise estatística, foram identificados 8 problemas. Os problemas foram priorizados e o que ocupou o lugar de destaque foi “Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida”. Das diversas necessidades identificadas na amostra estudada, podemos destacar a capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida, a falta de adesão ao regime medicamentoso, dietético e de exercício, a falta de conhecimento sobre estratégias para controlar a falta de ar, a capacidade para executar a técnica inalatória comprometida e a falta de conhecimento sobre utilização dos serviços de saúde. Tendo em conta o diagnóstico identificado, foram sugeridas intervenções e os respetivos indicadores. Para além disto, foram construídas árvores de decisão diagnóstica, como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Doente Respiratório Crónico; Utilizadores frequentes do Serviço de Urgência; Enfermagem Comunitária; Diagnóstico de situação; Gestão do regime medicamentoso.

ABSTRACT

Respiratory diseases are currently one of the biggest causes of morbidity and mortality in Portugal, specifically chronic respiratory diseases. This is a health problem that affects people of all ages and, when not controlled, can become disabling. Within the different chronic respiratory diseases, asthma and chronic obstructive pulmonary disease are prominent. The prevalence of chronic diseases is increasing all over the world, and particularly in Portugal, this is considered a highly concerning problem. Thus, it is necessary to implement healthcare management models that are able to respond to the population real needs. The management of the chronic disease is not always done in the best way, which leads to exacerbations of the disease, increasing use of the emergency services and increasing number of hospitalizations. It is crucial to adopt cohesive models focused on people and on their needs. Therefore, informed, prepared, and motivated patients will work together with their healthcare professional. This document consists of a final internship report for the acquisition of skills related to the master's degree in Nursing with Specialization in Community and Public Health Nursing, in a Community Care Unit, in the north of Portugal. With the aim of identifying phenomena that are sensitive to nursing care, a situation diagnosis was carried out following the guidelines of a health planning, using a sample of patients with chronic respiratory disease and who are frequent users of the Emergency Service. After applying the data collection form and statistically analysing, 8 problems were identified. When these were prioritised, one problem stood out, which was - "Capacity to manage the compromised medication scheme". From the different needs identified in the analysed sample, it is possible to highlight these: ability to manage the compromised medication scheme; lack of adherence to the medication, diet, and exercise plan; lack of knowledge about strategies to control shortness of breath; ability to perform the compromised inhalation technique; unawareness about the use of healthcare services. Considering the identified diagnosis, specific interventions and their respective indicators were suggested. In addition, diagnostic decision trees were built as a tool to support nurses' decision-making.

Keywords: Chronic Respiratory Disease; Frequent users of the Emergency Service; Community Nursing; Situation Diagnosis; Medication scheme management

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Doutor Armando Almeida, pela sua disponibilidade, paciência e contributo para a minha aprendizagem ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem.

À Senhora Enfermeira Tutora, pelo acompanhamento nos últimos 4 meses e por toda a disponibilidade.

A todos os Senhores Enfermeiros que passaram pelo meu caminho, pela partilha de experiências.

À minha equipa, por todo o apoio, firmeza e longas conversas à hora do almoço, onde de nada mais se falava.

A todos aqueles que aceitaram participar no estudo.

Aos meus amigos e família, pelo acompanhamento e suporte durante todo este tempo.

Por último,

À senhora minha avó, por desde sempre semear em mim a busca por conhecimento novo, pelo desafio e descoberta.

PENSAMENTO

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém
ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

EEESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

BICSP - Bilhete de Identidade de Indicadores nos Cuidados de Saúde Primários

CCS - Conselho Clínico e de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DRC - Doente Respiratório Crónico

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DGS - Direção Geral da Saúde

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

GINA - Global Initiative for Asthma

OMS - Organização Mundial da Saúde

mMRC - Medical Research Council modificad

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

SU - Serviço de Urgência

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

% - Percentagem

SASU - Serviço de Apoio a Situações Urgência

SPSS - Statistical Package for the Social Science

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1. A DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: ASMA	23
1.2. A DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: DPOC	26
1.3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	31
CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO EM SAÚDE.....	41
2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	42
2.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	42
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
2.4 DESENHO DO ESTUDO	44
2.5 VARIÁVEIS E RECOLHA DE DADOS	45
CAPÍTULO III: RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE	47
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ANTROPOMÉTRICAS	47
3.2. CONSCIENCIALIZAÇÃO FACE À DOENÇA.....	49
3.3. REGIME MEDICAMENTOSO	50
3.3. REGIME DE EXERCÍCIO	52
3.4. REGIME DE ALIMENTAÇÃO	53
3.5. ACESSIBILIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	54
3.6. COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE	55
3.7. TÉCNICA DE INALAÇÃO	58
3.9. HÁBITOS TABÁGICOS	60
CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	63
4.1. PROBLEMAS/ NECESSIDADES IDENTIFICADAS	63
4.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	64
4.3. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	67
4.3.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	67
4.3.2. Atividades planeadas.....	68
4.3.3. Avaliação da intervenção planeada	70
CAPÍTULO V: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	71
CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES	89

APÊNDICE I - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO	91
APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO SR. PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA EM SAÚDE.....	95
APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE	99
APÊNDICE IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO COORDENADOR DA UNIDADE FUNCIONAL	103
APÊNDICE V - FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS	107
APÊNDICE VI - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	121
APÊNDICE VII - DIÁRIO TERAPÊUTICO.....	129
APÊNDICE VIII - APRESENTAÇÃO POWERPOINT	139
APÊNDICE IX - ÁRVORE DE DECISÃO	163
APÊNDICE X - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	173
APÊNDICE XI - INDICADORES: BILHETE DE IDENTIDADE.....	183
<u>ANEXOS.....</u>	197
ANEXO I - LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING (LCADL).....	199

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo do cuidado na doença crónica (Chronic Care Model). Fonte: Instituto MacColl (213).....	35
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Nível de escolaridade.....	48
Tabela 2: Índice de Massa Corporal (IMC).	48
Tabela 3: Perímetro abdominal.....	49
Tabela 4: Tipo de Doença Respiratória Crónica (DRC).....	49
Tabela 5: Presença de outras Patologias crónicas.	50

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Perceção individual sobre o regime alimentar adotado.	53
Gráfico 2: Meio utilizado para se deslocar às consultas no Centro de Saúde.....	54
Gráfico 3: Utilização dos recursos em caso da existência de problemas relacionados com a saúde.....	56
Gráfico 4: Utilização dos recursos de saúde em situação de agudização da doença respiratória.....	56
Gráfico 5: Hábitos tabágicos anteriores.....	60

Índice de quadros

Quadro 1: Critérios de definição de prioridades	65
Quadro 2: Hierarquização dos problemas	66

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivemos em todo o mundo uma alteração no paradigma da saúde da população com o aumento da esperança média de vida, diminuição da taxa de natalidade e o progressivo envelhecimento dos indivíduos. Deparamo-nos com alterações no padrão epidemiológico da população e na configuração comportamental, tanto a nível social como familiar. Surgem novas e distintas ameaças à saúde da comunidade, resultando numa mudança no paradigma das necessidades em saúde, que exigem respostas de excelência dos profissionais de saúde. Para isto, os cuidados requerem qualidade e proximidade, têm de ser de ser particularizados e focados (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

No atual cenário da saúde da população, é visível o predomínio das doenças crónicas. Segundo os dados estatísticos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2022, cerca de 43.9% da população com idade superior ou igual a 16 anos, refere ter uma doença crónica, sendo que 71,4% dessas pessoas têm mais de 65 anos. As doenças respiratórias são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, em particular as Doenças Respiratórias Crónicas (DRC). De facto, em Portugal apresentam uma prevalência de cerca de 40%, com tendência crescente (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013).

As doenças respiratórias crónicas distinguem-se pela alteração que provocam às vias-áreas e às restantes estruturas do pulmão, apresentando uma evolução ao longo do tempo (DGS, 2013). No conjunto das DRC salientam-se: a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (DGS, 2013).

A DPOC ocupa o 3º lugar das principais causas de morte a nível mundial e estima-se que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo, apresenta diagnóstico de DPOC. Nos últimos anos, o número de utentes inscritos nas Unidades de Saúde com diagnóstico de DPOC tem vindo a aumentar (DGS, 2019). A Asma é uma doença respiratória crónica cuja prevalência em Portugal é cerca de 10%, e apresenta-se como uma das principais causas de internamentos hospitalares. Um problema em saúde que afeta pessoas das mais variadas idades e que, quando não controlada, pode tornar-se incapacitante ou até mesmo mortal (DGS, 2014).

De facto, é reconhecido o enorme impacto destas doenças crónicas na qualidade de vida dos utentes. Desde o ano de 2000, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) dá especial prioridade à implementação de medidas de controlo e prevenção das DRC. Assim, a Direção Geral de Saúde (DGS), desde abril de 2012, que preconiza, através do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, um enfoque especial às Doenças Respiratórias Crónicas, nomeadamente a Asma e a DPOC.

Posto isto, tendo em conta que enfermagem é uma disciplina científica dotada de um corpo de conhecimentos próprios, os enfermeiros, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEESCSP), têm uma posição central na procura e identificação de soluções que deem respostas às novas necessidades dos indivíduos. Através de uma abordagem holística e organizada aos diferentes níveis de prevenção, inseridos numa equipa multidisciplinar, os EEESCSP trabalham para que seja possível potenciar o máximo de saúde da sua população alvo. Efetivamente, este grupo profissional é detentor de uma excelente capacidade de juízo clínico e de tomada de decisão quando falamos no reconhecimento e domínio de determinantes sociais e de saúde das suas comunidades (OE, 2011).

Focados nas respostas humanas aos processos de vida e transições de saúde/doença, possuem um leque de competências clínicas especializadas para a

realização de diagnósticos em saúde na sua comunidade, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, e o posterior levantamento de estratégias de ação que deem resposta às necessidades identificadas. Tudo isto, caminhando no sentido de atingir e melhorar os objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde (OE, 2011).

Para além disto, importa relembrar que as Doenças Crónicas são descritas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “... doenças de duração prolongada e progressão lenta...” e “... problemas de saúde que exigem tratamento contínuo ao longo de um período de anos ou décadas...” (OMS, 2002). É fundamental que os profissionais de saúde saibam o seu papel face a estas condições: a intervenção passa pela promoção da saúde; prevenção da doença crónica; redução dos fatores de risco; intervenção individual através da prestação de cuidados e tratamentos apropriados; e intervenção comunitária. Desta forma, é necessário implementar modelos de gestão em saúde para a doença crónica, que atualmente já não é encarada isoladamente. Cada vez mais, a população apresenta mais do que uma doença crónica e as exigências que cada uma implica quer para o doente como para a família e comunidade são, na grande maioria, transversais (WHO, 2002). O sistema de saúde tem de garantir aos utentes com doença crónica uma rede de suporte alargada na comunidade, de forma que seja possível manter e potenciar o melhor estado de saúde e grau de funcionamento, durante maior número de tempo possível.

Assim, torna-se evidente que os EEESCSP são os profissionais detentores de um papel fundamental na gestão da doença crónica, promovendo a capacitação de grupos e comunidades.

Face ao exposto, e aliado ao facto de exercer a minha atividade profissional numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), surge a determinação para a aquisição de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e, conseqüentemente, a realização do presente trabalho. A escolha da referida área de especialização surgiu há bastante tempo,

após uma experiência de voluntariado em cabo-verde, num dos bairros mais pobres da cidade da praia. Nesse tempo, tive a oportunidade de fazer parte de uma equipa de profissionais de saúde que direcionou a sua ação para essa população. Desde crianças, adultos e idosos. Efetivamente, a população vivia em casas precárias, construídas com material desapropriado, tinham acesso a luz em casa, mas não tinham água. As condições de higiene eram extremamente escassas, a alimentação e hidratação eram muito pobres. Uma realidade, decerto, diferente da vivida em Portugal. No entanto, foi o momento em que decidi que queria fazer parte da construção da base da pirâmide do sistema de saúde e, contribuir com uma pequena gota para a sua firmeza.

No que se refere à seleção do local para a realização do estudo, esta foi realizada tendo em atenção as preferências do estudante e disponibilidade das unidades funcionais, sendo que foi-me atribuído uma Unidade de Cuidados na Comunidade, na região norte de Portugal. Quanto à escolha do grupo de utentes a estudar, baseou-se numa necessidade identificada pelos profissionais de saúde que exercem funções na UCC - doentes respiratórios crónicos, utilizadores frequentes do serviço de urgência.

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular de “Estágio final-Relatório”, inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa, no Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem-Porto. Segundo o plano de estudos do curso em vigor, a presente Unidade Curricular compreende 30 ECTS, correspondendo a um total de 850 Horas de trabalho. No que se refere à componente de estágio, compreende um total de 360 horas de contacto ao longo de 16 semanas, de 05/09/2022 a 20/12/2022. O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

No que se refere ao desenvolvimento do estágio, este alicerçou-se na realização de um diagnóstico de situação, tendo por base a metodologia do

planeamento em saúde. Tendo em conta a perspetiva de Tavares (1990), planeamento em saúde é um processo que assiste a tomada de decisão dos profissionais, permitindo uma otimização e organização dos recursos com base em princípios de equidade e eficiência.

Entende-se planeamento em saúde, como um processo racional e consistente, contínuo, formalizado e dinâmico que tem como finalidade produzir resultados que deem resposta aos problemas em saúde identificados. Com base num sistema integrado de decisões, pode sofrer alterações e reavaliações em qualquer etapa, tendo em conta as possíveis modificações que podem ocorrer aquando do seu decorrer (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deste modo, considerando a perspetiva de Imperatori & Giraldes (1993) apresentada por Melo (2020), o planeamento em saúde divide-se em três grandes etapas: A elaboração do plano; a execução; e a avaliação. Inseridas na primeira etapa, elaboração do plano, podemos distinguir seis passos fundamentais que a concretizam:

- Diagnóstico de Situação;
- Definição de Prioridades;
- Fixação de Objetivos;
- Seleção de Estratégias;
- Elaboração de Programas e Projetos;
- Preparação da Execução.

Assim, realizou-se um diagnóstico em saúde com o objetivo de identificar fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, em utentes com Doença Respiratória Crónica e que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência (SU), pertencentes à área de abrangência de uma UCC.

O presente relatório procura refletir o caminho percorrido para a realização do diagnóstico em saúde e aquisição de competências na área da especialidade, quer isto dizer, as atividades desenvolvidas em contexto de

estágio. Desta forma, é possível delinear os seguintes objetivos para a presente exposição:

- Apresentar o diagnóstico em saúde, numa população de doentes respiratórios crónicos, utilizadores frequentes do serviço de urgência, pertencentes à área de abrangência de uma UCC;
- Apresentar possíveis intervenções face às necessidades identificadas;
- Descrever e refletir sobre as competências adquiridas na área da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

A fim de concretizar os referidos objetivos, o documento encontra-se estruturado em 5 capítulos: O primeiro assume-se como um resumo de toda a revisão da literatura realizada para suportar o estudo; o segundo apresenta a descrição das diferentes etapas para a realização do diagnóstico em saúde; o terceiro refere-se aos resultados obtidos após a colheita de dados; o quarto expõe a intervenção comunitária planeada; por fim, no quinto capítulo consta uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente documento apresenta como primeiro capítulo um enquadramento teórico. Tal como já foi referido, para a execução deste trabalho foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde e tendo em conta Melo (2020), que apoia a perspetiva de Imperatori e Giraldes (1998), o enfermeiro deve reconhecer o foco central da sua atenção e iniciar o seu trabalho com uma revisão científica da literatura existente e atual de forma que, posteriormente, consiga colher dados uteis para a realização do seu projeto. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas como *Web of Science*, *EBSCO*, Direção Geral de Saúde (DGS) e WHO Global Index Medicus.

Assim, o presente capítulo está dividido em três subcapítulos: a Doença Respiratória Crónica: Asma; a Doença Respiratória Crónica: DPOC; e o papel do Enfermeiro na gestão da doença crónica.

1.1. A Doença Respiratória Crónica: Asma

A Asma, doença respiratória crónica cuja prevalência em Portugal é cerca de 10%, apresenta-se como uma das principais causas de internamentos hospitalares. Afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerada subdiagnosticada e subtratada (Pedro, 2019)

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Crónicas, Boas Práticas e Orientações para o Controlo da Asma no Adulto e Criança, publicado pela DGS em 2014, e tendo em conta a Global Initiative for Asthma (GINA), esta patologia

é descrita como uma doença heterogénea e distinguida pela “...inflamação crónica das vias aéreas e definida pela presença de sintomas respiratórios, tais como sibilância (frequentemente designada como pieira), dispneia, opressão torácica e tosse com uma limitação variável ao fluxo expiratório a que se associa habitualmente um aumento da reatividade brônquica e alterações estruturais das vias aéreas” (DGS, 2014, pág.5).

É possível identificarmos diferentes fenótipos de asma devido às diversas características fisiopatológicas que podemos encontrar. Os mais comuns são:

“... ”

- Asma com sensibilização alérgica, com início na infância, história familiar de doença alérgica, inflamação eosinofílica frequente e boa resposta aos corticosteroides inalados;
- Asma sem sensibilização alérgica, diagnosticada em adultos, mas também em crianças, em que não se verifica associação a atopia e há menor resposta aos corticosteroides inalados;
- Asma de início tardio, que ocorre em adultos, predominantemente mulheres sem alergia e que necessitam de doses superiores de corticosteroides inalados para o controlo da doença;
- Asma com obstrução fixa das vias aéreas, em doentes com asma de longa evolução, que apresentam obstrução fixa das vias aéreas em provável relação com remodelação;
- Asma e obesidade, ocorre em obesos que apresentam sintomas exuberantes de asma e escassa inflamação eosinofílica das vias aéreas.

...”

(DGS, 2014, pág.5)

Atualmente, estão identificados inúmeros determinantes e os principais fatores de risco para o aparecimento da asma.

Por um lado, os fatores ambientais como a exposição a alérgenos ambientais e ocupacionais impulsionam reações inflamatórias e processos de

remodelação nas vias aéreas que estão interligados à gravidade e controlo da asma. Igualmente, a sensibilização a ácaros, fungos e animais como o cão e o gato têm um efeito negativo na sintomatologia e controlo da asma, o que a longo prazo, se traduz num impacto na gravidade da doença (DGS, 2014). Da mesma forma, a inalação de fumo do tabaco e os poluentes aumentam a possibilidade de ocorrência de sibilância na infância. Efetivamente, é consensual na literatura que a exposição a grandes concentrações de poluentes atmosféricos está relacionada com o aparecimento de doenças respiratórias (DGS, 2014).

Por outro lado, os fatores socioeconómicos também são identificados na lista de determinantes para a asma. De facto, tendo em conta o publicado pela DGS (2014), no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Crónicas, as crianças que habitam em ambientes de baixos recursos económicos têm mais probabilidade de vir a desenvolver asma.

Os fatores risco identificados para o desenvolvimento de asma são: Excesso de peso e obesidade; dieta; fármacos/iatrogenia; fatores hormonais; infeções respiratórias; fatores psicológicos; prematuridade; patologias associadas; tabagismo na gravidez, exposição passiva ao fumo do tabaco; infeções respiratórias precoces na vida; e fatores ambientais (DGS, 2014).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico e suportado pela especificação da obstrução expiratória. A suspeita de asma inicia-se quando o utente apresenta “...episódios recorrentes de dispneia, pieira, tosse ou opressão torácica...” (DGS, 2014, pág.13). No entanto, estes sintomas não são exclusivos de asma, logo é necessário confirmar a existência de um ou mais dos seguintes três: obstrução das vias aéreas; hiper-reatividade brônquica; inflamação das vias aéreas. Para isto, podem ser solicitados exames funcionais complementares, testes de alergia, análises laboratoriais e biomarcadores de inflamação, de forma a sustentar o diagnóstico (DGS, 2014).

Quanto à classificação da asma esta tem em conta dois critérios: a gravidade e o controlo. Assim, podemos encontrar 3 níveis de asma “Asma

controlada”, “Asma Parcialmente Controlada” e “Asma Não Controlada” (DGS, 2014).

Relativamente ao tratamento da asma, este passa por realizar educação do utente, planos de ação individuais e aplicação das boas práticas (rever, reforçar e aumentar o conhecimento e desempenho do doente) (DGS, 2014). Para além disto, após a classificação do doente quanto ao tipo de asma é importante realizar uma parceria entre o utente e o profissional de saúde, garantindo a realização de ensinios ao utente, definição de objetivos, auto-monitorização, plano de ação e a reavaliação regular (DGS, 2014).

Da mesma forma, é fundamental a identificação e controlo da exposição a fatores de riscos, a realização de uma avaliação, tratamento e monitorização adequada de forma que o tratamento farmacológico potencie o maior benefício e segurança para o utente. Igualmente, deve ser abordado as agudizações da asma e referidos sinais de alarme para recorrência ao serviço de urgência (DGS, 2014).

Quanto ao tratamento farmacológico, este é da responsabilidade do médico que acompanha o utente. Essencialmente, são prescritos fármacos para controlo diário da asma (anti-inflatórios e broncodilatadores de ação prolongada, como corticosteroides inalados, corticosteroides sistémicos, antagonistas dos recetores dos leucotrienos, entre outros) e fármacos SOS, de ação rápida com efeito broncodilatador, como os β 2-agonistas de curta duração de ação, os anticolinérgicos de curta duração de ação e corticosteroides sistémicos (DGS, 2014).

1.2. A Doença Respiratória Crónica: DPOC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) caracteriza-se, segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2023), como uma condição heterógena dos pulmões onde predominam sintomas como

dispneia, tosse, expetoração e agudizações que causam frequente obstrução progressiva do fluxo de ar. O diagnóstico é realizado quando as manifestações clínicas passam por sintomas respiratórios crônicos persistentes, como a presença de tosse, expetoração e/ou dispneia, associados a fatores de risco como a inalação de gases, tabaco ou poeiras (DGS, 2019). A obstrução do débito aéreo é demonstrada através da alteração espirométrica, com uma relação de FEV1/FVC inferior a 0.70, após broncodilatação e só assim é confirmado o diagnóstico (DGS, 2019).

O que está na origem da DPOC é um conjunto de sintomas associados a bronquite crónica (apresentando inflamação dos brônquios e produção excessiva de muco) e enfisema pulmonar, surgindo uma destruição alveolar. Estes sintomas variam de pessoa para pessoa e nem sempre ocorrem em simultâneo (GOLD, 2023).

A avaliação das pessoas com esta patologia deve abranger o impacto da sintomatologia, o risco de exacerbações futuras e a gravidade da obstrução do débito aéreo (DGS, 2019). No que se refere à sintomatologia, a “... dispneia deve ser avaliada através da escala do Medical Research Council modificada (mMRC) em que uma pontuação ≥ 2 é considerada elevada...” (DGS, 2019, pág.3).

Já a gravidade e frequência das exacerbações são avaliadas considerando um risco de exacerbações futuras elevado aqueles que apresentem duas ou mais exacerbações num ano e os que apresentem um internamento hospitalar por DPOC no último ano (DGS, 2019). Por fim, a avaliação do grau de obstrução brônquica tem por base os critérios espirométricos após broncodilatação, com FEV1/FVC inferior a 0.7 (DGS, 2019). Tendo em conta,

“... a classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC do sistema Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):

- GOLD 1: ligeira (FEV1 $\geq 80\%$ do valor previsto);
- GOLD 2: moderada (FEV1 $< 80\%$ e $\geq 50\%$ do valor previsto);
- GOLD 3: grave (FEV1 $< 50\%$ e $\geq 30\%$ do valor previsto);

- GOLD 4: muito grave (FEV1 < 30 do valor previsto) ...”

(DGS, 2019, pág. 3)

O tratamento da DPOC é realizado com base na avaliação da dispneia (mMRC) e no número de exacerbações da doença, nos últimos 12 meses. Desta forma, tendo em conta GOLD (2023) é possível distinguir-se três grupos diferentes:

- Grupo A (baixo risco, poucos sintomas): mMRC ≤ 1 , CAT < 10 e exacerbações ≤ 1 ;
- Grupo B (baixo risco, mais sintomas): mMRC ≥ 2 , CAT ≥ 10 e exacerbações ≤ 1 ;
- Grupo E (alto risco): exacerbações ≥ 2 ou internamento ≥ 1 .

Tendo em conta o explanado, de acordo com os referidos grupos deverá ser definido tratamento. Para o grupo A e B está indicado tratamento com broncodilatadores de curta duração de ação, os agonistas adrenérgicos β_2 (SABA) ou anticolinérgicos (SAMA) em monoterapia. Caso o utente apresente sintomas persistentes deve optar-se broncodilatadores inalados de longa duração de ação, agonistas adrenérgicos β_2 (LABA) ou anticolinérgicos (LAMA) (DGS, 2019). No caso de dispneia grave, nos doentes enquadrados no grupo B, pode ser associado LABA e LAMA (DGS, 2019). Para as pessoas inseridas no grupo E, o tratamento procede-se com a associação de LAMA e LABA ou LABA+LAMA+ICS (GOLD, 2023).

Quando o utente com DPOC apresenta insuficiência respiratória é recomendado a prescrição de oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva (DGS, 2019).

É consensual na literatura, que a exposição ao fumo do tabaco é o principal fator de risco para a DPOC, assim como a exposição ambiental e profissional a outros fumos e gases. Assim sendo, os profissionais de saúde devem dirigir as suas intervenções para a cessação desses hábitos prejudiciais através de uma abordagem e aconselhamento motivacional ou tratamento farmacológico,

quando assim indicado. Os doentes com DPOC que mantêm hábitos tabágicos devem ser encaminhados, em 120 dias para a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, caso as intervenções referidas anteriormente não surtam efeito (DGS, 2019).

Para além do tratamento farmacológico, é importante que o utente cumpra o plano vacinal, tenha acesso a programas para a autogestão da doença, e que diminua a exposição aos fatores de risco que possam estar presentes como a cessação tabágica ou exposição ambiental a fumos, gases entre outros (GOLD, 2023). De igual forma, é fundamental manter a atividade física e um programa de exercício adaptado, assim como um sono reparador e uma alimentação saudável. No caso de dispneia, o utente deve ter um plano de autogestão, escrito para saber como atuar em caso de falta de ar, conhecer as técnicas de conservação de energia e estratégias para gerir o stress e controlar a falta de ar. A reabilitação pulmonar e /ou um programa de exercício deve ser prescrita a quem necessite (GOLD, 2023).

De facto, a relevância dos cuidados de enfermagem para os doentes respiratórios crónicos mantem-se sustentado na evidência científica mais recente. O enfermeiro deve recorrer a programas estruturados e adaptados às características de cada utente. A Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD), Global Initiative for Asthma (GINA) e da Direção-Geral da Saúde (DGS) referem três tipos de abordagens: programas educacionais, de autogestão e reabilitação respiratória. Os programas educacionais e de autogestão da doença devem capacitar o utente para a autogestão da sua doença respiratória crónica através de uma abordagem personalizada de forma que seja possível motivar, envolver e apoiar o indivíduo para a aquisição de habilidades e mestria face a sua condição de saúde. Tudo isto, em conjunto com uma relação positiva e de proximidade com um profissional de saúde, favorece a diminuição do número de hospitalizações e recorrências ao SU (GOLD, 2023).

É recomendado a inoculação com as vacinas contra a gripe (todos os anos), a antipneumocócica e contra o SARS-Cov-2 (GOLD, 2023). Tendo em conta as mais recentes orientações da GOLD (2023), a vacinação das pessoas com DPOC contra o vírus influenza reduz o impacto da doença e o número de mortes. Para além disto, a inoculação das pessoas com esta patologia com a vacina antipneumocócica tem vindo a demonstrar uma diminuição da incidência de pneumonia adquirida na comunidade em utentes com DPOC, idade inferior a 65 anos e FEV1 < 40% (GOLD, 2023).

A atividade física diária deve ser uma intervenção prescrita a todos os doentes com DPOC, independentemente da gravidade da doença (GOLD, 2023).

Adicionalmente, também a reabilitação respiratória deve ser prescrita para pessoas que se enquadram nos grupos B e E (GOLD, 2023). Deve ser oferecido a estes utentes programas de reabilitação respiratória em sessões de grupo ou individuais em diversos contextos, como por exemplo o domiciliário. Segundo GOLD (2023), a reabilitação pulmonar melhora a dispneia, a tolerância ao exercício e a saúde dos utentes, diminuindo a ansiedade e a depressão. Para além disto, reduz o número de hospitalizações em utentes com antecedentes de agudizações recentes. De igual forma, a GOLD (2023) refere que a intervenção pelos profissionais de saúde na autogestão dos utentes melhora a saúde dos doentes com DPOC, reduz o número de internamentos, agudizações e recurso ao serviço de urgência (SU).

Para além disto, na norma da 005/2019- Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto, publicada pela DGS em 2019, é preconizado a realização de atividades de educação para saúde no âmbito da "... promoção da atividade física; adesão ao plano terapêutico; sintomas sugestivos de exacerbação/agudização da DPOC; e de prevenção e controlo do tabagismo, incluindo proteção da exposição ao fumo ambiental e promoção de cessação tabágica..." (DGS, 2019, pág.3).

É recomendado a recorrência ao serviço de urgência, aos utentes com exacerbações que apresentem:” ... dispneia grave; hipoxemia e/ou sinais de insuficiência respiratória; alteração do estado de consciência; e refratoriedadeN à terapêutica inicial ...” (DGS, 2019, pág.8). Pode ser realizada a prescrição de antibioterapia empírica durante 5 a 7 dias, quando as exacerbações culminam com aumento do volume da expetoração, coloração purulenta e aumento da dispneia (DGS, 2019).

1.3. O papel do Enfermeiro na gestão da doença crónica

O papel do Enfermeiro na gestão do doente respiratório crónico pode ser considerado transversal quanto ao das restantes doenças crónicas. Efetivamente, nos dias de hoje, cada vez mais, a população não tem apenas uma doença crónica, mas também diversas comorbilidades associadas.

Desta forma, o sucesso na gestão do regime terapêutico passa pela capacitação da pessoa tendo em conta a soma das suas vulnerabilidades em saúde, através de uma abordagem integrada, mobilizando todos os recursos disponíveis. O olhar holístico por parte dos enfermeiros torna-se fundamental. Como já referido anteriormente, estamos perante uma alteração do paradigma da saúde, com novos e mais complexos desafios para os profissionais de saúde. Surge, assim, a necessidade daqueles que prestam cuidados evoluírem no sentido de responderem de forma positiva às necessidades de saúde da sua população.

De facto, Bastos (2015) salienta os diversos desenvolvimentos na disciplina e profissão de Enfermagem, caminhando para uma prática avançada. Desde 2010, que o International Council of Nurses (ICN) propôs aos enfermeiros de todo o mundo a liderança no combate à doença crónica, assumindo-se como modelos influenciadores das suas comunidades. Agentes proativos no

desenvolvimento de competências e adoção de comportamentos promotores da saúde, através da prevenção primária e secundária da doença crónica.

Viver com doença crónica é um desafio bastante complexo, tanto a nível familiar e social como individual. A possível instabilidade e variabilidade influencia física, emocional e psicologicamente podendo acarretar mudanças na educação e no ambiente laboral. A pessoa confronta-se diariamente com a sua própria doença crónica, sendo obrigado a geri-la, o que significa mais responsabilidade para o utente e a sua família. Assim, surge o conceito de gestão do regime terapêutico, utilizado pela primeira vez nos anos 60 e atualmente já sofreu algumas alterações (Bastos, 2015).

Neste sentido, tendo em conta a linha de pensamento de Bastos (2015) baseada na revisão da literatura realizada pelo *National Chronic Care Consortium for Minnesota*, torna-se importante distinguirmos o conceito de autocuidado em saúde (*self-health care*), autogestão (*Self-management*) e autoeficácia (*Self-efficacy*).

O primeiro remete-nos para o conjunto de ações e decisões deliberadamente tomadas pelo utente face à prevenção, diagnóstico e tratamento dos seus problemas de saúde (Bastos, 2015).

No que se refere à autogestão, este conceito é estabelecido como uma atividade realizada pelo próprio que compreende a aprendizagem e treino de competências de forma que seja possível viver física e emocionalmente bem. Bastos (2015) faz referência ao modelo de *Stanford* que ressalta seis habilidades para concretizar a autogestão:

“... resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; formação de parcerias entre o doente e o profissional de saúde; planeamento da ação; e desenvolvimento de competências e conhecimento adequados ao contexto específico de cada pessoa...”

Bastos (2015, pág. 62)

Por fim, o conceito de autoeficácia emerge do conjunto de crenças, atitudes, educação, conhecimento de cada indivíduo. É definida como a conceção

que cada qual possui relativamente à possível adoção de comportamentos em saúde (Bastos, 2015).

Desta forma, compreendemos que as necessidades em saúde dos indivíduos não são estanques e dependem das características individuais de cada um, assim como da gravidade da doença, capacidade de resposta e mestria.

Retomando o conceito de gestão do regime terapêutico, percebemos que é um dos focos de atenção dos enfermeiros. Segundo Bastos (2015), a eficácia na gestão engloba dois aspetos fundamentais: a volição e a cognição. Segundo o ICNP (2019), a volição define-se como “atitude: escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio”. Já a cognição é tida como “processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória.” (ICP, 2019). Quer isto dizer que, para o utente realizar a gestão do seu regime terapêutico necessita de interiorizar e realizar uma escolha de forma consciente para a adoção de comportamentos de saúde. Para isso, necessita de realizar um processo intelectual e cognitivo para que possa chegar à tomada de decisão consciente e informada. É evidente que, tanto o sistema de saúde como os profissionais de saúde podem intervir como agente facilitador ou dificultador de todo este processo.

De forma a compreendermos na íntegra o conceito de gestão do regime terapêutico, importa distinguir dois conceitos muito tangentes: a adesão e a gestão do regime terapêutico. Estes dois conceitos são alvo de debate em muita da literatura existente. Tendo em conta o ICNP (2019) a adesão é definida como:

“...Status positivo: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado

ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) ...”

ICNP (2019)

Para Bastos (2015), o sentido do conceito de adesão prende-se a um tipo de volição, à vontade expressa pelo utente em seguir o regime decidido pelo mesmo, em colaboração com o profissional de saúde. Já o conceito de gestão é tido de forma mais abrangente, onde se insere a adesão, mas que se estende para além dela. Ou seja, engloba não só a adesão, mas também a capacidade do utente para se adaptar face às novas alterações do seu regime (novo sintoma, nova medicação), conhecimento e habilidades para interpretar essas alterações e agir face às mesmas. Desta forma, podemos considerar que a adesão é requisito para a eficácia da gestão (Bastos, 2019).

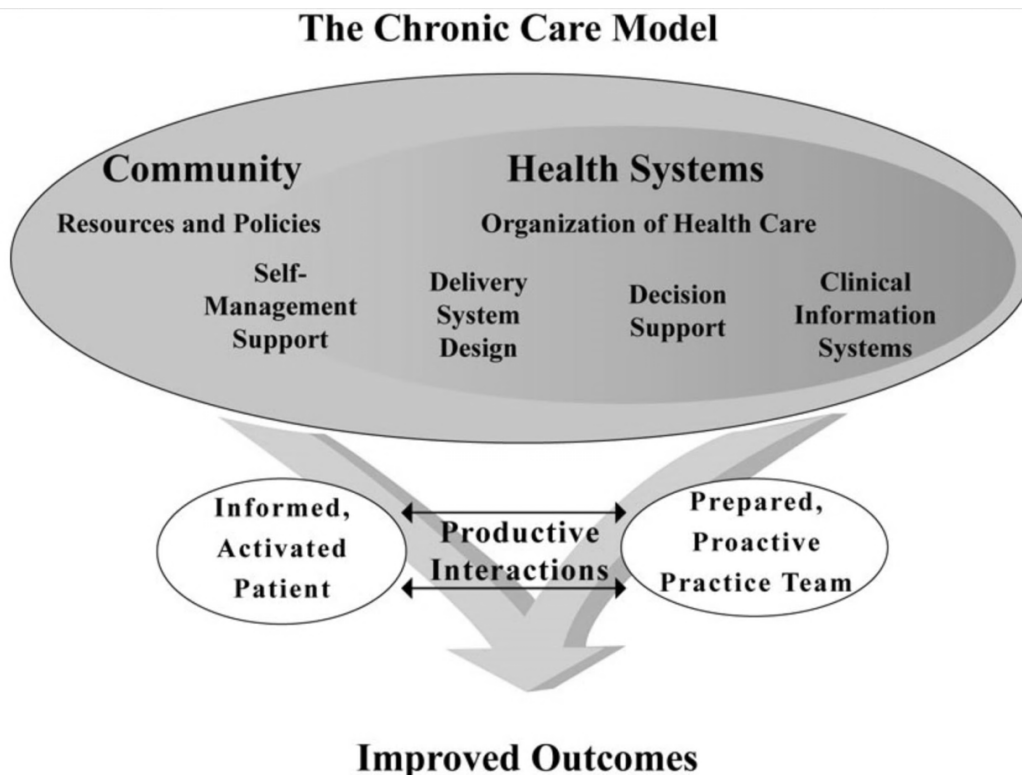
Posto isto, o papel dos profissionais de saúde passa pela formação e promoção de ambientes e estruturas de suporte para o doente crónico. Desta forma, é possível melhorar a qualidade de vida destes indivíduos e promover a autoperceção positiva relativamente ao seu papel na sociedade.

O *Chronic Care Model* (CCM) é um modelo criado nos Estados Unidos da América, por um conjunto de investigadores do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, em 1998, após identificarem as principais causas do insucesso do controlo das doenças crónicas. Posteriormente a esses achados, concluíram que que era necessário reformular os modelos de prestação de cuidados e o raciocínio organizativo tradicional, uma vez que não dava resposta às necessidades reais da população (Sousa, 2021). Assenta em 3 metas fundamentais: “... melhorar a qualidade dos cuidados; melhorar a qualidade de vida e satisfação do cliente; e melhorar a eficiência do sistema de saúde ...” (Sousa, 2021, pág. 16).

O CCM apresenta seis elementos fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos pelos sistemas de saúde e, por consequência, a gestão da doença crónica: “... comunidade; sistema de saúde; suporte à

autogestão; conceção e organização da prestação de cuidados; suporte à decisão; e sistemas de informação clínica...” (Sousa, 2021, pág. 17).

Figura 1: Modelo do cuidado na doença crónica (Chronic Care Model). Fonte: Instituto MacColl (213)



Efetivamente, a OMS informa que este modelo favorece a integração e continuidade dos cuidados de saúde. Os autores recomendam estratégias de intervenção com a finalidade gerar uma população bem informada e profissionais de saúde aptos para prestarem cuidados de excelência (Sousa, 2021). Defende que o atingimento de resultados positivos para as doenças crónicas é conseguido através de indivíduos/famílias informados, preparados e motivados, sob a alçada de equipas de saúde e de apoio comunitário que trabalham em conjunto. A chave da implementação deste modelo está na interação entre o cliente e o profissional de saúde.

Por um lado, o utente devidamente informado, com habilidades e confiança que lhe permitam gerir e tomar decisões esclarecidas, com uma participação ativa na sua saúde. Por outro lado, uma equipa de saúde proativa, que confere suporte aos seus utentes e preparada com os recursos necessários de

forma a proporcionar um atendimento de qualidade. Desta forma, o individuo recebe o cuidado que necessita e, em casos mais complexos, é conveniente que o utente possa dispor de um gestor de caso (Bastos, 2015). O utente toma a posição central neste modelo de cuidados, salientando-se o seu papel na gestão da doença crónica, a sua capacitação e *empowerment*. Assim, estes modelos tornam-se ferramentas úteis para a construção de programas de intervenção para a gestão de doenças crónicas.

Face ao supracitado, de forma a dar resposta a estas necessidades, existem diversas Unidades de Cuidados na Comunidade que desenvolveram projetos de intervenção para o Doente Respiratório Crónico. Desta forma, na carteira de projetos da UCC onde foi realizado o estágio, existe um programa dirigido à gestão do regime terapêutico dos utentes com Doença Respiratória Crónica. A UCC presta cuidados especializados, eficientes e de proximidade a toda a sua comunidade, com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Abrange uma população de cerca de 32.476 utentes, com índice de dependência de 64.15%, sendo que 47.3% são idosos.

O Programa do Doente Respiratório Crónico, dirigido a utentes com diagnóstico médico de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), tem como objetivos gerais: prevenir exacerbações da doença respiratória; diminuir os sintomas associados à doença respiratória e melhorar a saúde física e emocional; e promover a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, melhorando a qualidade de vida.

Para isto, são realizadas atividades como: reabilitação respiratória em sessões de grupo, domicílio ou na unidade de saúde; consulta de enfermagem de reabilitação; gestão das agudizações; e otimização da terapêutica inalatória através da revisão da técnica inalatória a adultos e crianças em colaboração com o médico assistente.

No que se refere aos objetivos específicos do programa, estes passam por: monitorizar as exacerbações dos utentes seguidos no programa; capacitar o

utente para a terapêutica inalatória; capacitar o utente para a execução de exercícios respiratórios; capacitar o utente para a prática da atividade física; e promover hábitos alimentares saudáveis. O programa assenta em três tipos de abordagens:

- Consultas de Enfermagem – Autogestão da Doença;
- Sessões em grupo- Reabilitação Respiratória;
- Visitas domiciliarias- Autogestão da doença e /ou reabilitação.

Atualmente, as sessões em grupo encontram-se suspensas devido às circunstâncias vividas recentemente face a pandemia provocada pela infeção por SARS-CoV2. No entanto, estão definidas sessões de grupo (mínimo 8 e máximo 10 pessoas) de reabilitação respiratória com duração de 8 a 12 semanas, na unidade de saúde onde são abordados diferentes temas em cada uma das sessões e realizado exercício físico.

Já nas consultas de enfermagem individuais, a duração depende da necessidade de cada utente e estas podem ser realizadas na unidade de saúde ou em contexto domiciliário, caso a condição do utente assim o exija. O conteúdo de cada consulta é definido após a realização de uma avaliação inicial do utente, através da colheita dos seguintes dados:

- Questionário Clínico para a DPOC (CCQ);
- COPD Assessment Test (CAT) (Gregório de Freitas, 2019);
- Escala visual analógica vertical (EuroQol Group);
- Teste sentar e levantar em 1 minuto;
- Índice de Barthel;
- Escada de dispneia modified Medical Research Council (mMRC);
- A escala de ansiedade e depressão;
- Entrevista inicial para avaliar conhecimentos sobre autogestão da doença;
- Número de episódios no Serviço de Urgência (SU) e internamentos no último ano.

No final das consultas são realizados exercícios respiratórios ou exercício físico, quando recomendado e adaptado à limitação funcional do utente.

A intervenção na autogestão da doença, em contexto de consulta de enfermagem, trabalha diversas áreas do conhecimento, com o objetivo de obter impacto na qualidade de vida dos utentes, abordando temáticas como: nutrição, sexualidade, gestão da ansiedade, exacerbações, técnicas de gestão de energia, técnicas de utilização de dispositivos respiratórios, exercícios respiratórios e a fisiopatologia da doença. Trabalham com os utentes no sentido de estes obterem capacidade para gerir o regime terapêutico e confiança nas suas habilidades no seu dia a dia.

Os utentes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar constituída por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, médico de família, pneumologista, nutricionista e assistente técnico. Para além disto, importa referir que são necessárias 35 horas semanais de um enfermeiro especialista em reabilitação, por cada UCC e um pneumologista de referência, com quem mantêm reuniões mensais para discussão dos casos clínicos.

Efetivamente, em 2020 foram trabalhados 616 utentes neste programa (nas três UCC que pertencem ao ACES). Os resultados da implementação do programa demonstram uma diminuição das taxas de agudização nos doentes inseridos no programa após 6 meses de intervenção com um aumento de 50% para 72%, o número de utentes com nenhuma recorrência ao SU. O único indicador do ACES contratualizado e associado ao programa é o 373, que reflete o acesso da pessoa com DPOC e/ou Asma aos cuidados de toda a UCC. Contudo, a equipa reconhece que este indicador não reflete a qualidade de cuidados prestados e refere que o programa poderá ter um impacto relevante na diminuição das taxas de internamento dos doentes, assim que tiverem os recursos necessários para implementar em mais população. Assim, pretendem contratualizar o indicador que se refere à taxa de internamento por asma/DPOC entre doentes com asma e/ou DPOC, o 374.

Atualmente, a UCC tem um enfermeiro que dedica todo o seu tempo de trabalho ao programa do DRC. No entanto, não é suficiente e não é possível abranger todos os utentes que necessitam deste tipo de apoio. Assinalaram como limitação do programa a falta de recursos humanos e a fraca referenciação por parte das outras equipas de saúde, o que faz com que o profissional que está a trabalhar no programa tenha de recorrer a listagens de utentes com potencial para integrar o programa. Apresentaram uma proposta de melhoria do programa fortalecendo a articulação com as equipas referenciadoras (USF e equipas hospitalares) e o serviço de pneumologia como parceiro de cuidados.

Assim sendo, o presente projeto emergiu de uma necessidade sentida pelos profissionais de saúde que exercem funções na UCC onde foi realizado o estágio. Salientam que não conseguem chegar a todos os utentes, em especial aqueles que recorrem ao frequentemente ao serviço de urgência e questionam se esses utentes beneficiariam em integrar o programa do doente respiratório crónico.

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO EM SAÚDE

Tendo em conta a problemática explanada, surgiu a necessidade da realização de um diagnóstico em saúde com o objetivo de compreender quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, dos utentes com doença respiratória crónica, que são utilizadores frequentes do serviço de urgência, e que pertencem à área de abrangência da UCC.

O referido diagnóstico foi concretizado seguindo as etapas do planeamento em saúde que, segundo Melo (2020), surgiu no processo administrativo com o intuito de organizar, dirigir e controlar. O mesmo autor refere que Imperatori e Giraldes (1998) retratam o planeamento em saúde através de três etapas fundamentais: a elaboração do plano, a execução e avaliação.

Por sua vez, a elaboração do plano é a etapa mais minuciosa e que compreende diversas tarefas como o "...diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e a preparação da execução..." (Melo, 2020, pág. 3). Assim, o presente capítulo pretende descrever o processo seguido para a realização do diagnóstico em saúde, nomeadamente, no que diz respeito à questão que guiou o presente estudo, os objetivos gerais e específicos, a população e amostra, a metodologia utilizada e as variáveis estudadas. Tendo em conta Imperatori e Giraldes (1998), este diagnóstico deve refletir as necessidades em saúde da população estudada. Posto isto, o segundo capítulo é composto por cinco subcapítulos, onde são abordados os tópicos necessários para se poder chegar ao diagnóstico de situação.

2.1 Questão de investigação

A questão de investigação que norteou o projeto foi: “Quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, dos utentes com doença respiratória crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, pertencentes à área de abrangência de uma UCC?”

2.2 Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral é identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com doença respiratória crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, pertencentes à área de abrangência da UCC onde foi realizado o estágio final.

Definiu-se como objetivos específicos:

- Caraterizar sócio e demograficamente a amostra;
- Caraterizar a gestão e adesão ao regime medicamentoso;
- Caraterizar a adesão ao regime de exercício físico;
- Caraterizar a adesão ao regime alimentar;
- Caraterizar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Caracterizar o comportamento de procura de saúde.

2.3 População e Amostra

Partindo da população de doentes respiratórios crónicos pertencentes à área de abrangência da UCC, tendo em conta o período temporal de setembro de 2021 a setembro de 2022, pretendeu-se identificar aqueles que, dentro do período temporal referido, foram considerados utilizadores frequentes do Serviço de

Urgência. Entende-se como utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, aqueles que recorreram ao serviço de urgência, duas ou mais vezes, durante esse período.

Desta forma, após a submissão e a aprovação do projeto por parte da Comissão de Ética em saúde, obteve-se uma listagem dos utentes codificados com o diagnóstico médico de Asma (R96) e DPOC (R95) utilizadores frequentes do Serviço de Urgência, perfazendo um total de 64 indivíduos.

Posteriormente, tendo em conta que o projeto se insere no âmbito da realização de uma unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, cujo espaço temporal é limitado, recorreu-se a uma amostra através de uma técnica de amostragem probabilística, aleatória simples. Os números de utentes foram colocados por ordem crescente e selecionou-se os indivíduos de 3 em 3. Desta forma, a amostra final ficou constituída por 20 utentes, convocados através de contacto telefónico e que se pretende que seja um projeto piloto que futuramente poderá ser explorado pela unidade, não sendo, por isso, representativo da população.

Como critérios de inclusão definiu-se:

- Uteses com diagnóstico médico de DPOC e/ou Asma (R95 e R96), com idade superior a 18 anos, que recorreram duas ou mais vezes ao Serviço de Urgência, durante o período de 1 de setembro de 2021 e 1 de setembro de 2022, pertencentes à área de abrangência da UCC;
- Uteses que aceitaram participar no estudo e assinaram o documento (Apêndice I): “Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo”;
- Uteses com capacidade de interação – apenas foram incluídos indivíduos que demonstraram ter capacidade para compreender e responder à aplicação do formulário de recolha de dados.

Como critérios de exclusão definiu-se:

- Indivíduos que estejam incluídos no Programa do Doente Respiratório crónico da UCC (para não enviesar os resultados, uma vez que, o Programa do Doente Respiratório Crónico visa capacitar os utentes para a autogestão da doença através de intervenções direcionadas para tal. Logo, se estes utentes estivessem incluídos na amostra poderiam camuflar o peso das reais necessidades daqueles que são utilizadores frequentes do serviço de urgência).

2.4 Desenho do estudo

Tendo em conta o propósito do projeto, optou-se pela utilização da metodologia quantitativa, de carácter observacional transversal. A realização do diagnóstico teve por base a metodologia do planeamento em saúde, cujas etapas já foram explanas no capítulo anterior.

O projeto, realizou-se foi submetido para parecer da Comissão de Ética em Saúde (Apêndice II), tendo sido autorizado pelo Conselho Clínico e de Saúde (Apêndice III), e pelo Coordenador da Unidade Funcional (Apêndice IV); foi também alvo de análise da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação.

De igual forma, foi garantida a pseudoanonimização de todos os dados recolhidos através da atribuição de um código sequencial a todos os utentes elegíveis para o estudo, não havendo identificação dos participantes envolvidos e apenas foram tratados os dados necessários para o projeto. A confidencialidade foi priorizada aquando da realização do tratamento de dados. A equipa de profissionais envolvidos no projeto comprometeu-se, desta forma, a garantir e defender a presença de todos os princípios éticos que regulam o projeto. Mais se

acrescenta, que não se fizeram presentes quaisquer conflitos de interesse por parte dos intervenientes do presente projeto.

Para além disto, foi solicitado a todos os participantes a assinatura do documento de informação relativo ao estudo (Apêndice I) com a “Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação”, sendo que um exemplar ficou para o investigador e outro para o participante.

Por fim, o desenvolvimento e execução do presente estudo não acarretou custos adicionais para a instituição. Os materiais necessários para a concretização do projeto já estavam disponíveis no serviço. Nomeadamente, no que diz respeito a um computador, acesso à internet, telefone, espaço físico para realização da colheita de dados junto da amostra convocada e viatura de serviço, no caso da colheita de dados realizada em contexto domiciliário.

2.5 Variáveis e recolha de dados

Após a seleção da amostra, foi aplicado o formulário de recolha de dados (Apêndice V) na unidade de saúde ou em contexto domiciliário, caso a condição do utente assim requeresse. Para as visitas domiciliárias foi utilizado um automóvel disponibilizado pelo serviço. Para além disto, foi realizada a consulta do processo clínico de cada indivíduo, nomeadamente:

- Listagem de Diagnósticos de Enfermagem ativos;
- Listagem de Diagnósticos Médicos;
- Listagem de medicamentos prescritos;
- Plataforma *Evacinas*;

O processo de recolha de dados teve a duração aproximadamente de um mês, novembro 2022. Posteriormente, os dados foram inseridos informaticamente através da ferramenta *Microsoft Excel* e tratados estatisticamente em *SPSS*.

As variáveis em estudo (apêndice VI) foram identificadas, tendo em conta os objetivos pretendidos com a realização do estudo. Dentro do formulário de recolha de dados, são utilizados dois instrumentos publicados por outros autores, cuja autorização para a sua utilização neste projeto já foi concedida.

Assim, em primeiro lugar colheu-se os dados sociodemográficos e, posteriormente abordou-se os principais fenómenos de Enfermagem, pertinentes. Desta forma, o formulário dividiu-se:

- Dados Sociodemográficos;
- Dados antropométricos;
- Consciencialização face à doença;
- Hábitos tabágicos;
- Gestão de regime medicamentoso;
- Regime alimentar;
- Regime de exercício;
- Acessibilidade aos serviços de Saúde;
- Comportamento de procura de Saúde;
- Gestão da técnica de inalação;
- Conservação de energia.

Por fim, foi aplicada a escala, validada para a População Portuguesa, London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (anexo I). A descrição de cada variável, assim como a sua operacionalização encontra-se no apêndice VI.

CAPÍTULO III: RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE

Usufruindo, agora, do conhecimento mais concreto relativamente à questão de investigação, à amostra e à metodologia utilizada neste projeto, torna-se fundamental desvendar os principais resultados obtidos após a colheita e análise dos dados.

É já neste terceiro capítulo, onde podemos encontrar a síntese dos principais resultados obtidos, tendo em conta as variáveis estudadas. Assim, este capítulo encontra-se dividido em nove subcapítulos, fazendo-se corresponder a cada um deles a análise individualizada das variáveis estudadas.

3.1. Características sociodemográficas e antropométricas

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra, 85% é do género feminino, com idade média de 62 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 93 anos. Relativamente ao agregado familiar, 15% da amostra referiu que vive sozinho e 25% refere que quem assume o papel de prestador de cuidados é um familiar.

O nível de escolaridade mais prevalente foi até ao 4º ano, cerca de 45%, como é possível visualizar na tabela 1. No entanto, variou entre aqueles que tinham concluído o 12º ano (25%) e os que não frequentaram a escola, mas sabem ler e escrever (5%).

Tabela 1: Nível de escolaridade.

Nível de Escolaridade					
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa	
Válido	Não frequentou a escola. Sabe ler/escrever	1	5,0	5,0	5,0
	Até ao 4º ano	9	45,0	45,0	50,0
	Até ao 6º ano	2	10,0	10,0	60,0
	Até ao 9º ano	3	15,0	15,0	75,0
	Até ao 12º ano	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Para além disto, importa referir que apenas 35% da amostra apresenta um IMC, dentro dos parâmetros adequados, tal como podemos verificar através da interpretação dos dados da tabela 2. Efetivamente, 60% apresenta IMC acima do recomendado.

Tabela 2: Índice de Massa Corporal (IMC).

IMC 2					
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa	
Válido	Magreza moderada	1	5,0	5,0	5,0
	Peso normal	7	35,0	35,0	40,0
	Pré-obesidade	7	35,0	35,0	75,0
	Obesidade	3	15,0	15,0	90,0
	Obesidade grau II	1	5,0	5,0	95,0
	Obesidade Grau III	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

O perímetro abdominal, também, se encontra aumentado em mais de metade das pessoas incluídas (tabela 3).

Tabela 3: Perímetro abdominal.

Perímetro abdominal (Risco de complicações metabólicas)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Normal	3	15,0	15,0	15,0
	Aumentado	5	25,0	25,0	40,0
	Muito aumentado	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

3.2. Consciencialização face à doença

Quanto ao tipo de doença crónica, 60% apresenta diagnóstico médico de asma e 40% de DPOC (tabela 4) sendo que a maioria é considerado GOLD 2. Quando questionados relativamente ao tipo de doença crónica, todos responderam de forma adequada, quando confrontadas as respostas com os dados extraídos do processo clínico. No entanto, quanto ao estágio da doença, nenhum utente foi capaz de o referir, de acordo com o registado no processo clínico.

Tabela 4: Tipo de Doença Respiratória Crónica (DRC).

Tipo de DRC					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Asma	12	60,0	60,0	60,0
	DPOC	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

A grande maioria (85%) refere ter outras patologias crónicas associadas (tabela 5). Para além disto, quando questionados relativamente há quanto tempo tinham este diagnóstico todos os indivíduos conseguiram indicar o tempo correto, aproximadamente.

Tabela 5: Presença de outras Patologias crónicas.

		Tem outras patologias crónicas?			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	17	85,0	85,0	85,0
	Não	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

3.3. Regime medicamentoso

Referente ao regime medicamentoso, 45% considera-se capaz de o gerir. O número médio de medicamentos diário é 8.25, sendo que varia entre os 2 e os 17 medicamentos por dia.

Adicionalmente, foi possível explicar as principais dificuldades quanto à capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso, através do inventário da capacidade funcional face ao regime medicamentoso. Este inventário, desenvolvido por Almeida (2012), é útil na identificação das principais dificuldades funcionais aquando da gestão do regime terapêutico. Desta forma, tem-se que:

- 25 % da amostra apresenta dificuldade em “abrir ou fechar as embalagens dos fármacos”, “cumprir o horário das tomas dos fármacos”, “ler o que está escrito nas embalagens”;
- 20% refere ter dificuldade em “manter o conhecimento sobre o fármaco” e em “tomar o fármaco”;
- 15% tem dificuldade em “lembrar quando chega a hora”;
- 10% tem dificuldade em “organizar para tomar a medicação fora de casa”;
- 5% tem dificuldade em “perceber qual e como deve tomar o medicamento”, “renovar a medicação”, “dinheiro para comprar a medicação” e “deslocar-se até à farmácia para comprar”.

Para além disto, através dos dados obtidos é possível enumerar as atividades em que os utentes dependem do outro para as concretizar. Assim, detetamos que a atividade onde dependem mais do outro para a fazer é para “ter dinheiro para comprar a medicação” (40%), assim como para “renovar a medicação” (25%) e “deslocar-se à farmácia para comprar” (35%).

Efetivamente, muitos utentes referem que já não realizam a gestão do dinheiro e que essas atividades ficam a cargo dos cuidadores ou familiares, assim como a responsabilidade de renovar a medicação junto do profissional de saúde.

De igual forma, muitos indivíduos referem que já não conseguem deslocar-se até à farmácia para ir comprar os medicamentos e também delegam essa função. Cerca de 20% da amostra refere que depende do outro para “ler o que está escrito nas embalagens”; 15% para “perceber qual e como deve tomar o fármaco”, em “tomar o fármaco”, “cumprir o horário das tomas”, “organizar para tomar fora de casa” e “lembrar quando chega a hora”; 10% em “manter o conhecimento sobre o fármaco” e “abrir e fechar as embalagens”.

Do mesmo modo, após a aplicação do inventário das razões para a não adesão ao regime medicamentoso, também construído por Almeida (2012), compreende-se que:

- 45% deixa de tomar a medicação “por preguiça em tomar”;
- 35% deixa de tomar a medicação “devido aos efeitos secundários dos fármacos”;
- 25% deixa de tomar a medicação “quando já se sente bem”;
- 15% deixa de tomar a medicação “por tomar muita medicação junta”;
- 10% deixa de tomar a medicação “por duvidar da eficácia da medicação” e “sentir-se pior quando toma o medicamento”;
- 5% deixa de tomar a medicação por “não ter o apoio de alguém para o fazer”, “por não lhe explicarem para que serve” e “por o tratamento ser demasiado longo”.

De facto, conseguimos ressaltar as principais razões enumeradas pelos utentes para não tomarem sempre a medicação prescrita. A amostra é constituída por utentes polimedicados, com mais do que uma doença crónica e muitas vezes, com uma terapêutica complexa e de difícil adesão.

Tomemos como exemplo os inaladores que são um tipo de medicação prescrita com muita frequência nos utentes com doença respiratória crónica. Por um lado, foi possível compreender que muitos utentes, quando já se sentem bem, param de tomar os inaladores o que pode contribuir para uma futura agudização e, por sua vez, recorrência ao serviço de urgência (SU). Por outro, existem utentes com doença respiratória crónica que há muitos anos não fazem revisão da medicação prescrita e não têm os inaladores adaptados à sua nova capacidade funcional. Desta forma, ficam durante anos a realizar a técnica inalatória de forma incorreta, mesmo que considerem que a fazem da melhor maneira porque sempre fizeram dessa forma. Tudo isto, aliado à complexidade de alguns esquemas terapêuticos, pode concorrer para exacerbações da doença e aumento da recorrência ao SU.

3.3. Regime de exercício

Relativamente ao regime de exercício, 95% não segue nenhum regime de exercício prescrito por um profissional e mais de metade dos indivíduos (65%) não realizam, pelo menos, trinta minutos de exercício físico diariamente.

De facto, 35% considera que é negativo realizar, pelo menos, trinta minutos de exercício físico diariamente, tendo em conta a sua patologia crónica. Quando questionados relativamente à sua capacidade para gerir o regime de exercício, 55% refere que não se considera capaz de o fazer sozinho. Estes dados remetem-nos para uma lacuna no conhecimento relativamente ao regime de

exercício. Do mesmo modo, compreendemos que estes utentes necessitam de acompanhamento e orientações quanto a esta temática.

3.4. Regime de alimentação

No que se refere ao regime de alimentação, 90% não segue orientações alimentares específicas para a sua doença. Dos 10% que seguem, estas foram prescritas pelo médico de família ou nutricionista. Quando questionados relativamente a como consideram a sua alimentação (gráfico 1), 65% refere que considera ter uma alimentação saudável e apenas 5% responde que não considera saudável.

Gráfico 1: Perceção individual sobre o regime alimentar adotado.



Posto isto, é pertinente lembrarmos a tabela do IMC (tabela 2), que nos demonstra que apenas 35% apresenta um IMC dentro dos parâmetros normais. Sabemos que a alteração no IMC advém da alteração do peso corporal. Este é influenciado por fatores genéticos do próprio indivíduo, mas em grande parte, pela alimentação e estilo de vida. Os fatores mutáveis são apenas os dois últimos. Logo, torna-se importante trabalhar aspetos como atividade física e alimentação. Um dos fatores que poderíamos apontar, nesta amostra, para a alteração do IMC

seria a alteração no peso corporal devido à falta de orientação na alimentação e falta de exercício físico.

No entanto, mais de metade considera ter uma alimentação saudável e apresentam alterações no IMC. Será que têm a perceção alterada? Apresentam défice de conhecimento? Mais uma vez, é possível detetar fenómenos relacionados com a resposta humana à doença que deveriam ser trabalhados e que podem estar a interferir na consciencialização dos indivíduos relativamente ao estilo de alimentação que adotam no quotidiano. No entanto, é importante realçar que esta temática não foi explorada profundamente no presente estudo, logo não é possível realizar inferências tendo em conta o número reduzido de dados que foram recolhidos.

3.5. Acessibilidade de cuidados de Saúde

No que toca à acessibilidade aos cuidados de saúde, 45% da amostra refere ter dificuldade em deslocar-se para as consultas, sendo que a maioria (45%) utiliza viatura própria, tal como podemos observar a partir do gráfico 2.

Gráfico 2: Meio utilizado para se deslocar às consultas no Centro de Saúde.



Para além disto, 35% refere que vai acompanhado para as consultas e 10% não se dirige à unidade de saúde, uma vez que necessita de consulta em contexto domiciliário.

Todos os participantes afirmam conhecer o seu médico de família e 95% o seu enfermeiro de família. De um modo geral, consideram a relação com a equipa de saúde familiar positiva (95%), no entanto, 60% refere que quando necessita não consegue entrar em contacto com a mesma.

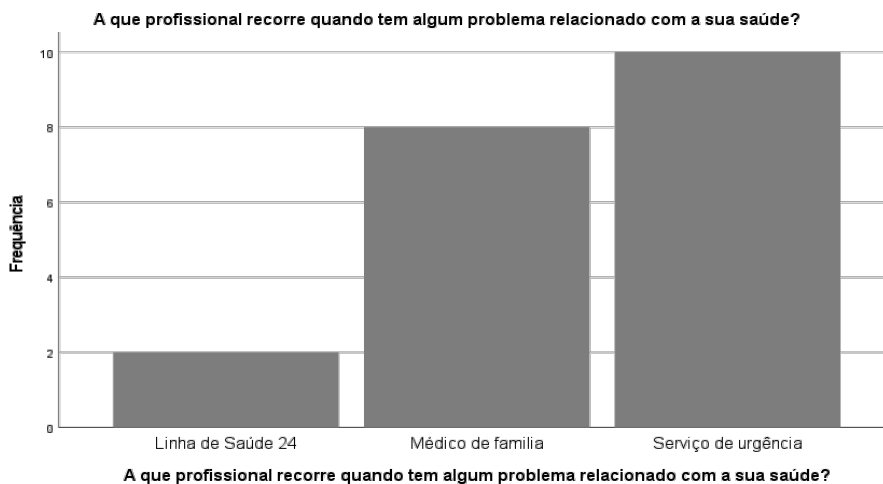
Quando questionados relativamente à existência de um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), 20% dos refere que não conhece a existência desse serviço. Do mesmo modo, ninguém conhece ou foi informado sobre os projetos/programas para utentes com doença respiratória crónica, sendo que nunca estiveram integrados em nenhum.

De facto, compreendemos que estes utentes não têm conhecimento relativamente aos recursos disponíveis na comunidade e, talvez por esse motivo, não utilizem da melhor maneira os serviços existentes, nomeadamente o serviço de urgência.

3.6. Comportamento de procura de saúde

No que concerne ao comportamento de procura de saúde, 80% refere que comparece em todas as consultas agendadas na unidade de saúde familiar. Tendo em conta o gráfico 3, os indivíduos referem que quando têm algum problema relacionado com a sua saúde recorrem ao Serviço de Urgência (50%), médico de família (40%) e linha de saúde 24 (10%).

Gráfico 3: Utilização dos recursos em caso da existência de problemas relacionados com a saúde



Do mesmo modo, tal como é possível observar no gráfico 4, quando se sentem pior da sua doença recorrem ao SU (75%), linha de saúde 24 (10%), contactam o médico de família (10%) ou aguardam que melhore (5%).

Gráfico 4: Utilização dos recursos de saúde em situação de agudização da doença respiratória.



Para além disto, 35% da amostra considera que a sua doença respiratória crónica (DRC) não está controlada e 40% considera que as consultas que tem não estão adequadas às suas necessidades de saúde, referindo necessitar de mais consultas e mais acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Mais se acrescenta que, no último ano, 35% foi ao serviço de urgência pelo agravamento da doença respiratória crónica, 10% teve um internamento pelo agravamento da DRC e 95% foi ao SU por causas externas à DRC. A média do número total de recorrência ao serviço de urgência, no último ano foi de 4.8 vezes.

Do mesmo modo, aquando do acesso aos dados relativamente ao regime de imunização, nomeadamente, o registo de inoculação da vacina da gripe e da antipneumocócica, foi detetado que 50% da amostra não tinha sido inoculado com a vacina antipneumocócica e que apenas 75% realizou a vacina da gripe. Como referido anteriormente no presente documento, as orientações mais atuais e descritas na literatura, referem que a inoculação deste tipo de doentes com estas vacinas previne futuras agudizações, reduz o impacto da doença e as mortes. Para além disto, a inoculação com a vacina antipneumocócica tem vindo a demonstrar uma diminuição da incidência de pneumonia adquirida na comunidade em utentes com DPOC.

No entanto, relativamente à vacina da gripe, uma das hipóteses que pode explicar os dados explanados é o facto de a colheita ter decorrido durante o mês onde habitualmente os atos vacinais e a convocação para esta vacina sazonal costuma ocorrer. O mesmo não pode justificar a não vacinação com nenhuma dose da vacina antipneumocócica. Terão sido estes utentes convocados para a vacinação? Terão estes utentes recusado a vacinação? Duas perguntas que ficam em aberto, uma vez que, não houve oportunidade no presente estudo para aprofundá-las.

Em suma, através da análise dos dados aqui explanados, compreendemos que a os indivíduos que participaram no estudo não utilizam os serviços de saúde da forma mais adequada, utilizando em primeira linha o serviço de urgência e desconhecendo a existência de outros recursos, nomeadamente, o SASU. Embora tenham uma boa relação com a sua equipa de saúde familiar, sentem que precisam de mais apoio e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde e não têm a perceção de que a sua doença crónica está controlada.

Adicionalmente, o regime de imunização é um fator importante para a gestão de agudizações e impacto da doença e não está a agir como fator protetor para a totalidade dos indivíduos observando-se, por isso, oportunidades de melhoria.

3.7. Técnica de inalação

No que diz respeito à gestão da técnica de inalação, apenas foram tidos em consideração os dados de 65% da amostra, uma vez que 35% não tinha prescrição de fármacos por via inalatória. Assim sendo, 77% refere que não necessita de ajuda para realizar a técnica inalatória. Porém, quando solicitado aos utentes que demonstrassem como costumam realizar a técnica em casa, foi possível detetar comportamentos que poderiam ser melhorados aquando da realização da técnica.

De facto, foi possível observar que:

- 40% não prepara e agita o dispositivo corretamente;
- 77% não realiza expiração prévia;
- 69% não realiza elevação do queixo;
- 23% não ativa o dispositivo;
- 46% não realiza o fluxo inspiratório adequado;
- 38% não realiza pausa inspiratória e 15% não cumpre a dose prescrita.

A realização da técnica de inalação de forma correta é fundamental para o controlo da doença respiratória crónica e evitar exacerbações da doença. Efetivamente, sabe-se que a má técnica inalatória concorre para o aumento da recorrência ao SU e descontrolo da doença.

3.8. Conservação de energia

A conservação de energia é um foco fundamental quando falamos de doença respiratória crónica. Assim sendo, os indivíduos que participaram no estudo foram abordados relativamente a esta temática e 85% referiu não conhecer técnicas de conservação de energia, ou seja, apenas 15% realiza estas técnicas no domicílio.

Relativamente às estratégias para controlar a falta de ar, apenas 35% conhece e realiza no seu quotidiano. No entanto, quando foi pedido para exemplificarem algumas das estratégias que costumavam utilizar, foi possível verificar:

- 6 utentes realizaram a “técnica de respiração com os lábios semicerrados”;
- 1 utente realiza a “posição ortostática A: Inclina ligeiramente o peito para a frente e apoia as mãos nas coxas”;
- 1 utente realiza a “posição ortostática B: Apoia os cotovelos num móvel, apoia a cabeça nos antebraços e relaxa o pescoço nos ombros”;
- 1 utente realiza a “respiração eficaz: inspira pelo nariz, diafragma expande-se, expira pela boca, abdómen contrai-se e peito esvazia-se”.

Para além disto, é de referir que foi aplicada a escala, validada para a População Portuguesa, London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (anexo I), no sentido de mensurar a existência de intolerância à atividade. Assim, obteve-se um score médio de 22 pontos, com um intervalo de pontuações que varia entre 2 e 40. A escala não nos permite a atribuição de categorias face ao score atingido. No entanto, conseguimos compreender que quanto maior a pontuação, maior o comprometimento do utente nessa atividade de vida diária.

Tendo em conta os dados descritos, detetamos mais um tipo de resposta humana que beneficiaria em ser melhorada. Efetivamente, os indivíduos que constituem a amostra não apresentam mestria quanto às estratégias que poderiam adotar para minimizar o impacto da dificuldade respiratória. Desconhecendo estas estratégias, provavelmente, quando estão perante uma

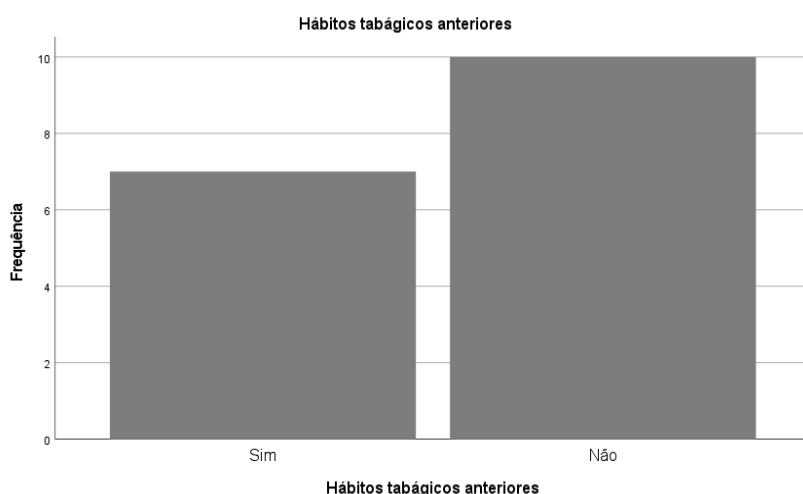
crise ou uma atividade em que ficam mais cansados não sabem como controlá-la e aumentam assim, o risco de agudização e por sua vez a recorrência ao SU.

Atualmente, é reconhecido na literatura o benefício da mestria destas técnicas de conservação de energia e controlo respiratório para a tolerância à atividade nos utentes com patologia respiratória crónica. Tudo isto, deixa-nos a pensar se estes utentes terão sido instruídos relativamente a esta matéria ou se recusaram a aprendizagem. Juntando isto, ao facto de nenhum dos indivíduos da amostra ter estado integrado num programa para doentes respiratórios crónicos, remete-nos para a hipótese de que, a referenciação dos utentes para estes programas poderia ser otimizada e/ou poderia ser feito um investimento maior nestes programas no sentido de os dotar com os recursos suficientes para darem a resposta adequada face às necessidades dos utentes.

3.9. Hábitos tabágicos

Por fim, os dados relativamente aos hábitos tabágicos da amostra revelam que 15% mantem hábitos tabágicos atuais e que 35% teve hábitos tabágicos anteriores (gráfico 5).

Gráfico 5: Hábitos tabágicos anteriores.



Do mesmo modo, 40% da amostra refere que está exposta ao fumo diariamente. A adição a este tipo de substâncias é difícil de sessar, no entanto, não há dúvidas na literatura quanto ao efeito nefasto do tabaco e o seu papel nas doenças respiratórias.

CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Após a síntese e análise dos dados obtidos, segue-se o capítulo da intervenção comunitária, onde serão abordados os principais problemas identificados na amostra estudada, a definição de prioridades de intervenção e as respectivas sugestões de estratégias de ação que dão resposta às necessidades do problema prioritário.

Desta forma, este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos: problemas/necessidades identificadas; definição de prioridades; e estratégias de ação. No primeiro, são inumerados os problemas identificados, face aos resultados obtidos na recolha de dados. Já no segundo subcapítulo, é explicado como foram definidas as prioridades de intervenção, de forma a obter-se o problema que irá ser trabalhado no presente estudo. Por fim, no último subcapítulo encontram-se sugestões de estratégias de intervenção, assim como os respetivos objetivos e metas para a concretização das mesmas.

4.1. Problemas/ Necessidades Identificadas

Tendo em conta os dados obtidos, foi possível identificar os seguintes problemas:

- P1. Não adesão ao regime de imunização, vacina antipneumocócica;
- P2. Autogestão da doença comprometida;
- P3. Comportamento de procura de saúde comprometido;
- P4. Adesão ao regime de exercício comprometida;
- P5. Adesão ao regime dietético comprometida;

- P6. Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida;
- P7. Não adesão ao regime medicamentoso;
- P8. Abuso do Tabaco.

4.2. Definição de Prioridades

A definição de prioridades é um processo de tomada de decisão quanto ao problema que se deve solucionar em primeiro lugar, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível. É uma etapa extremamente importante do planeamento em saúde que depende da precisão da etapa anterior e é determinante para a etapa seguinte, a definição de objetivos (Melo, 2020).

É uma fase que detém extrema relevância, uma vez que, habitualmente, são identificados inúmeros diagnósticos de enfermagem nas populações trabalhadas. Contudo, nem sempre estão disponíveis os recursos ideais, ou necessários para dar resposta a todos em simultâneo, assim como, nem sempre é o momento mais oportuno para intervir nesse diagnóstico. Assim sendo, é necessário hierarquizar os problemas e definir prioridades, selecionar o problema a intervir. Uma tarefa que nem sempre é simples, mas que deve ser executada de forma rigorosa e prudente.

Para estabelecer-se as prioridades dos problemas existem diversos métodos que auxiliam os profissionais a fazê-lo da forma mais adequada. Tomemos como exemplo métodos CENDES/OPS, a ponderação nos critérios de “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”, que foram utilizados no trabalho de Imperatori e Giraldes (1998) ou a técnicas gerais de ordenação como a comparação por pares ou a escala de medida linear (Tavares, 1990).

Deve ser utilizado o método que melhor se adequa ao contexto do trabalho que se está a desenvolver. Independentemente do método deliberado para aplicar, é crucial definir-se os critérios de decisão, imputando-lhe um

determinado valor ou a comparação das necessidades com base na análise de cada uma, identificando as prioritárias (Melo, 2020).

Posteriormente, para realizar o ordenamento final das necessidades é definida uma fórmula de fixação das prioridades (Imperatori e Giraldes, 1998). Determinar a necessidade prioritária não é sinónimo de eliminar os restantes problemas identificados no Diagnóstico, mas sim uma necessidade tendo em conta a disponibilidade de recursos existentes. Da mesma forma, não implica que os restantes problemas não sejam trabalhados mais tarde. Assim sendo, no presente trabalho definiu-se como critérios de ponderação:

- Vulnerabilidade: refere-se à possibilidade que esse problema tem de ser intervencionado pela ação de enfermagem;
- Necessidade: refere-se à necessidade de intervenção tendo em conta a importância e o impacto do problema na população;
- Exequibilidade: refere-se à viabilidade de execução, nomeadamente: aos recursos necessários para a intervenção como os recursos humanos, financeiros, o tempo de intervenção;
- Oportunidade: refere-se utilidade de intervenção nesse problema tendo em conta o tipo de unidade de saúde onde se está a planear a intervenção, o tipo de população e o meio envolvente atual.

Quadro 1: Critérios de definição de prioridades

Critérios		Pontuação	
A	Vulnerabilidade	Intervencionável	1
		Não intervencionável	0
B	Necessidade	Pouca necessidade	1
		Necessidade de intervir	2
		Muita Necessidade de intervir	3
C	Exequibilidade	Exequível	1
		Não exequível	0
D	Oportunidade	Pouco oportuno	1
		Oportuno	2
		Muito oportuno	3

De seguida, executou-se a ponderação dos problemas tendo em conta a seguinte formula: $A \times (B + D) \times C$.

A definição de prioridades foi realizada pelo investigador principal, a enfermeira tutora e a enfermeira responsável pelo programa do doente respiratório crónico da unidade. Individualmente, foi definida uma certa pontuação a cada um dos problemas identificados, tendo em conta os critérios definidos, ilustrados no quadro 1 e a equação final.

Posteriormente, realizou-se a média das ponderações atribuídas pelas três enfermeiras a cada um dos problemas e foi possível obter-se um valor numérico e hierarquizar os problemas da forma expressa no quadro 2.

Quadro 2: Hierarquização dos problemas

Problemas	Ordem dos problemas
P7: Não adesão ao regime medicamentoso	1º
P6: Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida	1º
P4: Adesão ao regime de exercício comprometida	2º
P8: Abuso do Tabaco	3º
P5: Adesão ao regime dietético comprometida	4º
P1: Não adesão ao regime de imunização, vacina antipneumocócica	5º
P2: Autogestão da doença comprometida	6º
P3: Comportamento de procura de saúde comprometido	6º

Tendo em conta a ordem dos problemas apresentada no quadro 2, os dois problemas com lugar de destaque na hierarquização foram o P7 e o P6.

O P7 “Não adesão ao regime medicamentoso” não foi selecionado para intervir no presente momento. Quando comparado o P7 com o P6 “Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida”, compreendemos que, tal como já referido no primeiro capítulo do documento, a adesão ao regime é uma problemática complexa de intervenção por parte do enfermeiro, uma vez que

consideramos o conceito de adesão tendo em conta a perspetiva de Bastos (2015), ou seja, prende-se a um tipo de volição, à vontade expressa pelo utente em seguir o regime decidido pelo mesmo, logo a intervenção por parte do enfermeiro envolve uma maior proximidade com o utente e depende bastante da recetividade desde em querer ou não alterar a sua volição.

Já o conceito de gestão é abordado de forma mais abrangente, onde se insere também a adesão, mas que se estende para além dela, englobando a capacidade do utente para se adaptar face às novas alterações do seu regime (novo sintoma, nova medicação), conhecimento e habilidades para interpretar essas alterações e agir face às mesmas. Assim, podemos considerar que a adesão é requisito para a eficácia da gestão. Posto isto, fez sentido que o problema prioritário fosse o P6 “Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida”.

4.3. Estratégias de ação

4.3.1. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Tendo em conta o problema prioritário P6 “Capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometida”, definiu-se como objetivo geral: aumentar a capacidade para a gestão do regime medicamentoso, nos Doentes Respiratórios Crónicos, com idade superior a 18 anos, pertencentes à área de abrangência da UCC. Como objetivos específicos foi delineado:

- Objetivo 1: Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Objetivo 2: Aumentar a capacidade para memorizar o esquema medicamentoso;
- Objetivo 3: Aumentar a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso;
- Objetivo 4: Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória.

4.3.2. Atividades planeadas

Para concretizar os referidos objetivos foram programadas atividades de implementação a curto prazo e outras a médio/longo prazo.

Para a concretização a curto prazo foram definidas estratégias passíveis de ser implementadas em tempo útil do estágio:

- Divulgação dos resultados do diagnóstico em saúde à equipa de enfermeiros da UCC (Apêndice VIII);
- Divulgação da árvore de decisão diagnóstica à equipa de enfermeiros da UCC (apêndice IX);
- Sugestão de intervenções para dar resposta ao problema prioritário (Apêndice X).

A árvore de decisão diagnóstica foi realizada como proposta de fortalecimento do programa, para que o enfermeiro tenha ao seu dispor um guia de decisão para a nomeação de diagnósticos de enfermagem, aquando da admissão do utente no programa do doente respiratório crónico. Assim, foram construídas árvores de decisão tendo em conta os focos de enfermagem: capacidade para a gestão do regime medicamentoso; conhecimento sobre o regime medicamentoso; adesão ao regime medicamentoso; acesso aos medicamentos; e, por fim, papel de prestador de cuidados. A sua futura aplicação fica ao critério do enfermeiro responsável pelo programa da UCC.

No que se refere às atividades a médio/longo prazo propõem-se um conjunto de intervenções que irão ser descritas a seguir, contudo não foram implementadas pelo estudante uma vez que, não era possível realizar em tempo útil. Tendo em conta que a UCC dispõe de um programa para os doentes respiratórios crónicos, compreendemos que a nossa amostra beneficiava em integrar esse programa, uma vez que o mesmo dá resposta às necessidades identificadas.

De facto, o programa do doente respiratório crónico, descrito no primeiro capítulo do presente documento, intervém na autogestão da doença crónica logo, trabalha a capacidade do utente para gerir o regime medicamentoso. No entanto, serão apresentadas sugestões de intervenções para as necessidades específicas da amostra em estudo. Futuramente, essas intervenções poderão ser introduzidas no conjunto das que são realizadas em consulta de enfermagem, uma das abordagens do programa do doente respiratório crónico, caso a equipa de saúde da UCC assim o entenda. Para concretizar os objetivos específicos referidos anteriormente, propõem-se as seguintes intervenções:

Objetivo 1: Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso;

Indicador: Proporção de utentes com aumento do conhecimento sobre o regime medicamentosos (BI.1, apêndice XI);

Intervenções: Intervenção A (apêndice X).

Objetivo 2: Aumentar a capacidade para memorizar o regime medicamentoso;

Indicador: Proporção de utentes que passou a tomar a medicação segundo o esquema preconizado (BI.2, apêndice XI);

Intervenção: Intervenção B (apêndice X).

Objetivo 3: Aumentar a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso;

Indicador: Proporção de utentes com aumento da capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso (BI.3, apêndice XI);

Intervenções: Intervenção C (apêndice X).

Objetivo 4: Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória;

Indicador: Proporção de utentes com aumento da capacidade para executar técnica inalatória (BI.4, apêndice XI);

Intervenções: Intervenção D (apêndice X).

4.3.3. Avaliação da intervenção planeada

A avaliação das referidas atividades é realizada através dos indicadores descritos para cada intervenção, com disponibilização do bilhete de identidade (BI) de cada um, no apêndice X. A definição de metas apenas é possível ser realizada à posteriori pelos profissionais que irão intervir, uma vez que não se conhece a efetividade das intervenções sugeridas. Para além disto, de forma a complementar o programa dos doentes respiratórios crónicos da UCC, sugere-se a implementação da análise e monitorização dos seguintes indicadores:

Indicadores de Estrutura:

- Existência de árvore de decisão diagnóstica face às necessidades dos utentes;
- Existência de horas de trabalho de enfermagem associadas ao projeto;
- Existência de transporte para visitas domiciliárias;
- Existência de material para a Reabilitação Respiratória (halteres; caneleiras, pedaleira, bastão, banda elástica e oxímetro);
- Existência de gabinete para consultas na UCC;
- Existência de sala para sessões de grupo.

Indicadores de Processo:

- Proporção de utentes DPOC e/ou Asma com intervenção de enfermagem (BI.5, Apêndice XI).

Indicadores de Resultado:

- Taxa de Internamento por asma/DPOC entre os participantes no programa do DRC (BI.6, Apêndice X)

CAPÍTULO V: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O presente capítulo pretende apresentar uma análise critico-reflexiva das competências adquiridas ao longo da realização do estágio, tendo em conta o conjunto de competências académicas do curso de mestrado em enfermagem e as competências do EEESCSP, anteriormente planificadas aquando da realização do projeto de estágio.

Competência Académica/Profissional
Competência: Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
Todo o projeto foi sustentado nos conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura, da formação pós-graduada e de toda a experiência profissional alcançada, tanto nos estágios realizados como da bagagem pessoal e profissional.
Competência: Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
Todo o projeto e resultados obtidos foram divulgados à coordenadora da UCC, assim como à equipa dos enfermeiros de diferentes especialidades de enfermagem, da referida unidade, em sessões de formação em serviço. Isto, implicou a aquisição e mobilização de competências de comunicação tendo em conta os diferentes público-alvo. Para além disto, a estudante tem como objetivo a finalização de um artigo científico para partilhar com a comunidade científica.
Competência: Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;

A realização do presente projeto teve como o foco de atenção a complexidade que é a doença crónica, nomeadamente, a doença respiratória crónica e a pesquisa das necessidades de enfermagem dos utentes que a carregam diariamente, assim como outras patologias crónicas. Desta forma, foi imperativo o desenvolvimento de competências para identificar os fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, desses utentes. Tanto no contacto com os utentes, aquando da recolha de dados, como à posteriori na análise de dados e planificação de intervenções que pudessem ser mensuráveis através de indicadores que traduzam os ganhos em saúde obtidos com a intervenção de enfermagem. Sem dúvida, a fase de criação de indicadores que pudessem ser utilizados na prática, foi extremamente desafiante e demorada para o estudante.

Competência: Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

A utilização da análise crítico-reflexiva é uma das características que o estudante aprofundou ao longo do seu percurso académico e profissional. Desta forma, ao longo do estágio todas as problemáticas foram alvo de discussão tanto com o Sr. Professor orientador como com a Sr.^a Enfermeira Tutora, o que permitiu obter uma visão alargada das diferentes perspetivas existentes. Para além disto, a utilização da metodologia do planeamento em saúde conduziu a realização do diagnóstico de situação, alicerçada no conhecimento científico mais atual.

Competência: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;

O investimento na pesquisa e aquisição de conhecimento científico atual na área de especialização, foi sempre uma prioridade da estudante. Embora exerça funções numa UCC e esteja por dentro de muitas problemáticas específicas da população, foi extremamente necessário a busca de evidência científica para a realização de todas as fases do presente trabalho. Tanto para a realização do formulário de recolha de dados, como para a análise crítica dos mesmos, para a realização das

árvores de decisão diagnóstica e o planeamento das intervenções e indicadores que espelhassem os ganhos em saúde passíveis de serem atingidos. Cada população tem as suas características e necessidades específicas, logo é imperativo a procura de conhecimentos específicos da população em estudo e das temáticas específicas da área de especialidade.

Competência: Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;

Foi priorizada a análise crítico-reflexiva dos dados recolhidos aquando do levantamento das problemáticas, utilizando uma abordagem holística. Ao longo de todo o percurso, a estudante foi partilhando tanto com o Sr. Professor orientador como com a Sr.^a Enfermeira tutora as conclusões das suas pesquisas e futuras alterações que poderiam ser realizadas na prática, assim como refletiu aquando da construção do presente relatório. Para além disso, na apresentação do diagnóstico de situação a toda a equipa foi proporcionado um momento de partilha de problemas e futuras mudanças na abordagem ao doente respiratório crónico na UCC, tanto pela estudante como pelos profissionais que constituem a equipa.

Competência: Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;

Com foco na resolução dos problemas e no atingimento da meta proposta, a estudante ultrapassou alguns dos obstáculos que foram surgindo. Aquando da aplicação do formulário de recolha de dados, após terem sido contactados os utentes e obtido o seu consentimento, muitos deles faltaram à data acordada ou recusaram a participação no estudo. Isto implicou reagendar alguns indivíduos, realizar a aplicação do formulário em contexto domiciliário ou ainda excluir algumas pessoas, por não cumprirem os critérios. Posteriormente foi realizada uma repescagem de novos utentes para constituírem a amostra.

Competência: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Todo o projeto foi sustentado na evidência científica atual e tendo em conta os requisitos legais e éticos. Mais se acrescenta que foram realizados todos os procedimentos sociais e éticos para a concretização do estudo, assim como o respeito pela comunidade que foi estudada. Obteve-se o consentimento da comissão de ética em saúde, da comissão local de proteção e segurança da informação, assim como do conselho de administração do ACES, do coordenador da unidade e de cada utente que participou no estudo, assegurando a pseudoanonimização de todos os dados recolhidos.

Competência: Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

A realização da presente investigação, assente na metodologia do planeamento em saúde permitiu de forma fluida, a obtenção de dados relevantes para a prática clínica, nomeação de um diagnóstico de situação, assim como a reflexão sobre o que estava a ser realizado e o planeamento de novas intervenções que dão resposta às necessidades identificadas através da colheita de dados.

Competência: Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

O paradigma da saúde não é algo estanque, mas sim algo em contante transformação. Tendo em conta o desenvolvimento da população, do meio onde esta se insere, a tecnologia e todo o conhecimento que lhes é disponibilizado, as necessidades da população alteram-se. O que é nos dias de hoje, não é o que era há uns anos. Assim, surgem novas e diferentes ameaças à saúde da população que requerem respostas mais exigentes dos profissionais de saúde, em específico dos enfermeiros. É através da investigação que se começa a construir um caminho para adequar a ação dos enfermeiros face as necessidades específicas da população. Assim, consegue-se compreender o papel fundamental do EEECS na saúde da

população e na manutenção da base da pirâmide dos cuidados de saúde. Tendo em conta que enfermagem é uma disciplina científica dotada de um corpo de conhecimentos próprios, os enfermeiros, nomeadamente os EEECS, têm uma posição central na procura e identificação de soluções que deem respostas às novas necessidades dos indivíduos. Assim, o presente trabalho representa um contributo para a construção do caminho da disciplina e profissão de enfermagem.

Competência: Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;

O trabalho realizado e partilhado com equipa, foi apresentado como um projeto piloto para futuras investigações na área. No presente documento apenas foi desenvolvido um dos problemas prioritários identificados, no entanto, a equipa tem acesso às restantes necessidades identificadas, podendo trabalhá-las e aprofundá-las quando lhes for mais conveniente. Desta forma, é dada a oportunidade de fazer novas investigações e, desta forma, melhorar os cuidados que são prestados à população alvo.

Competência: Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

O desenvolvimento das técnicas de comunicação e relacionamento com o cliente foi refletido aquando da realização da recolha de dados. Foi aplicado um formulário, construído pelo investigador, junto dos utentes que constituíram a amostra. Para a aplicação do formulário, o estudante teve de pôr em prática a sua capacidade de comunicação e adaptá-la aos diferentes tipos de utentes. Repare-se que a amostra era constituída por população desde os 23 anos até aos 93, com níveis de escolaridade distintos e graus de literacia diferentes. Tudo isto, faz com que seja necessário mobilizar os diferentes conhecimentos e técnicas de comunicação com o cliente. Em todos os contactos que o estudante teve com os utentes, priorizou o respeito pela individualidade de cada um, pelas suas crenças, valores e cultura.

Para além disto, o estudante também realizou a aplicação do formulário em contexto domiciliário, o que também requer que seja estabelecida uma relação terapêutica de confiança aquando da convocação para a participação no estudo e no decorrer dos posteriores contactos.

Competência: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

Ao longo do estágio, o estudante integrou a equipa multidisciplinar e interdisciplinar da unidade de forma cordial e respeitando as dinâmicas da equipa, construindo uma relação empática com os seus membros. Desde a participação em reuniões multidisciplinares, o acompanhamento de diferentes projetos da UCC, como o projeto da diabetes e o programa do doente respiratório crónico. Ao longo da fase de recolha de dados, teve a colaboração mais próxima de um enfermeiro especialista em reabilitação, que dedica o seu tempo de trabalho ao programa do doente respiratório crónico, tendo sido possível acompanhá-lo e compreender a dinâmica de trabalho do colega, assistir a algumas consultas de enfermagem, a domicílios, e ouvir as suas maiores dificuldades, os aspetos positivos e menos positivos da operacionalização do programa. Para além disto, já na reta final do estágio foram apresentados à equipa os dados recolhidos e as sugestões de intervenções. Neste momento, todo o grupo de profissionais que estava presente na unidade participou, dando sugestões e debatendo as problemáticas abordadas.

Competência: Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;

O desenvolvimento desta competência revê-se na criação de um formulário de recolha de dados, numa árvore de decisão diagnóstica, na sugestão de novas intervenções e indicadores para as mesmas que poderão posteriormente ser utilizados para o programa do doente respiratório crónico. Desta forma, há um contributo do EEESCSP.

Competência: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

A partilha do estudo com toda a equipa, dos resultados obtidos e a criação de um ambiente propício para o debate das problemáticas trabalhadas, contribui para o desenvolvimento tanto pessoal como profissional dos colegas. Para além disto, a própria realização deste estudo, com carácter de um projeto piloto, tendo em conta o tempo útil do estágio, deixa um caminho aberto para a exploração do mesmo e realização de um estudo semelhante com mais população.

Competência: Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;

No final do estágio, foi realizada uma formação à equipa relativamente às necessidades identificadas aquando do diagnóstico de situação realizado.

Competência: Promover formação em serviço na área da especialização;

Esta competência foi desenvolvida, aquando da partilha dos resultados com a equipa, onde foi possível explicar as etapas do planeamento em saúde e compreender o papel do EEESCSP dentro da equipa.

Competência: Colaborar no processo de integração de novos profissionais;

Esta competência não foi explorada aquando da realização do estágio.

Competência: Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o estágio e refletida no presente documento. De facto, desde o início do estágio foi demonstrada a complexidade dos problemas em saúde que são vividos nos dias de hoje, nomeadamente, a mudança do paradigma na saúde. A diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida concorrem para o aumento das doenças crónicas. Atualmente, se por um lado a população está mais envelhecida, com múltiplas doenças crónicas, polimedicados e com regimes terapêuticos complexos, por outro os indivíduos têm a acesso a muita e variada informação através da internet e meios de comunicação, o que exige dos

profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, uma resposta de excelência que vá de encontro às reais necessidades da população. Os EEESCSP são profissionais com um papel fundamental no empoderamento da população, através de uma abordagem holística. Responsáveis pela gestão local de Programas e Projetos que melhor se adequam às necessidades da sua população, trabalham inseridos numa equipa multidisciplinar para dar resposta aos problemas identificados na população. Desta forma, encontra-se na base da pirâmide do sistema de saúde e são um dos grupos profissionais mais altamente qualificados para empoderar a população e contribuir para a firmeza do sistema de saúde. No entanto, o sistema de saúde ainda tem um longo caminho para percorrer de modo a que seja possível otimizar a resposta às solicitações da população, de forma eficaz e eficiente.

Competência: Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;

A realização do presente trabalho implicou a realização de gestão de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito gestão de tempo, criação de um cronograma, e toda a planificação da execução do presente diagnóstico em saúde.

Competência: Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

Apesar de toda a orientação tida no decorrer do estágio, a aprendizagem foi contínua e gradual, havendo uma grande parte de trabalho autónomo que teve de ser realizado, o que contribuiu positivamente para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante.

Competência: Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;

Esta competência foi explorada aquando da realização do estágio, na medida em que, foi construída uma árvore de decisão diagnóstica, assim como indicadores para mensurar as intervenções de enfermagem sugeridas. Tudo isto, contribui para a supervisão do exercício profissional, nomeadamente, para o planeamento em

saúde. Contudo, tendo em conta o tempo útil do estágio, não foi possível ver a operacionalização no terreno das atividades sugeridas.

Competência: Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

A qualidade dos cuidados ocupa um lugar de destaque e prioritário desde o início do presente curso, em especial no decorrer do último semestre. Por essa razão, foram construídas árvores de decisão diagnóstica, como uma ferramenta para fortalecer a tomada de decisão dos enfermeiros, assim como a sugestão de intervenções com os respetivos indicadores de forma que seja possível compreender os ganhos em saúde.

Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária

Competência: Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

A metodologia do projeto foi a base de todo este trabalho e fio condutor para a nomeação do diagnóstico em saúde, tendo sido explanadas no presente documento as diferentes etapas seguidas para a concretização do mesmo.

Competência: Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Esta competência revê-se através da sugestão de diferentes intervenções para a população e estudo.

Competência: Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030, recomenda a realização de ações “de todos para todos”, destacando o planeamento em saúde tendo em conta os novos desafios em saúde da sociedade atual. Olhando para os diferentes determinantes em saúde e as respetivas necessidades de saúde, as doenças crónicas são um problema em saúde da atualidade de elevada magnitude, nomeadamente, as

doenças respiratórias crônicas. Assim, compreendemos que o presente trabalho vai de encontro às recomendações e objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Competência: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O presente documento reflete o desenvolvimento desta competência através da realização do diagnóstico em saúde, com a necessidade de recolha de dados, da análise estatística dos mesmos e a divulgação dos resultados à equipa multidisciplinar. Assim, toda a equipa conseguiu obter uma imagem do estado de saúde da população em estudo. Para além disto, o próprio formulário de recolha de dados fica disponível para reavaliar/monitorizar o estado de saúde da população se a equipa assim o entender, ou até mesmo aplicá-lo a uma amostra significativa da população.

CONCLUSÃO

A problemática da doença crónica assume-se como uma questão de elevada magnitude nos dias de hoje, refletindo-se numa alteração do paradigma da saúde da população. O aumento das doenças crónicas nos indivíduos é cada vez mais marcante e grande parte das pessoas vive com múltiplas doenças crónicas e com regimes terapêuticos complexos. Isto, reflete-se na qualidade de vida dos utentes, nas agudizações da doença e, por sua vez, no aumento da recorrência ao serviço de urgência.

Desta forma, surgem novos desafios aos profissionais de saúde exigindo deles uma resposta adequada às reais necessidades dos utentes. Assim, o antigo modelo de gestão de cuidados, centrado nas instituições de saúde e nas doenças, fica para trás dando lugar a modelos cujo foco são as pessoas e as suas reais necessidades. De facto, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 recomenda “saúde de todos, para todos”, promovendo a ação baseada no planeamento em saúde.

Tendo em conta a problemática abordada, conseguimos compreender que, na amostra estudada, a grande maioria é o próprio utente o responsável pela gestão do seu regime terapêutico. No entanto, são evidentes as dificuldades na capacidade para gerir o regime medicamentoso, a falta de adesão ao regime terapêutico, a falta de conhecimento sobre estratégias específicas para gerir os sintomas da doença, a falta de capacidade para executarem a técnica inalatória e a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Tudo isto, concorre para o que está descrito na literatura. Estes utentes necessitam de programas de capacitação, que deem resposta às suas necessidades, nomeadamente a gestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício. Desta forma, será possível gerirem a

sintomatologia da doença em casa, diminuindo as agudizações e, por sua vez, as idas ao serviço de urgência. Para além disto, é fundamental a aquisição de conhecimento relativamente à utilização dos serviços de saúde da forma mais adequada para que apenas recorram ao SU, quando estritamente necessário. Posto isto, beneficiam em integrar um projeto onde o enfermeiro assume um papel de gestor de caso, prestando cuidados de enfermagem de forma próxima e contínua, tendo em conta as necessidades de cada utente.

A UCC disponibiliza aos seus utentes o Programa do Doente Respiratório Crónico. No entanto, são reconhecidas algumas limitações nesse programa e, por essa razão, foram dados alguns contributos para a prática clínica como as árvores de decisão diagnóstica, a sugestão de novas intervenções e os respetivos indicadores. Contudo, não foi possível implementar as intervenções planeadas nem medir a efetividade das mesmas, tendo em conta o período de realização do estágio. Assim sendo, fica uma porta aberta para os profissionais da unidade implementarem as referidas intervenções ou até mesmo, realizarem outros estudos semelhantes, mas com uma amostra significativa da população.

Considerando o olhar holístico do Enfermeiro para as respostas humanas, o papel do EEESCSP é de extrema importância para a identificação das necessidades e planeamento de intervenções. No presente relatório podemos compreender a relevância do papel do EEESCSP, integrado numa UCC, assumindo uma posição privilegiada na gestão de cuidados à comunidade. Para o estudante, a realização deste estágio permitiu a consolidação de muitas competências e a aquisição de muitas outras que enriquecem a sua bagagem pessoal e profissional. Desta forma, os objetivos delineados para a execução deste trabalho foram cumpridos, na medida em que foi apresentado um diagnóstico de situação e as possíveis intervenções face a essas necessidades e foi realizada uma análise critico-reflexiva das competências adquiridas no culminar do percurso do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Grupo de estudos de doenças respiratórias da APMGF. Consultado em: 03.01.2023. disponível em: <https://gresp.pt/recursos/recursos-por-tema/dispositivos-inalatorios-e-tecnica-inalatoria/>.
2. Baia, Lurdes Maria Pãozinho (2018). Gestão do regime terapêutico em contexto domiciliário para melhor qualidade dos cuidados. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.
3. Bourbeau, J., & Nault, D. (2007). Self-Management Strategies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*, 28(3), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2007.06.002>
4. Bastos, F. (2015). A pessoa com doença crónica. Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. A transição para a doença crónica. Portugal: Novas Edições Acadêmicas. OmniScriptum GmbH & Co. KG. ISBN: 978-3-639-83.
5. Cordeiro, M. C. O (2014). Terapêutica inalatória nas Doenças Respiratórias Crónicas: Dispositivos inalatórios. Técnica Inalatória. Erros Críticos.
6. Chronic Respiratory Disease Collaborators (2017). Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med*. Agosto 2017.
7. Dias, A, M., Cunha, M. Santos, A. et al. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura.

8. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2008). Orientação Técnica sobre Exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular normativa, 34/DSCS. Novembro 2008.
9. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias (PNDR). 2ª edição: Novembro 2013. Millenium, 40 201-219.
10. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia. norma010/2013.
11. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2014). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. 2ª edição: Novembro 2014.
12. Direção-Geral da Saúde (DGD) (2019). Norma 005/2019. Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto. 26 de Agosto.
13. Direção-Geral de Saúde (DGS) (2009). Orientação Técnica sobre Exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Nº 40 A. 27/10/2009.
14. Direção-Geral de Saúde (DGS) (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de tod@s para tod@s.
15. Direção-Geral de Saúde (DGS) (2017). Ensino e Avaliação da Técnica inalatória na Asma. Norma 010/2017.
16. Figueiredo, Rafaela Maria F. Maia (2022). Gestão ineficaz do regime terapêutico: Diagnóstico de situação numa população de diabéticos. Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária.
17. Furtado, L. G., Nóbrega, M.M.L (2012). Modelo de atenção crónica: inserção de uma teoria de enfermagem. Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1197-204.
18. Galante, Maria do Rosário Alves (2019). Gestão do regime terapêutico na pessoa com Asma ou DPOC. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde.

19. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2022). Disponível em: www.goldcopd.org
20. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2023). Disponível em: www.goldcopd.org
21. Global Initiative for Asthma (GINA) (2022). Disponível em: www.ginasthma.org
22. Gonçalves, Marlene Novais (2014). Comportamentos de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crónica em Portugal. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Instituto Universitário de Lisboa.
23. Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição revista.
24. Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022). Estatísticas da Saúde 2020, edição 2022.
25. International Council of Nurses (ICNP) (2019). ICNP Browser.
26. MacColl Center for Health Care Innovation. The Chronic Care Model. Act Center. Consultado em : dezembro 2022. Disponível em : <https://www.act-center.org>.
27. Maia, Elsa I. E. S (2013). Indicadores de desempenho das unidades de cuidados na comunidade. Um estudo exploratório sobre a adequabilidade de um grupo de indicadores. Universidade do algarve. Faculdade de economia.
28. Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
29. Mendes, Tânia Cristina Ramos (2020). Promoção de comportamentos de Saúde na Pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica: intervenção de enfermagem comunitária. Relatório de estágio. Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

30. Organização Mundial de Saúde (2002). World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
31. Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.
32. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática -Reabilitação respiratória. In Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
33. Padilha, José Miguel S. Castro (2013). Promoção da Gestão do Regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação. Universidade Católica Portuguesa.
34. Pedro, Elisa (2019). Balanço do mandato SPAIC 2017-2019. Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2020; 28, pág. 7-9.
35. Pinheiro, C. T. M. (2008). A gestão da doença crónica. Implicações na prática nos cuidados de saúde primários. Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade de Aberta.
36. Reabilitação respiratória em rede. Doenças Respiratórias Crónicas. Disponível em: <http://3r.web.ua.pt/doencas-respiratorias-cronicas/>
37. Rodrigues, F. M. (2012). Relatório de estágio intervenção na comunidade. Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Comunitária.
38. Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C.N. et al. (2021). Autogestão da Doença Crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. Autocuidado: um foco central da Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
39. Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
40. Tomé, Ana Sofia C. Valente (2012). Vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos: estratégias de prevenção. Relatório de estágio apresentado à

Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária.

41. Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) (2022). Programa Doente Respiratório Crónico – Uma Proposta de Melhoria Projeto DPOC e Asma
42. Wise, Robert A., MD, Johns Hopkins Asthma (2020). Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). (Bronquite obstrutiva crônica; enfisema). Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-pulmonares/doença-pulmonarobstrutiva->.

APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão, Enfermeira na [REDACTED] investigadora da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sou responsável pelo presente estudo de investigação: “O Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência”.

Consentir participar neste estudo, significa que autoriza a recolha e tratamento de dados, juntamente com outros investigadores, para posteriormente serem utilizados para a identificação de fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desde já, garanto e asseguro o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos no âmbito da presente investigação.

Título do estudo: Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência

Enquadramento: No âmbito da unidade curricular “Estágio final-Relatório”, inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, pretendo desenvolver este projeto sobre a orientação do Senhor Professor Doutor Armando Almeida. Consiste na realização de um diagnóstico de situação com o objetivo de identificar fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, dos utentes com Doença Respiratória Crónica e que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência (SU) da [REDACTED] pertencentes à área de abrangência da UCC da [REDACTED].

Explicação do estudo: O presente estudo tem como finalidade a elaboração de um Diagnóstico de Situação numa população de Doentes Respiratórios Crónicos que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência da [REDACTED]. Assim sendo, após selecionada a amostra, esta será convocada para a Unidade de Saúde, UCC da [REDACTED], ou será agendada visita domiciliária, no caso de o participante estar impossibilitado de se deslocar às instalações. Será aplicado um instrumento de recolha de dados, preenchido pelo investigador. Esses dados serão posteriormente trabalhados pelo investigador e, por fim, será realizado um diagnóstico de situação.

Condições e financiamento: Para o desenvolvimento e execução do presente estudo não são previstos custos adicionais para nenhuma das partes intervenientes. A qualquer momento do estudo pode recusar participar, sem que lhe sejam remetidas quaisquer consequências

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Confidencialidade e anonimato: Para a execução deste projeto garante-se a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, desta forma, a identificação dos participantes nunca se tornará pública e todos os contactos serão realizados em ambiente de privacidade. A confidencialidade será priorizada aquando da realização do tratamento de dados.

A equipa de profissionais envolvidos no projeto compromete-se, desta forma, a garantir e defender a presença de todos os princípios inerentes ao anonimato e confidencialidade.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para a participação no estudo. Prevê-se que esteja concluído em março 2023, data a partir da qual poderá solicitar ao investigador responsável, os resultados do mesmo.

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice II - Pedido de autorização ao Sr. Presidente da Comissão de ética em
Saúde



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

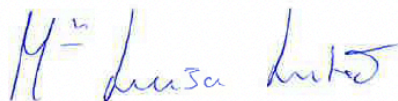
Porto, 10 de Outubro de 2022

Exmo. Senhor,

Presidente da Comissão de Ética em Saúde d

Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão, enfermeira investigadora da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no âmbito da realização da unidade curricular “Estágio final-Relatório”, inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a realização de um projeto de investigação na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) [REDACTED]. O projeto tem como título, “Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência”. O objetivo geral é identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com Doença Respiratória Crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência da [REDACTED] pertencentes à UCC [REDACTED]. Remeto em anexo, para consulta, o projeto do estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,
Maria Luísa Leitão



[REDACTED]

	INFORMAÇÃO	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Data: 11-11-2022</p>
--	-------------------	--

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento

De: Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização do estudo intitulado "O Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência"

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização do estudo intitulado "O Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência", cuja Investigadora é Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão, Enfermeira na ARS Norte, e aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa no Porto. Tem como elo de ligação [REDACTED]

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Matosinhos deliberou por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]
[REDACTED]

(Presidente da Comissão de Ética [REDACTED])

001_01_INF_1260 [REDACTED]

Apêndice III - Pedido de autorização ao Conselho Clínico e de Saúde



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Porto, 10 de Outubro de 2022

Exmo. Senhor,

Presidente do Conselho Clínico e de Saúde de [REDACTED],

Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão, enfermeira investigadora da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no âmbito da realização da unidade curricular “Estágio final-Relatório”, inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a realização de um projeto de investigação na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de [REDACTED]. O projeto tem como título, “Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência”. O objetivo geral é identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com Doença Respiratória Crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência da [REDACTED], pertencentes à [REDACTED]. Remeto em anexo, para consulta, o projeto do estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,
Maria Luísa Leitão

Apêndice IV - Pedido de autorização ao Coordenador da Unidade Funcional



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

Porto, 10 de Outubro de 2022

Exma. Senhora,

Coordenadora da Unidade de Cuidados à Comunidade [REDACTED],

[REDACTED],

Maria Luísa Sampaio de Freitas Nobre Leitão, enfermeira investigadora da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no âmbito da realização da unidade curricular "Estágio final-Relatório", inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a realização de um projeto de investigação na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) [REDACTED] [REDACTED] projeto tem como título, "Doente Respiratório Crónico: Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência". O objetivo geral é identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com Doença Respiratória Crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência da [REDACTED], pertencentes à UCC d [REDACTED]. Remeto em anexo, para vossa consulta, o projeto do estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,
Maria Luísa Leitão

M^o Luísa Leitão

[REDACTED]

Apêndice V - Formulário de recolha de dados

Formulário de Recolha de Dados

Formulário Nº _____

Data: __/__/__

<u>Dados sociodemográficos</u>		Resposta
1	Idade _____ anos	
2	Género 1- Feminino 2- Masculino	
3	Nível de escolaridade 1- Analfabeto 2- Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever 3- Até à 4ª Classe 4- Até ao 6ª ano 5- Até ao 9ª ano 6- Até ao 12ª ano 7- Curso superior	
4	Vive sozinho 1- Sim 2- Não	
5	Tem alguém que assuma o papel de principal prestador de cuidados? 1- Sim 2- Não 3- Outros: _____	
<u>Dados antropométricos</u>		Resposta
6	Peso _____ Kg	
7	Altura _____ cm	
8	IMC _____	
9	Perímetro abdominal _____ cm	
<u>Consciencialização face à doença</u>		Resposta
10	Há quantos anos tem doença respiratória Crónica? _____ anos	
11	Tipo de Doença Respiratória Crónica (DRC) 1- Asma 2- DPOC	
12	Qual o Estádio da sua DRC _____	
13	Tem outras Patologias Crónicas? 1- Sim	

	2- Não		
14	Se respondeu “Sim” na questão 13, quais? _____		
Hábitos tabágicos			Resposta
15	Hábitos Tabágicos atuais? 1- Sim (preencha as perguntas 16 e 17) 2- Não (Avança para a questão 18)		
16	Se respondeu “sim”, na questão 15 Quantidade _____ Cigarros		
17	Se respondeu “sim”, na questão 15 Há quantos anos é fumador? _____ anos		
18	Hábitos Tabágicos anteriores? 1- Sim (preencha a pergunta 19) 2- Não (Avança para a questão 20)		
19	Há quantos meses parou de fumar? _____		
20	Está exposto a fumo, diariamente? 1- Sim 2- Não Que tipo de exposição? _____		
Gestão de regime medicamentoso			Resposta
21	Considera-se capaz de gerir o seu regime medicamentoso? 1- Sim 2- Não		
22	Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos (Almeida, 2012)		
	Não Tenho Dificuldade	Tenho Dificuldade	Dependo do outro
Abrir ou Fechar as embalagens	1	2	3
Ler o que está escrito na embalagem	1	2	3
Perceber qual e como deve tomar o fármaco	1	2	3
Tomar o fármaco (sabor, tamanho, aplicação)	1	2	3
Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)	1	2	3

Deslocar-se até à farmácia para comprar	1	2	3	
Ter dinheiro para comprar a medicação	1	2	3	
Cumprir o horário das tomas	1	2	3	
Manter o conhecimento sobre os fármacos	1	2	3	
Lembrar quando chega a hora	1	2	3	
Organizar para tomar fora de casa (não planeou)	1	2	3	
Estar muito ocupado	1	2	3	
Adormecer antes da hora certa	1	2	3	
Outro	1	2	3	
Total				
23	Inventário de Razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito (Almeida, 2012)			
	Nunca	Algumas Vezes	Sempre	
Tomar muita medicação junta	1	2	3	
Os efeitos secundários do fármaco	1	2	3	
Estar preocupado com a habituação face ao fármaco	1	2	3	
Não gostar de tomar medicamentos	1	2	3	
Quando já se sente bem	1	2	3	
Duvidar da eficácia da medicação	1	2	3	
Não querer misturar o fármaco com o álcool	1	2	3	
Não gostar de pensar que está doente	1	2	3	

<u>Gestão do regime alimentar</u>		Resposta
25	Segue algumas orientações alimentares específicas para a sua doença? 1- Sim 2- Não	
26	Se respondeu “sim”, na questão 25, de quem? 1- Enfermeiro 2- Médico 3- Nutricionista 4- Outro _____	
27	Segue uma alimentação saudável? 1- Sim 2- Não 3- Podia ser melhor	
<u>Gestão do regime de exercício</u>		Resposta
28	Segue algum regime de exercício prescrito por um profissional de saúde? 1- Sim 2- Não	
29	Considera que é positivo se realizar exercício físico diariamente, pelo menos 30 min.? 3- Sim 4- Não	
30	Realiza pelo menos 30 min. de exercício físico por dia? 1- Sim 2- Não	
31	Considera-se capaz de gerir o seu regime de exercício? 1- Sim 2- Não	
<u>Acessibilidade aos serviços de saúde</u>		Resposta
32	Tem dificuldade em deslocar-se às consultas? 1- Sim 2- Não	
33	Como se desloca para as suas consultas? 3- Viatura própria 4- Transportes públicos/Táxi/Ambulância 5- A pé 6- Outro _____	
34	Por norma, vai acompanhado para as consultas? 1- Sim 2- Não, pois tenho ninguém que me acompanhe, embora necessite de ajuda 3- Não necessito de acompanhante	
35	Conhece o seu Médico de família? 1- Sim	

	2- Não	
36	Conhece o seu Enfermeiro de família? 1- Sim 2- Não	
37	Quando necessita consegue entrar em contacto com a sua Equipa de Saúde Familiar? 1- Sim 2- Nunca consigo 3- Nunca tentei fazê-lo	
38	Como considera a sua relação com a sua Equipa de Saúde Familiar? 1- Boa 2- Indiferente 3- Má	
39	Sabe que existe um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU)? 1- Sim 2- Não	
40	Está inserido num Programa de Doença Respiratória Crónica? 1- Sim (avançar para questão seguinte) 2- Não (avançar para a questão 42)	
41	Se respondeu “sim” na questão 40, há quanto tempo? _____ meses	
42	Se respondeu “Não” na questão 40, porquê? 1- Recusa 2- Não conheço 3- Não tenho tempo	
<u>Comportamento de procura de saúde</u>		Resposta
43	Comparece nas consultas agendadas? 1- Sim (avançar para a questão 45) 2- Não (avançar para a questão 44) 3- Às vezes falto (avançar para a questão 44)	
44	Se respondeu “Não/Às vezes falto” na questão 43, porquê? 1- Não recebo marcações 2- Não tenho vontade de ir 3- Esquecimento 4- Outro _____	
45	A que profissional de saúde recorre quando tem algum problema relacionado com a sua saúde? 1- Médico de família 2- Enfermeira de família 3- Farmacêutico 4- Enfermeiro/médico que acompanha a sua DRC 5- SU 6- Outro _____	
46	Quando sente que está pior da sua doença, o que faz?	

	1- Aguardo que melhore 2- Contacto médico de família 3- Contacto Enfermeiro de família 4- Recorro à urgência do Hospital 5- Recorro ao SASU 6- Aguardo até que alguém (familiar/cuidador) decida o que é melhor fazer 7- Outro: _____	
47	Considera que a sua Doença Respiratória está controlada? 1- Sim 2- Não	
48	Considera que as consultas que tem estão adequadas às suas necessidades de saúde? 1- Sim 2- Não, são demasiadas 3- Não, devia ter mais consultas	
49	No último ano, foi ao Serviço de Urgência pelo agravamento de DRC? 1- Sim, _____ vezes 2- Não	
50	No último ano, teve algum internamento pelo agravamento DRC? 1- Sim, _____ vezes 2- Não	
51	No último ano, foi ao Serviço de Urgência por outras causas externas à doença respiratória? 1- Sim 2- Não	
52	Se respondeu “Sim” na questão 52, quais? _____	
<u>Gestão da técnica de inalação</u>		Resposta
53	Cumpra a toma/execução de inaladores? 1- Sim 2- Não	
54	Necessita de ajuda para a realização da técnica de inalação? 1- Sim 2- Não	
55	Grelha de observação da técnica de inalação Preenchida pelo investigador	
		Executa Não Executa
	Prepara e agita o dispositivo 3-4 vezes de cima para baixo, se aplicável	5 0
	Realiza expiração prévia	5 0
	Eleva o queixo	5 0
	Ativa o dispositivo	5 0

Realiza fluxo inspiratório adequado		5	0	
Realiza pausa inspiratória		5	0	
Cumpre a dose prescrita		5	0	
			Total	
<u>Conservação de energia</u>				Resposta
56	Conhece técnicas de conservação de energia? 1- Sim 2- Sim, mas não me lembro 3- Não (avançar para a questão 58)			
57	Realiza técnicas de conservação de energia em casa? 1- Sim 2- Não			
58	Conhece algumas estratégias para quando sente falta de ar? 1- Sim (avançar para a questão 59) 2- Não			
59	Se Respondeu “sim” à questão anterior, costuma executá-las? 1- Sim (Avançar para a questão 60) 2- Não			
60	<u>Observação da realização de técnica de respiração, pelo investigador</u>			
		Executa	Não executa	
Realiza respiração com lábios semicerrados. (inspira lentamente pela boca, semicerra os lábios e expira lentamente, mantendo os lábios semicerrados e demorando mais tempo na expiração, sem forçar os pulmões a esvaziar)		5	0	
Posição de sentado A: Coloca ambos os pés no chão, inclina ligeiramente o peito para a frente, apoia os cotovelos nos joelhos e apoia o queixo nas mãos.		5	0	
Posição de sentado B: Coloca ambos os pés no chão, inclina ligeiramente o peito para a frente, apoia braços numa mesa e apoia a cabeça numa almofada.		5	0	
Posição Ortostática. A: Inclina ligeiramente o peito para a frente e apoia as mãos nas coxas.		5	0	
Posição Ortostática B: Apoia os cotovelos num móvel, apoia a cabeça nos antebraços e relaxa o pescoço e ombros.		5	0	

Realiza respiração eficaz (inspira pelo nariz, diafragma expande-se, expira pela boca, abdómen contrai-se e peito esvazia-se)	5	0	
		Total	

Extração de dados Processo clínico

<u>Diagnósticos Enfermagem ativos</u>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

<u>Diagnósticos médicos</u>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

1	Tipo de Doença Respiratória Crónica 1- Asma 2- DPOC	
2	Data de diagnóstico da doença respiratória crónica _____	
3	Estádio da DRC _____	
4	Referenciação para Programa do Doente Respiratório Crónico? 1- Sim 2- Não	
5	Vacina da gripe (2022)? 1- Sim 2- Não	
6	Vacina antipneumocócica? 1- 1-Sim 2- Não	

Apêndice VI - Operacionalização das variáveis

Domínio	Variável	Classificação	Operacionalização
Caracterização Sociodemográfica	Género	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Masculino 2- Feminino
	Idade	Contínua, discreta	Idade em anos
	Nível de escolaridade	Qualitativa, ordinal, politómica	1- Não Frequentou a Escola, mas sabe ler e escrever 2- Até à 4º ano 3- Até ao 6º ano 4- Até ao 9º ano 5- Até ao 12º ano
	Vive sozinho	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Quem assume o papel de principal prestador de cuidados	Qualitativa, nominal, politómica	1- O próprio 2- Familiar 3- Outro
	Dados antropométricos	Peso	Contínua, discreta
Altura		Contínua, discreta	Altura em cm
IMC		Contínua, discreta	IMC kg/m ²
IMC 2		Qualitativa, ordinal, politómica	1- Magreza média 2- Magreza moderada 3- Normal 4- Pré-obesidade 5- Obesidade GRAU I
Perímetro abdominal		Contínua, discreta	Perímetro abdominal em cm
Perímetro abdominal 2		Qualitativa, ordinal, politónica	1- Normal 2- Aumentado 3- Muito aumentado
Consciencialização face à doença	Há quantos anos tem doença respiratória crónica?	Contínua, discreta	Tempo em anos

	Tipo de doença Respiratória Crónica	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Asma 2- DPOC
	Estádio da Doença Respiratória	Qualitativa, nominal, politómica	Pergunta aberta que testa a consciencialização do indivíduo face ao estágio da doença
	Presença de outras doenças crónicas	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Se sim, quais?	Qualitativa, nominal, politómica	Pergunta aberta que testa a consciencialização do indivíduo face às doenças que apresenta
Abuso do tabaco	Hábitos Tabágicos atuais?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Quantidade de cigarros por dia	Contínua, discreta	Unidade de cigarros
	Há quantos anos é fumador	Contínua, discreta	Tempo em anos
	Hábitos Tabágicos anteriores?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Há quantos parou de fumar?	Contínua, discreta	Tempo em anos
	Exposição ao fumo diariamente	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Gestão de regime medicamentoso	Perceção face à capacidade de gerir o regime medicamentoso	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Capacidade para usar os medicamentos	Qualitativa, ordinal, politómica	Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos (Almeida, 2012) 1- Não tenho dificuldade 2- Tenho Dificuldade 3- Dependo do outro

	Razão para não tomar os fármacos	Qualitativa, ordinal, politômica	Inventário das razões da não adesão ao regime terapêutico (Almeida, 2012) Nunca Por vezes Sempre
	Medicação em uso	Qualitativa, nominal	Tabela de medicamentos
Adesão ao regime alimentar	Segue algumas orientações alimentares específicas para a sua doença?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Se respondeu “sim”, na questão, de quem?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Enfermeiro 2- Médico 3- Nutricionista 4- Outro_____
	Considera que segue uma alimentação saudável?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Sim 2- Não 3- Podia ser melhor
Adesão ao regime de exercício	Segue algum regime de exercício prescrito por um profissional de saúde?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Considera que é positivo se realizar exercício físico diariamente, pelo menos 30	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Realiza pelo menos 30 min. de exercício físico por dia?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Considera-se capaz de gerir o seu regime de exercício?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
Acessibilidade aos serviços de saúde	Tem dificuldade em deslocar-se às consultas?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Sim 2- Não 3- Às vezes falto
	Como se desloca para as suas consultas?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Viatura própria 2- Transportes públicos/Táxi/Ambulância 3- A pé 4- Outro_____

	Por norma, vai acompanhado para as consultas?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Sim 2- Não, pois não tenho ninguém que me acompanhe, embora necessite de ajuda 3- Não necessito de acompanhante
	Conhece o seu Médico de família?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Conhece o seu Enfermeiro de família?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Quando necessita consegue entrar em contacto com a sua Equipa de Saúde Familiar?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Sim 2- Nunca consigo 3- Nunca tentei fazê-lo
	Como considera a sua relação com a sua Equipa de Saúde Familiar?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Boa 2- Indiferente 3- Má
	Sabe que existe um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU)?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Está inserido num Programa de Doença Respiratória Crónica?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Comportamento de procura de saúde	Comparece nas consultas agendadas?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Sim 2- Não 3- Às vezes falto
	Se respondeu “Não/Às vezes falto” na questão 43, porquê?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Não recebo marcações 2- Não tenho vontade de ir 3- Esquecimento 4- Outro _____
	A que profissional de saúde recorre quando tem algum problema relacionado com a sua saúde?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Médico de família 2- Enfermeira de família 3- Farmacêutico 4- Enfermeiro/médico que acompanha a sua DRC 5- SU

			6- Outro _____
	Quando sente que está pior da sua doença, o que faz?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Aguardo que melhore 2- Contacto médico de família 3- Contacto Enfermeiro de família 4- Recorro à urgência do Hospital 5- Recorro ao SASU 6- Aguardo até que alguém (familiar/cuidador) decida o que é melhor fazer 7- Outro: _____
	Considera que a sua Doença Respiratória está controlada?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Considera que as consultas que tem estão adequadas às suas necessidades de saúde?	Qualitativa, nominal, politômica	1- Sim 2- Não, são demasiadas 3- Não, devia ter mais consultas
	No último ano, foi ao Serviço de Urgência pelo agravamento de DRC?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim, _____ vezes 2- Não
	No último ano, teve algum internamento pelo agravamento DRC?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim, _____ vezes 2- Não
	No último ano, foi ao Serviço de Urgência por outras causas externas à doença respiratória?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Se respondeu "Sim" na questão 52, quais?	Qualitativa, nominal, politômica	Pergunta aberta
Gestão da técnica de inalação	Cumpre a toma/execução de inaladores?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Necessita de ajuda para a realização da técnica de inalação?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não

	Grelha de observação da técnica de inalação Preenchida pelo investigador	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Executa 2- Não Executa
Conservação de energia	Conhece técnicas de conservação de energia?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Realiza técnicas de conservação de energia em casa?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Conhece algumas estratégias para quando sente falta de ar?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Se Respondeu "sim" à questão anterior, costuma executá-las?	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Sim 2- Não
	Observação da realização de técnica de respiração, pelo investigador	Qualitativa, nominal, dicotômica	1- Executa 2- Não Executa
Intolerância à atividade	Aplicação da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)	Quantitativa, continua discreta	Score- 0 - 70

Apêndice VII - Diário terapêutico

DIÁRIO TERAPÊUTICO



ESTE DIÁRIO PERTENCE : _____
GESTOR DE CASO: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de nascimento:

Doenças Crónicas:

Alergias:

Unidade de Saúde Familiar:

Enfermeiro Gestor de Caso:

Enfermeiro de Família:

Médico de Família:



Contacto do Gestor de Caso:

Contacto de emergência:

A MINHA MEDICAÇÃO

Pequeno Almoço

Meio da Manhã

Almoço

Meio da Tarde

Lanche

Jantar

Antes de Deitar

___ / ___ / ___

Efeito secundário?



Esqueci-me de algum medicamento?



Atrasei-me no horário?



O meu dia foi...

Circule as ilustrações que considera adequada





Tabela de Medicamentos

Medicamento	Dose	Manhã	Meio da Manhã	Almoço	Lanche	Jantar	Observações

Gestor de Caso _____

Utente _____

M^a Luísa Leitão, 2022
Doente Respiratório Crónico

A MINHA SEMANA

Aponte os aspetos mais positivos e menos positivos da sua semana

BOM



MENOS BOM



OS MEUS MEDICAMENTOS

NOME DO MEDICAMENTO

FUNÇÃO DO MEDICAMENTO

NOTAS



Apêndice VIII - Apresentação PowerPoint

O Doente Respiratório Crónico Diagnóstico de situação numa população de utilizadores frequentes do Serviço de Urgência



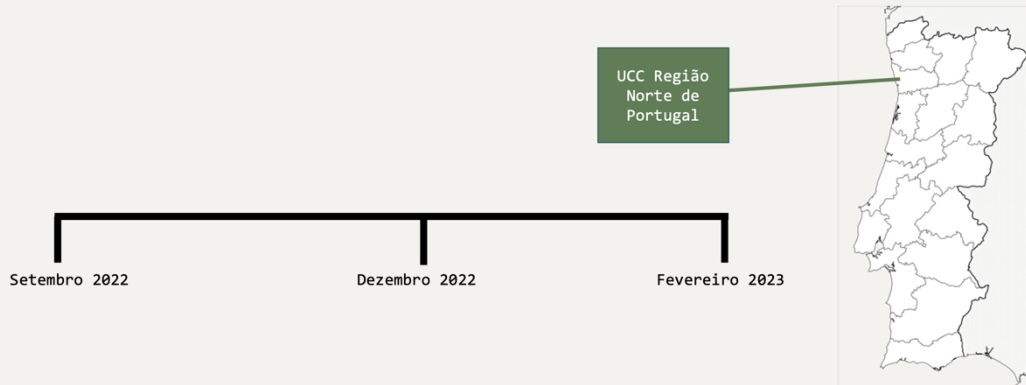
M^a Luísa Leitão
Curso de Mestrado em Enfermagem
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA,
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA



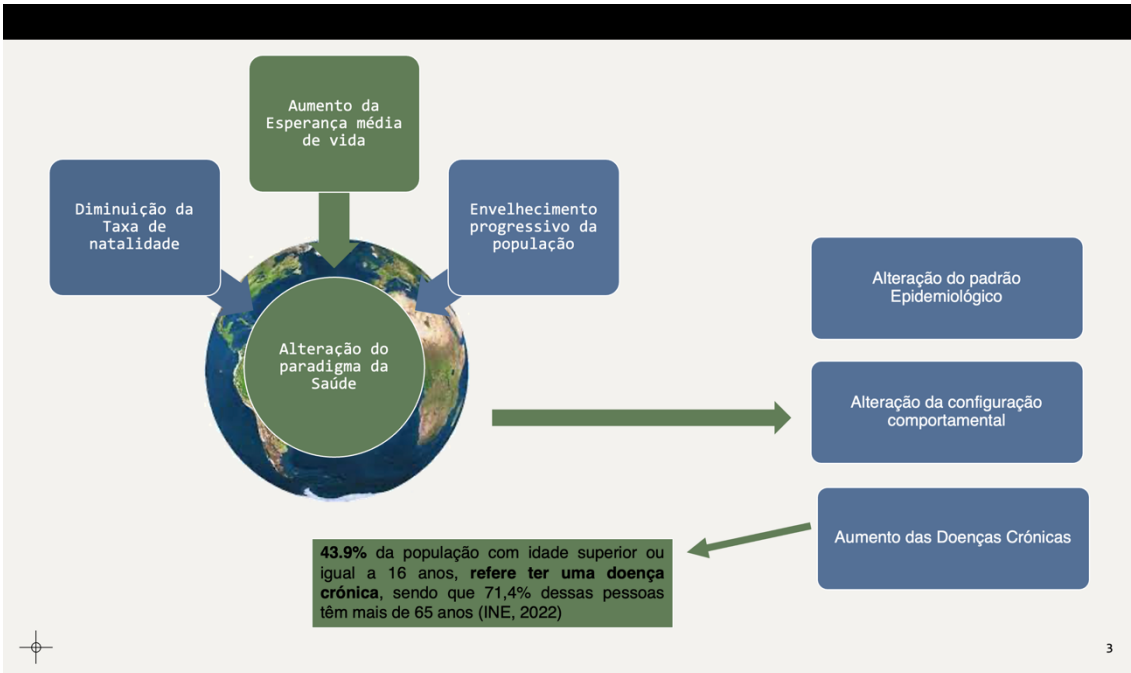
1

Contextualização do Estudo

No âmbito da unidade curricular "Estágio final-Relatório", inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa do Porto.



2



3



Doença Respiratória Crônica

- As doenças respiratórias crônicas distinguem-se pela **alteração que provocam às vias-áreas e às restantes estruturas do pulmão, apresentando uma evolução ao longo do tempo** (Reabilitação Respiratória em rede, 2019);
- No conjunto das DRC salientam-se: **a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** (DGS, 2013).

4




Doença Respiratória Crónica

- As doenças respiratórias são uma das **principais causas de morbilidade e mortalidade** em Portugal, em particular as doenças respiratórias crónicas (DRC).
- Em Portugal apresentam uma **prevalência de cerca de 40%**, com tendência crescente (DGS, 2013).
- A DPOC ocupa o **3º lugar das principais causas de morte a nível mundial** e estima-se que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo, apresentam diagnóstico de DPOC.



5

Desenho e Metodologia do estudo



Planeamento em Saúde: Metodologia do projeto

1. Diagnóstico de Situação
2. Definição de Prioridades
3. Fixação de Objetivos
4. Seleção de Estratégias
5. Elaboração de Programas e Projetos
6. Preparação da Execução

Melo, 2020



Estudo observacional transversal

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

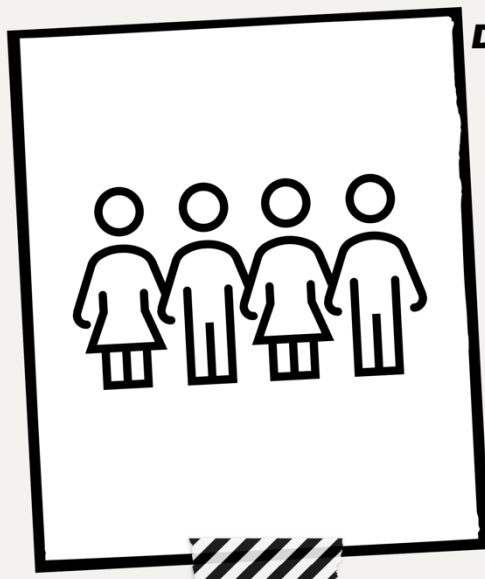
"Quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, dos utentes com Doença Respiratória Crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência de uma ULS, pertencentes à área de abrangência de uma UCC do norte de Portugal?"

OBJETIVO GERAL:

Identificar fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com Doença Respiratória Crónica que são utilizadores frequentes do Serviço de Urgência de uma ULS, pertencentes à UCC;



6



Desenho e Metodologia do estudo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar sócio demograficamente a amostra;
- Caracterizar a gestão e adesão ao regime medicamentoso;
- Caracterizar a gestão e adesão ao regime de exercício físico;
- Caracterizar a gestão e adesão ao regime alimentar;
- Caracterizar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Caracterizar o comportamento de procura de saúde.

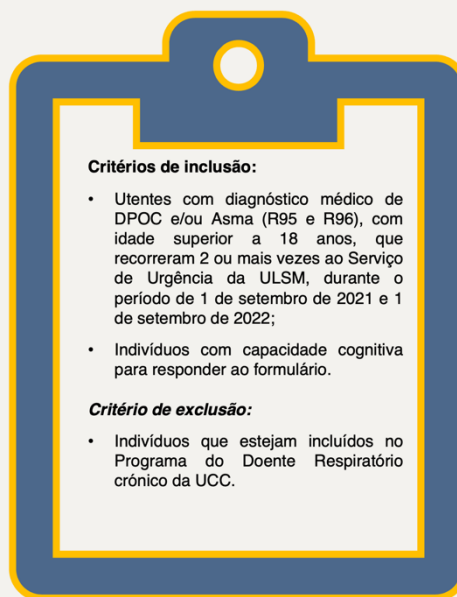
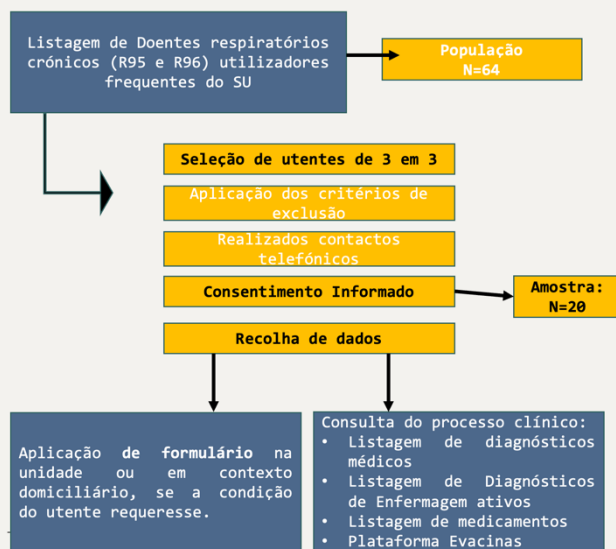
POPULAÇÃO: Doentes Respiratórios crónicos Inscritos nas unidades funcionais da área de abrangência da UCC, com recurso frequente ao serviço de urgência da ULS, no último ano.

AMOSTRAGEM: Probabilística, aleatória simples.



7


Desenho e Metodologia do estudo



8

Formulário de Recolha de dados

<input type="checkbox"/>	Dados Sociodemográficos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dados antropométricos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Conscencialização face à doença	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hábitos tabágicos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestão do regime alimentar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestão do regime de exercício	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestão de regime medicamentoso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Acessibilidade aos serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Comportamento de procura de Saúde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gestão da técnica de inalação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Conservação de energia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aplicação da escala, validada para a População Portuguesa, London Chest Activity of Daily Living (LCADL).	<input type="checkbox"/>



9

Análise de dados

Utilização de ferramentas:
SPSS e Microsoft Excel



10

Análise de Dados



Mulher: 85 %



Homem: 15 %



Peso(média): 70,15 Kg
Altura(média): 160cm
IMC(média): 27.515



Papel de Prestador de Cuidados:
75% o Próprio
25% Familiar



Idade (média): 61,65
anos



Média do nº medicamentos
diária: 8.25 (2-17)



Vive Sozinho: 15%



Média do número total de idas ao
SU, no último ano: 4.8

Nível de Escolaridade			
Válido	Não frequentou a escola. Sabe ler/escrever	1	5,0
	Até ao 4º ano	9	45,0
	Até ao 6º ano	2	10,0
	Até ao 9º ano	3	15,0
	Até ao 12º ano	5	25,0
	Total	20	100,0

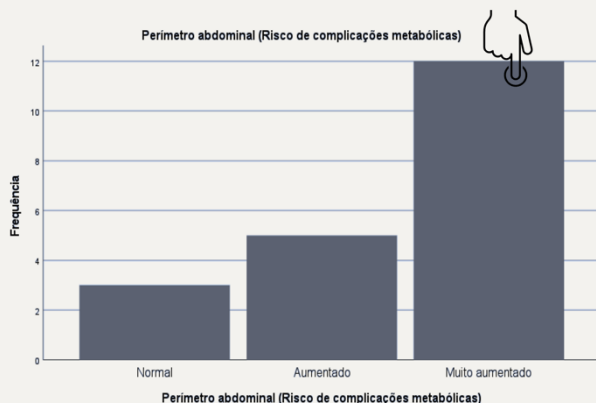
Tipo de DRC			
Válido	Asma	12	60,0
	DPOC	8	40,0
	Total	20	100,0

IMC			
Válido	Magreza moderada	1	5,0
	Peso normal	7	35,0
	Pré-obesidade	7	35,0
	Obesidade	3	15,0
	Obesidade grau II	1	5,0
	Obesidade Grau III	1	5,0
Total	20	100,0	



11

Análise de Dados



- 85% apresenta outras Patologias crônicas
- 35% Hábitos tabágicos anteriores
- 15% Hábitos tabágicos atuais
- 40% Exposição a fumo, diariamente
- 50% não tomou vacina Antipneumocócica
- 25% não tomou Vacina da Gripe



12

Análise de Dados



Sabe que existe um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU)?			
Válido		Frequência	Porcentagem
	Sím	16	80,0
	Não	4	20,0
	Total	20	100,0

- 35% Foi ao SU por agravamento da DRC, no último ano
- 10% Teve um internamento devido à DRC, no último ano
- 95% Foi ao SU por causas externas à DRC, no último ano

Como considera a sua relação com a sua Equipa de Saúde Familiar?			
Válido		Frequência	Porcentagem
	Boa	19	95,0
	Indiferente	1	5,0
	Total	20	100,0

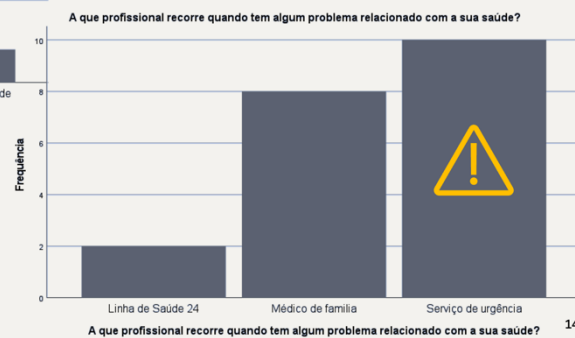
Quando necessita, consegue entrar em contacto com a sua Equipa de Saúde Familiar?			
Válido		Frequência	Porcentagem
	Sím	7	35,0
	Não	12	60,0
	Nunca tentei fazê-lo	1	5,0
	Total	20	100,0

Considera que as consultas que tem estão adequadas às suas necessidades de saúde?			
Válido		Frequência	Porcentagem
	Sím	12	60,0
	Não, devia ter mais consultas	8	40,0
	Total	20	100,0



13

Análise de Dados



14

Análise de Dados

IMC 2			
Válido		Frequência	Porcentagem
	Magreza moderada	1	5,0
	Peso normal	7	35,0
	Pré-obesidade	7	35,0
	Obesidade	3	15,0
	Obesidade grau II	1	5,0
	Obesidade Grau III	1	5,0
	Total	20	100,0



- 90% Não segue orientações alimentares prescritas por um profissional de saúde;
- 65% Considera ter uma alimentação saudável;
- 95% Não segue nenhum regime de exercício prescrito por um profissional de saúde;
- 35% Considera que é negativo realizar 30 min. de exercício físico diariamente, tendo em conta a sua patologia crónica;
- 55% Considera que não é capaz de gerir o regime de exercício;
- 65% Não realiza 30 min. de exercício físico diariamente.



15

Análise de Dados

Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos (Almeida, 2012)

	Não Tenho Dificuldade	Tenho Dificuldade	Dependo do outro
Abrir ou Fechar as embalagens	1	2	3
Ler o que está escrito na embalagem	1	2	3
Perceber qual e como deve tomar o fármaco	1	2	3
Tomar o fármaco (sabor, tamanho, aplicação)	1	2	3
Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)	1	2	3
Deslocar-se até à farmácia para comprar	1	2	3
Ter dinheiro para comprar a medicação	1	2	3
Cumprir o horário das tomas	1	2	3
Manter o conhecimento sobre os fármacos	1	2	3
Lembrar quando chega a hora	1	2	3
Organizar para tomar fora de casa (não planeou)	1	2	3
Estar muito ocupado	1	2	3
Adormecer antes da hora certa	1	2	3
Outro	1	2	3
	Pontuação Total		

- 25% apresenta dificuldade em cumprir o horário as tomas dos fármacos
- 25% tem dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens
- 25% apresenta dificuldade em abrir ou fechar as embalagens dos fármacos
- 20% tem dificuldade em manter o conhecimento sobre o fármaco
- 20% tem dificuldade em tomar o fármaco
- 15% tem dificuldade em lembrar quando chega a hora
- 10% tem dificuldade em organizar para tomar a medicação fora de casa
- 5% tem dificuldade em perceber qual e como deve tomar o medicamento
- 5% tem dificuldade em renovar a medicação
- 5% tem dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação
- 5% tem dificuldade em deslocar-se até à farmácia para comprar



16

Análise de Dados

Inventário de Razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito (Almeida, 2012)

	Nunca	Por vezes	Sempre
Tomar muita medicação junta	1	2	3
Os efeitos secundários do fármaco	1	2	3
Estar preocupado com a habituação face ao fármaco	1	2	3
Não gostar de tomar medicamentos	1	2	3
Quando já se sente bem	1	2	3
Duvidar da eficácia da medicação	1	2	3
Não querer misturar o fármaco com o álcool	1	2	3
Não gostar de pensar que está doente	1	2	3
Sentir-se pior quando toma o medicamento	1	2	3
O fármaco não estar a fazer efeito	1	2	3
O tratamento ser demasiado longo	1	2	3
Por estar deprimido (a)	1	2	3
Preguiça em tomar os medicamentos	1	2	3
Não ter apoio de alguém para o fazer	1	2	3
Não lhe explicarem para que serve	1	2	3
Outro:	1	2	3
Pontuação Total			

- 45% deixa de tomar os medicamentos por preguiça em tomar;
- 35% deixa de tomar a medicação devido aos efeitos secundários dos fármacos;
- 25% deixa de tomar a medicação quando já se sente bem;
- 10% deixa de tomar os fármacos por duvidar da eficácia da medicação;
- 5% não toma os medicamentos por não ter o apoio de alguém para o fazer;
- 5% não toma os medicamentos por não lhe explicarem para que serve;



17

Análise de Dados



Técnica inalatória

- 50% não realizam expiração prévia
- 25% não prepara o dispositivo adequadamente
- 45% não eleva o queixo
- 15% não ativa o dispositivo
- 30% não realiza o fluxo inspiratório adequado
- 25% não realiza pausa inspiratória
- 10% não cumpre a dose prescrita



Técnicas de Conservação de Energia

- 95% não executa a técnica de respiração eficazmente
- 85% não conhece técnicas de conservação de energia
- 65% não conhece estratégias para controlar a falta de ar
- 30% da amostra que conhece as estratégias não as executam eficazmente
- 35% considera que a sua DRC não está controlada



18

Definição de Prioridades

Problemas Identificados:

- P1. Não adesão ao regime de imunização, vacina antipneumocócica
- P2. Autogestão da doença comprometida
- P3. Comportamento de procura de saúde comprometido
- P4. Gestão do regime de exercício comprometida
- P5. Gestão do regime dietético comprometida
- P6. Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida
- P7. Não adesão ao regime medicamentoso
- P8. Abuso do Tabaco

Ponderação nos critérios "Vulnerabilidade", "Necessidade",
"Exequibilidade" e "Oportunidade"
Ponderação final: $A \times (B + D) \times C$

- P7: Não adesão ao regime medicamentoso
- P6: Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida
- P8: Abuso do Tabaco
- P4: Gestão do regime de exercício comprometida
- P5: Gestão do regime dietético comprometida
- P1: Não adesão ao regime de imunização, vacina antipneumocócica
- P2: Autogestão da doença comprometida
- P3: Comportamento de procura de saúde comprometido

P6: Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida



19

Fixação de Objetivos

Capacidade para gerir o Regime medicamentoso Comprometida

Objetivo geral:

- Aumentar a capacidade para a gestão do regime medicamentoso, nos Doentes Respiratórios Crónicos, com idade superior a 18 anos, pertencentes à área de abrangência da UCC.

Objetivos Específicos:

- Obj.1: Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso
- Obj.2: Aumentar a capacidade para memorizar o esquema terapêutico
- Obj.3: Aumentar a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso
- Obj.4: Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória



20



Estratégias de ação



21



Obj.1 Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso

Intervenções:

- Ensinar sobre os fármacos prescritos [nome; ação; horário; forma];
- Ensinar sobre complicações do regime [medicamentoso] ineficaz;
- Ensinar sobre como [atuar em caso de esquecimento da toma];
- Ensinar sobre autovigilância [efeitos secundários];
- Ensinar sobre vigilância dos medicamentos [prazo de validade; alterações da forma];
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso.



22

Obj.2

Aumentar a capacidade para memorizar o esquema terapêutico

Intervenções:

- Realizar sessões individuais de educação para a saúde "Memorizar esquema terapêutico" (1x por semana)
 - Duração de 45 min.
 - 1. Ensinar sobre diferentes [estratégias para memorizar o esquema terapêutico]:
 - + Horário da medicação visível no quotidiano, na sala/cozinha;
 - + Diário terapêutico (exemplar em anexo) ;
 - + Alarmes para a hora da medicação;
 - + Estratégias para distinguir cada medicamento (construir o próprio rótulo).
 - 2. Negociar implementação de [estratégia para memorizar o esquema terapêutico];
 - 3. Colaborar na construção de esquema terapêutico individual.
 - 4. Realizar jogo da memória adaptado para a medicação e respetivos horários;
- Dinamizada por Enfermeiro Especialista em Reabilitação e/ou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública;
 - Material: computador, jogo da memória (placas brancas), marcadores para quadro branco, protótipo de esquema terapêutico, diário terapêutico.



23

DIÁRIO TERAPÊUTICO



ESTE DIÁRIO PERTENCE : _____
GESTOR DE CASO: _____



24

PRÓXIMAS CONSULTAS



OS MEUS MEDICAMENTOS

NOME DO MEDICAMENTO

FUNÇÃO DO MEDICAMENTO

NOTAS



28

Obj.3

Aumentar a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso

Intervenções:

- Instruir | Treinar a preparação de medicamentos
- Instruir | Treinar a administração de medicamentos
- Assistir na identificação de estratégias para otimizar a capacidade para a gestão do regime
 - + Diário terapêutico;
 - + Embalagens especiais;
 - + Informação visual sobre a toma da medicação;
 - + Caixas de contagem e distribuição da medicação;
 - + Alertas para a consultas de enfermagem, médicas e terapêutica;
 - + Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador);
 - + Informar sobre recursos na comunidade: entrega de medicação ao domicílio
- Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime [medicamentoso]:
 - + Abrir e fechar as embalagens;
 - + Construir o próprio rótulo de forma a que fique visível;
- Incentivar tomada de decisão
- Referir para o serviço médico: Reconciliação terapêutica [ajuste de mapa terapêutico, horário das tomas e forma terapêutica]
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
- Monitorizar Capacidade Funcional para a Gestão do Regime medicamentoso [Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos]

29

Obj.4

Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória

Intervenções:

- Ensinar sobre dispositivos inalatórios [diferentes dispositivos existentes; método de higienização; cuidados após utilização];
- Ensinar sobre técnica inalatória;
- Instruir técnica inalatória;
- Treinar técnica inalatória;
- Ensinar sobre [utilização de dispositivos inalatórios em SOS];
- Ensinar sobre vigilância dos medicamentos [prazo de validade, alterações da forma];
- Providenciar material de leitura sobre técnica inalatória;
- Providenciar material audiovisual sobre técnica inalatória.

30

Árvore de decisão diagnóstica Sugestão de intervenção Gestão do Regime medicamentoso



31

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA


DOENTE RESPIRATÓRIO CRÔNICO



32

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÔNICO



```

graph TD
    A[CONHECIMENTO] --> B[Porque toma este medicamento?]
    B --> C[Quando é que deve tomar o medicamento?]
    C --> D[Qual é o horário que toma de cada vez?]
    D --> E[Tem algum cuidado especial com o medicamento?]
    E --> F[Como guarda o medicamento?]
    F --> G[SABE]
    F --> H[NÃO SABE]
    G --> I[CONHECIMENTO EFETIVO]
    H --> J[FALTA DE CONHECIMENTO]
    J --> K[INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM IE1]
    K --> I
    K --> L[CONHECIMENTO NÃO EFETIVO]
    L --> M[AVALIAR PRESTADOR DE CUIDADOS]
    
```

IE1
(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

- **Potencial para aumentar conhecimento sobre regime medicamentoso**
Objetivo
 - Aumentar conhecimento sobre regime medicamentoso**Intervenção**
 - Ensinar sobre medicamentos [Nome da medicação; Ação da medicação; Horário da medicação; Forma do medicamento]
 - Ensinar sobre complicações do regime terapêutico [medicamentosos] ineficaz
 - Ensinar sobre [atuar em caso de esquecimento da toma]
 - Ensinar sobre autovigilância [efeitos secundários da medicação]
 - Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
- **Sem Potencial para aumentar conhecimento sobre regime medicamentoso**

Avaliar Prestador de Cuidados

→

Substituição Formal

Sem prestador de Cuidados

→

Substituição Formal

33

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÔNICO



```

graph TD
    A[CAPACIDADE] --> B[Selecionar que estado é que pretende estar atualmente]
    B --> C[Selecionar os medicamentos]
    C --> D[Verificar prazo de validade]
    D --> E[Retirar do embalagem]
    E --> F[Preparar o dose correta]
    F --> G[Auto-administrar o medicamento]
    G --> H[NÃO TEM DIFICULDADE]
    G --> I[TEM DIFICULDADE]
    H --> J[CAPACIDADE FUNCIONAL]
    I --> K[INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM IE2]
    K --> J
    K --> L[REAVALIAR]
    L --> M[CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME]
    M --> N[AVALIAR PRESTADOR DE CUIDADOS]
    M --> O[DEPENDENTE]
    
```

IE2
(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

- **Potencial para aumentar a capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso**
Objetivo
 - Aumentar capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso**Intervenção**
 - Instruir | Treinar a preparação de medicamentos
 - Instruir | Treinar a autoadministração de medicamentos
 - Assistir na identificação de estratégias para otimizar a capacidade para a gestão do regime medicamentoso
 - Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico [medicamentosos]
 - Incentivar tomada de decisão
 - Ensinar sobre [vigilância dos medicamentos: prazo de validade, alterações da forma]
 - Referir para o serviço médico [ajuste de mapa de medicamentos, horário e forma]
 - Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
 - Monitorizar Capacidade Funcional para a Gestão do Regime medicamentoso [Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos]
- **Sem Potencial para aumentar a capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso**

Incapacidade para gerir o regime medicamentoso

↓

Avaliar Prestador de Cuidados

Sem prestador de Cuidados

↓

Substituição Formal

34



IE3

(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

Potencial para aumentar a adesão ao gestão do regime medicamentoso

Objetivo

- Aumentar a adesão à gestão do regime medicamentoso

Intervenção

- Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão;
- Promover consciencialização;
- Negociar adesão ao regime terapêutico: Embalagens especiais; Informação visual sobre a toma da medicação; Caixas de contagem e distribuição da medicação; Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica; Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador);
- Encorajar adesão [Sessões de grupo];
- Supervisionar a autoadministração de medicamentos;
- Incentivar comportamento de adesão;
- Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar adesão ao regime terapêutico;
- Colaborar com Profissional de saúde no regime medicamentoso [Reconciliação, simplificação, diminuição terapêutico]
- Monitorizar a adesão ao Regime medicamentoso [Inventário de Razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito]

Sem Potencial para aumentar a adesão ao gestão do regime medicamentoso

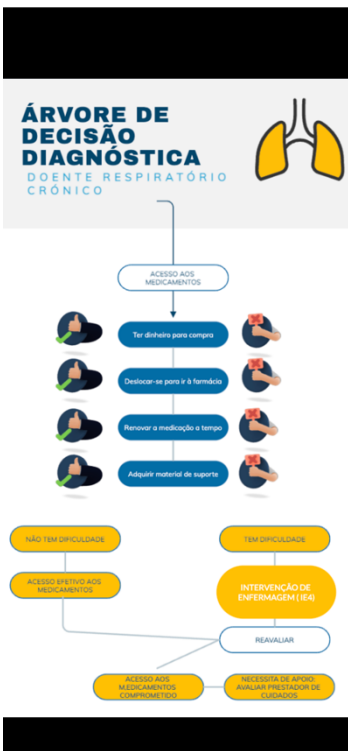
↓

Avaliar Prestador de Cuidados **Sem prestador de Cuidados**

↓

Substituição Formal

35



IE4

(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

Potencial para melhorar o acesso aos medicamentos

Objetivo

- Otimizar o acesso aos medicamentos

Intervenção

- Assistir na identificação de estratégias para otimizar o acesso aos medicamentos
- Requerer serviço social
- Incentivar a gerir o rendimento da família
- Incentivar tomada de decisão
- Encorajar tomada de decisão
- Ensinar sobre recursos da comunidade

Sem Potencial para melhorar o acesso aos medicamentos

↓

Necessita de apoio

↓

Avaliar Prestador de Cuidados

→

Substituição Formal

↓

Sem prestador de Cuidados

36

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA
CENTRO RESPIRATORIO
CARMÍNIA



IE no Prestador de Cuidados (PC)

(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

• **Potencial para aumentar conhecimento do PC sobre regime medicamentoso**

Objetivo

- Aumentar conhecimento do PC, sobre regime medicamentoso

Intervenção

- Ensinar sobre medicamentos [Nome; Ação; Horário; Forma]
- Ensinar sobre complicações do regime terapêutico [medicamentoso] ineficaz
- Ensinar sobre [atuar em caso de esquecimento da toma]
- Ensinar sobre vigilância [efeitos secundários da medicação]
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso

• **Sem Potencial para aumentar conhecimento do PC, sobre regime medicamentoso**

Requer Substituição Formal

37

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA
CENTRO RESPIRATORIO
CARMÍNIA



IE no Prestador de Cuidados (PC)

(Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado)

• **Potencial para aumentar a capacidade funcional do PC para a gestão do regime medicamentoso**

Objetivo

- Aumentar capacidade funcional do PC para a gestão do regime medicamentoso

Intervenção

- Instruir | Treinar a preparação de medicamentos
- Instruir | Treinar a administração de medicamentos
- Assistir na identificação de estratégias para otimizar a capacidade para a gestão do regime medicamentoso
- Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico [medicamentoso]
- Incentivar tomada de decisão
- Ensinar sobre [vigilância dos medicamentos: prazo de validade, alterações da forma]
- Referir para o serviço médico [ajuste de mapa de medicamentos, horário das tomas e forma terapêutica]
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
- Monitorizar Capacidade Funcional para a Gestão do Regime medicamentoso [Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime de Medicamentos]

• **Sem Potencial para aumentar a capacidade funcional do PC para a gestão do regime medicamentoso**

Requer Substituição Formal

38

OBRIGADA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias (PNDR). 2ª edição: Novembro 2013.*
- *Direção-Geral da Saúde (2014). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança. 2ª edição: Novembro 2014.*
- *Direção-Geral da Saúde (2019). Norma 005/2019. Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto. 26 de Agosto.*
- *Direção-Geral de Saúde (2009). Orientação Técnica sobre Exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). N.º 40 A. 27/10/2009*
- *Figueiredo, Rafaela Maria Fragoso Maia (2022). Gestão Ineficaz Do Regime Terapêutico: Diagnóstico De Situação Numa População De Diabéticos. Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública.*
- *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2022). Disponível em: www.goldcopd.org*
- *Global Initiative for Asthma (GINA) (2022). Disponível em: www.ginasthma.org*



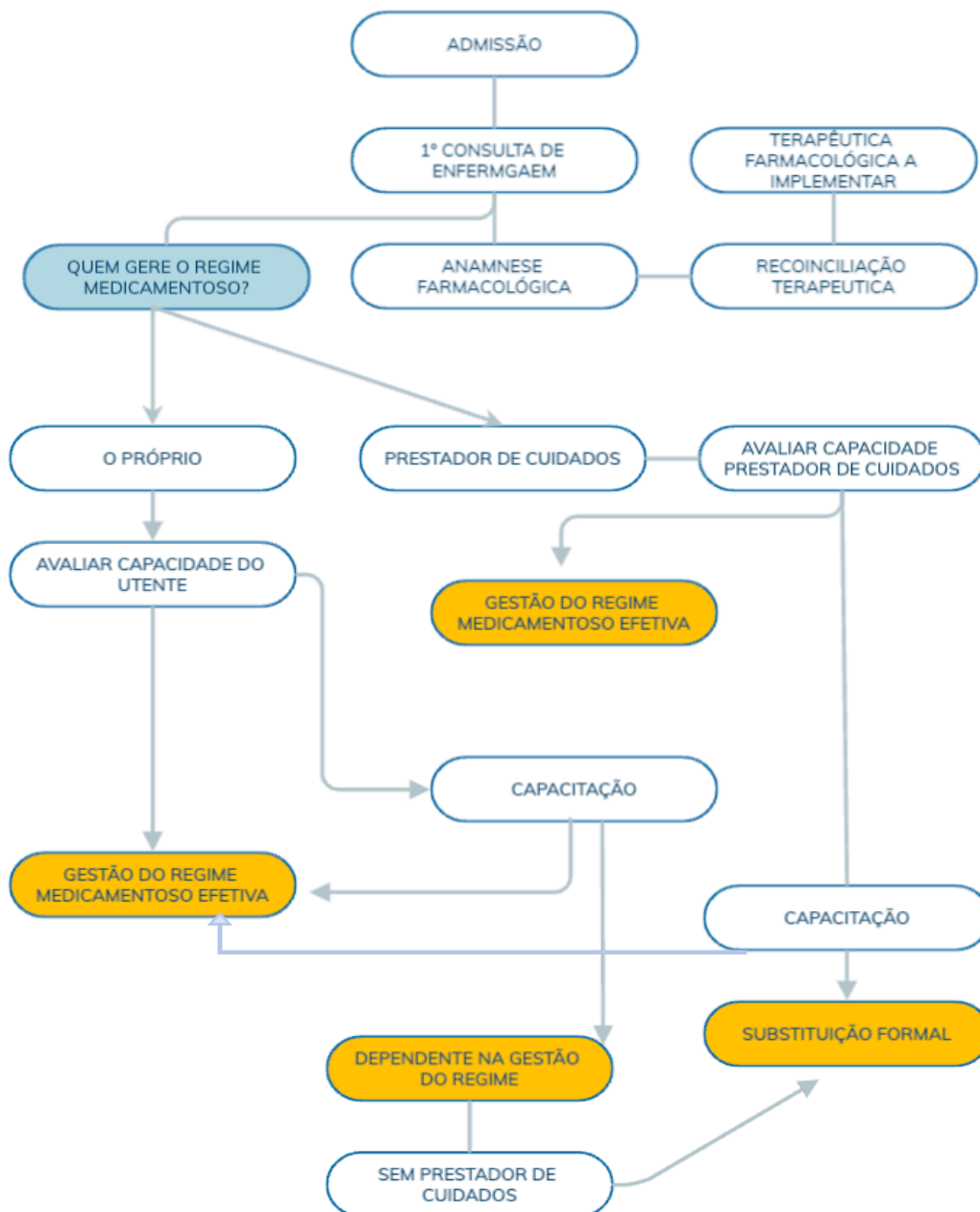
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022). *Estatísticas da Saúde 2020, edição 2022*
- Mota , Liliãna Andreia et al. (2016). *Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo* .Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 11 - 2016
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Pereira, Alberto Miguel Fontes (2020). Diagnóstico de Situação e Projeto de Intervenção Comunitária. Doentes Crónicos Complexos Utilizadores Frequentes Do Serviço De Urgência. Relatório De Estágio Apresentado À Universidade Católica Portuguesa Para Obtenção Do Grau De Mestre Em Enfermagem, Com Especialização Em Enfermagem Comunitária Na Área De Enfermagem De Saúde Comunitária E De Saúde Pública.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). *Programa Doente Respiratório Crónico – Uma Proposta de Melhoria Projeto DPOC e Asma (2022)*.
- *Reabilitação respiratória em rede. Doenças Respiratórias Crónicas*. Disponível em: <http://3r.web.ua.pt/doencas-respiratorias-cronicas/>
- Wise, Robert A., MD, Johns Hopkins Asthma, Allergy (2020). *Center Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)*. (Bronquite obstrutiva crônica; enfisema). Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/disturbios-pulmonares/doença-pulmonarobstrutiva-crônica-e-doenças-relacionadas/doença-pulmonar-obstrutiva-crônica-dp>



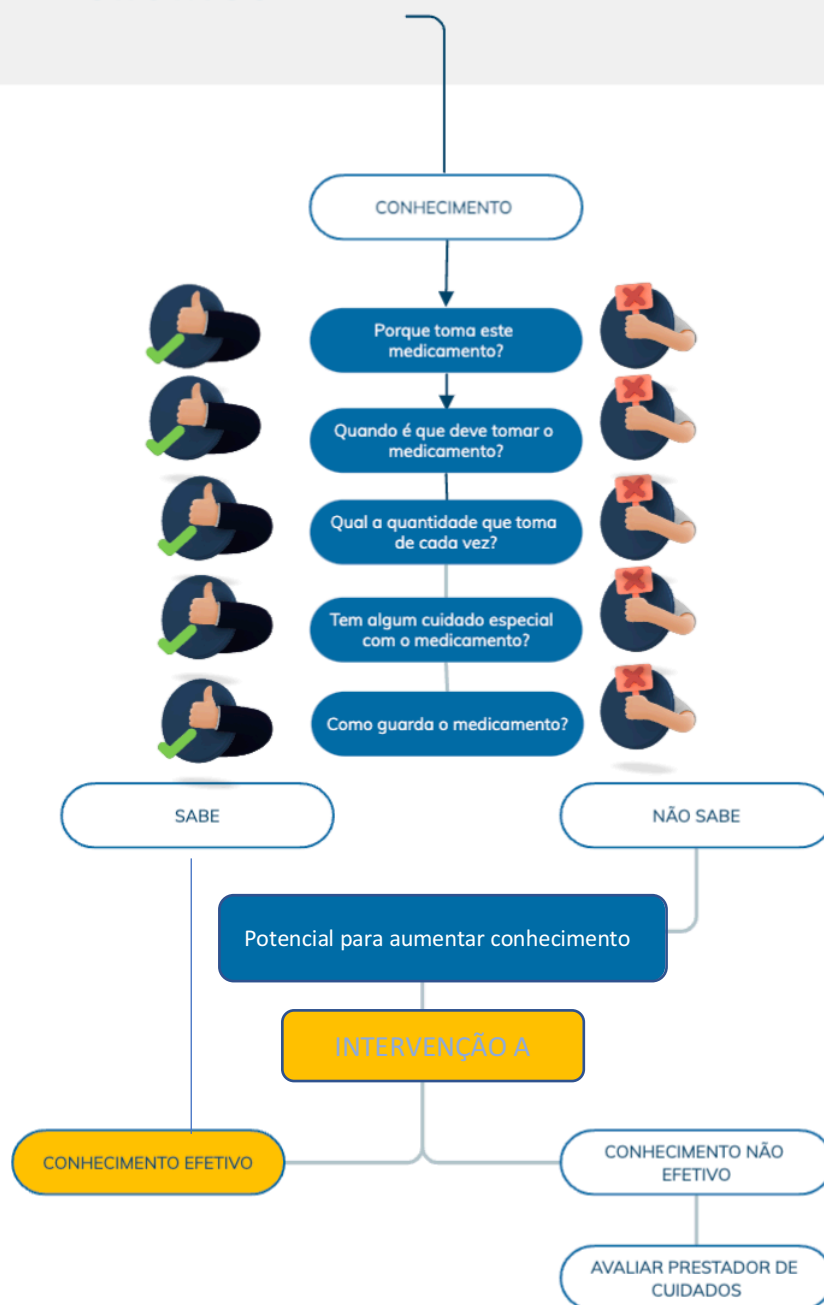
Apêndice IX - Árvore de decisão

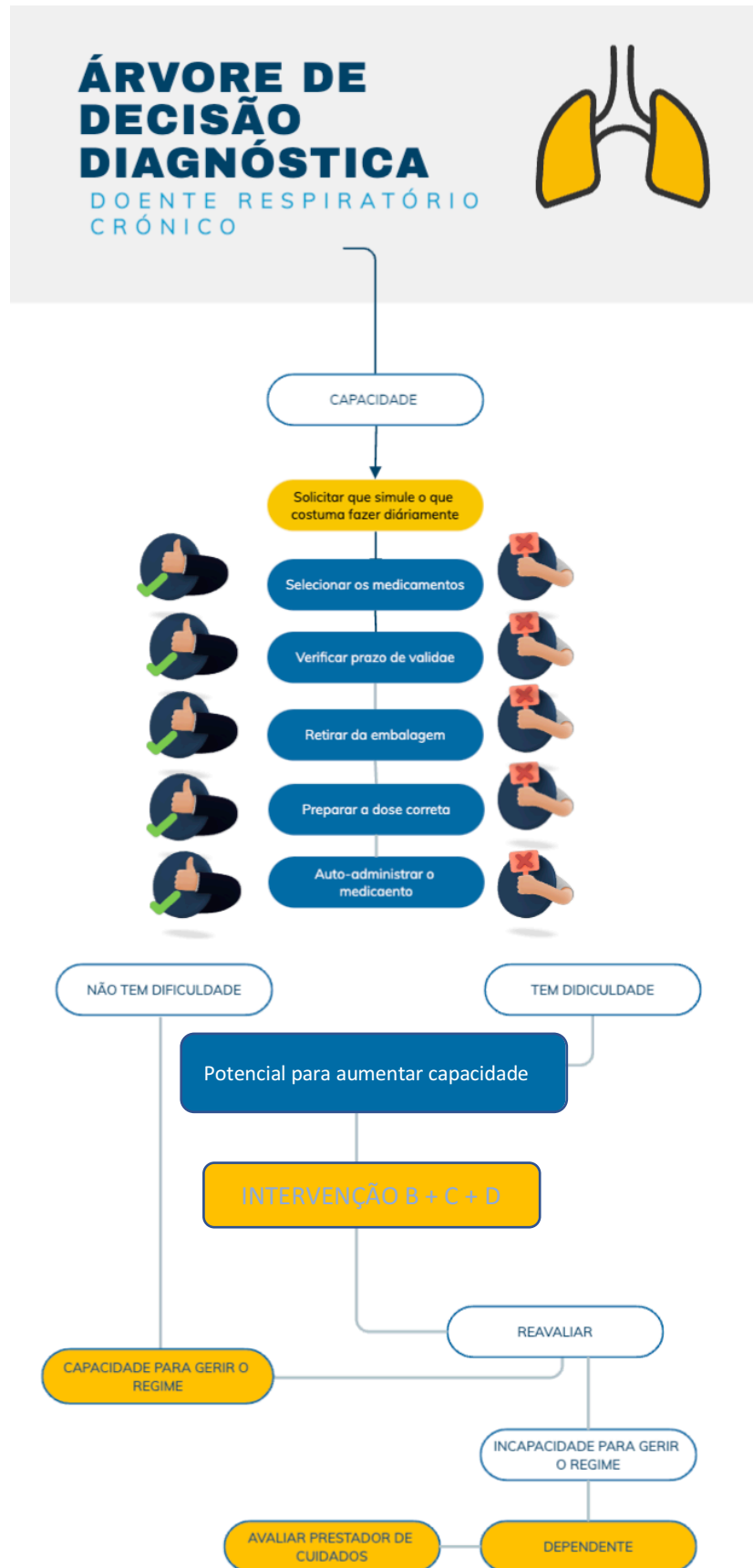
Árvore 1



ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO

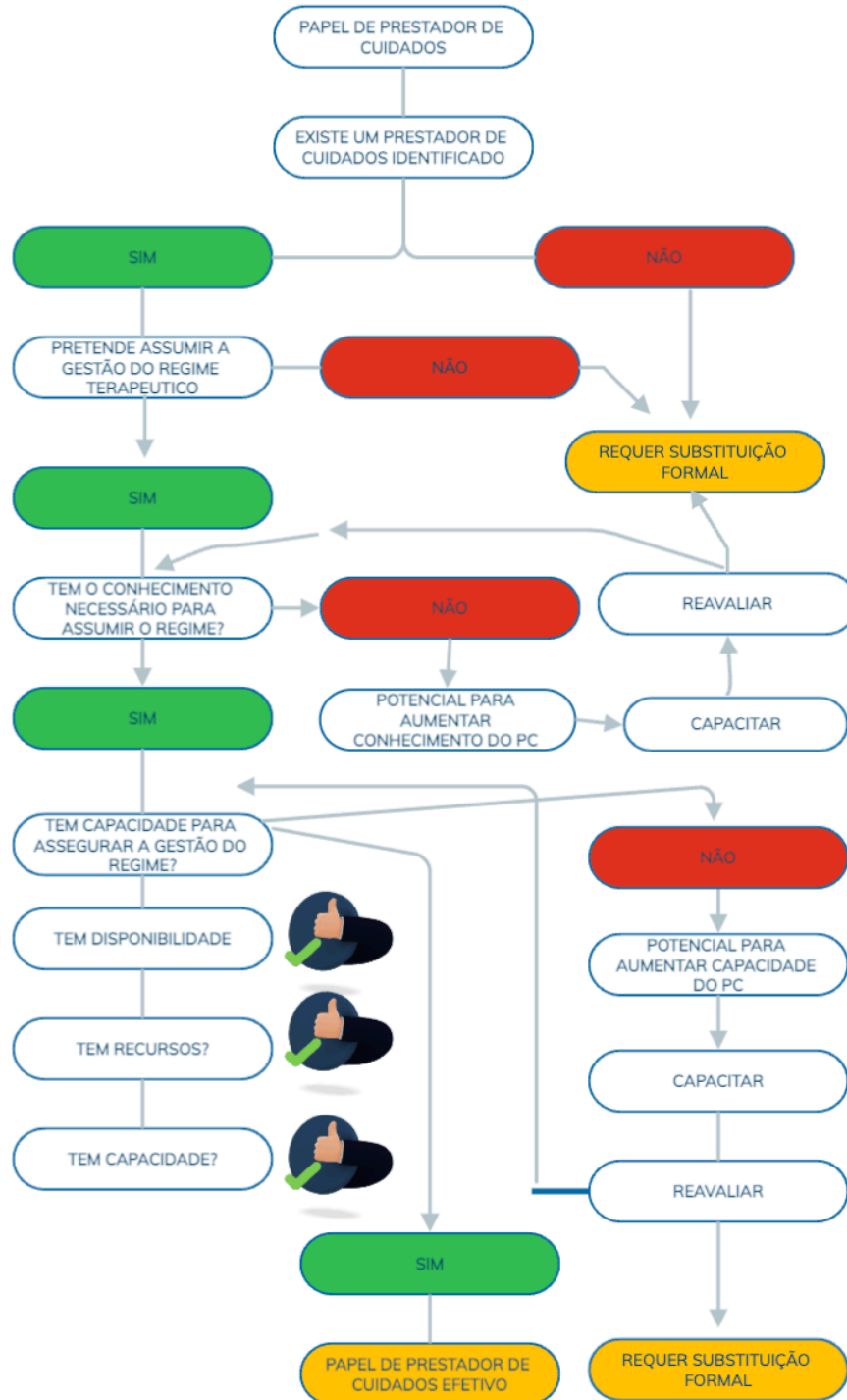




Árvore 4

ÁRVORE DE DECISÃO DIAGNÓSTICA

DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO



Apêndice X - Intervenções de Enfermagem

Intervenção A

Diagnóstico: Potencial para aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso.

Objetivo 1: Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso.

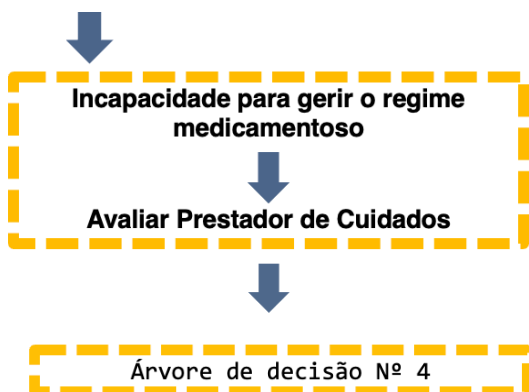
Indicadores: Proporção de utentes com aumento do conhecimento sobre o regime medicamentosos (BI.1, Apêndice XI).

Intervenções:

- Ensinar sobre os fármacos prescritos [nome; ação; horário; forma];
- Ensinar sobre complicações do regime [medicamentoso] ineficaz;
- Ensinar sobre como [atuar em caso de esquecimento da toma];
- Ensinar sobre autovigilância [efeitos secundários];
- Ensinar sobre vigilância dos medicamentos [prazo de validade; alterações da forma];
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso.
- Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso [aplicar árvore de decisão diagnóstica *árvore 2]

Material: Computador; Suporte de diário terapêutico (secção “os meus medicamentos”)

Se Diagnóstico: Sem potencial para aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso



Intervenção B

Diagnóstico: Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.

Objetivo 2: Aumentar a capacidade para memorizar o regime medicamentoso;

Indicador: Proporção de utentes que passou a tomar a medicação segundo o esquema preconizado (BI.2, apêndice XI);

Intervenções:

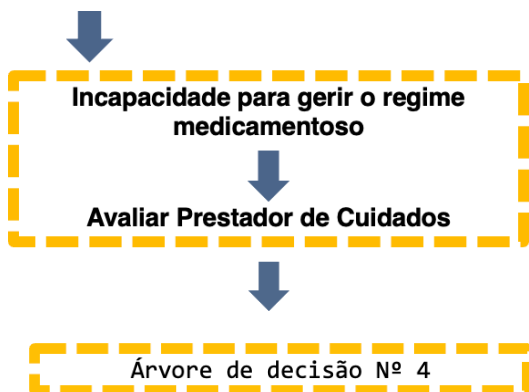
- Ensinar sobre diferentes [estratégias para memorizar o esquema terapêutico]:
 - Horário da medicação visível no quotidiano, na sala/cozinha;
 - Diário terapêutico (Apêndice VII) preenchido em conjunto com o enfermeiro: página 1 “ficha de identificação”; página 2 “tabela de medicamentos” para preencher em conjunto com o enfermeiro; página diária “ A minha medicação” onde o utente aponta quando tomou o fármaco, se sentiu efeitos secundários, esquecimentos de medicação e classifica como foi o dia; página semanal “A minha semana” onde o utente pode apontar aspetos positivos e negativos da sua semana, relacionado com o regime medicamentoso; página 3 “próximas consultas “onde o utente pode apontar as próximas consultas; página 4 “ os meus medicamentos” com a descrição de cada medicamento para construir em conjunto com o enfermeiro colocando o nome do medicamento e o seu efeito; página 5 “Notas” onde o utente pode colocar notas para partilhar com o enfermeiro como por exemplo dúvidas.
 - Alarmes para a hora da medicação;
 - Estratégias para distinguir cada medicamento: ex. construir o próprio rótulo com letra visível ou ilustração.

- Negociar implementação de [estratégia para memorizar o esquema terapêutico];
- Referir para o serviço médico: reconciliação terapêutica [ajuste de medicação, horário das tomas e forma terapêutica];
- Realizar jogo da memória adaptado para a medicação e respetivos horários.

Material: computador, jogo da memória (placas brancas, marcadores), tabela de medicamentos, diário terapêutico (Apêndice VI).

Nota: O enfermeiro deve seleccionar as intervenções que melhor se adequam ao utente.

Se Diagnóstico: Sem potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso



Intervenção C

Diagnóstico: Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.

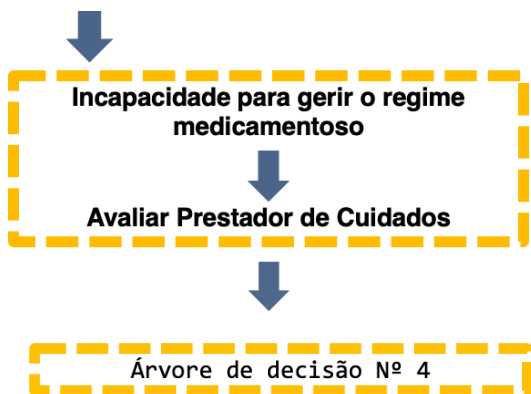
Objetivo 3: Aumentar a capacidade funcional para gerir o regime medicamentoso.

Indicador: Proporção de utente com aumento da capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso (BI.3, Apêndice XI);

Intervenções:

- Instruir | Treinar a preparação de medicamentos;
- Instruir | Treinar a administração de medicamentos;
- Assistir na identificação de estratégias para otimizar a capacidade para a gestão do regime: Diário terapêutico; Embalagens personalizadas; Informação visual sobre a toma da medicação; Caixas de contagem e distribuição da medicação; Alertas para a consultas de enfermagem, médicas e terapêutica; Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador);
- Informar sobre recursos na comunidade: entrega de medicação ao domicílio;
- Incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime [medicamentoso]: abrir e fechar as embalagens; construir o próprio rótulo de forma que fique visível;
- Incentivar tomada de decisão;
- Referir para o serviço médico: reconciliação terapêutica [ajuste de mapa terapêutico, horário das tomas e forma terapêutica];
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso;
- Avaliar a Capacidade Funcional para a Gestão do Regime medicamentoso [aplicar árvore de decisão diagnóstica *árvore 3].

Se Diagnóstico: Sem potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.



Intervenção D

Diagnóstico: Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.

Objetivo 4: Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória.

Indicador: Proporção de utentes com aumento da capacidade para executar técnica inalatória (BI.4, Apêndice XI).

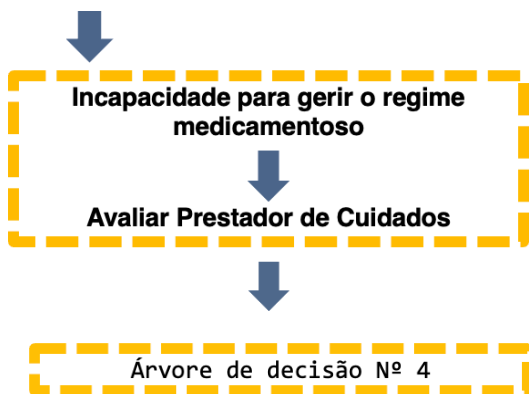
Intervenções:

- Ensinar sobre dispositivos inalatórios [diferentes dispositivos existentes; método de higienização; cuidados após utilização];
- Ensinar sobre técnica inalatória;
- Instruir técnica inalatória;
- Treinar técnica inalatória;
- Ensinar sobre [utilização de dispositivos inalatórios em SOS];
- Ensinar sobre vigilância do medicamentoso [prazo de validade, alterações da forma];
- Providenciar material de leitura e audiovisual sobre técnica inalatória;
- Avaliar capacidade para executar a técnica inalatória: Grelha de observação da técnica inalatória (GOTI).

Material: Dispositivos inalatórios, versão DEMO, para demonstração

Nota: A grelha de observação da técnica inalatória a utilizar deve ser a mesma no início da intervenção e no fim. A escolha da grelha fica ao critério do responsável pelo programa de Doentes Respiratórios Crónicos da UCC. No entanto, pode ser utilizada a que o investigador criou para a recolha de dados inicial baseada nos erros críticos descritos na literatura, ou as disponibilizadas pela DGS na norma nº 010/2017.

Se Diagnóstico: Sem potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.



Grelha de observação da técnica de inalação (GOTI)			
	Executa	Não Executa	
Prepara e agita o dispositivo 3-4 vezes de cima para baixo, se aplicável	5	0	
Realiza expiração prévia	5	0	
Eleva o queixo	5	0	
Ativa o dispositivo	5	0	
Realiza fluxo inspiratório adequado	5	0	
Realiza pausa inspiratória	5	0	
Cumprir a dose prescrita	5	0	
Total			

Nota: “Capacidade para executar a técnica inalatória comprometida”, se pontuação total ≤ 30 .

Apêndice XI - Indicadores: Bilhete de Identidade

BI.1 - Proporção de utentes com aumento do conhecimento sobre o regime medicamentoso

Indicadores

Bilhete de identidade

Nº1

BI.1



Tipo

Indicador de Resultado

Objetivo

Avaliar a capacidade do programa do doente respiratório crónico (DRC) para aumentar o conhecimento dos utentes sobre o regime medicamentoso.

Período de análise

Período de análise fixo:
Semestral

Fórmula de cálculo

$$(AA/BB) \times 100$$

Unidade de medida

%

A2: árvore decisão diagnóstica
Nº2

Proporção de utentes com aumento do conhecimento sobre o regime medicamentoso

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes com aumento do conhecimento sobre o regime medicamentoso, em pelo menos 1 parâmetro de A2, após intervenção de enfermagem. O denominador exprime a totalidade de utentes com diagnóstico inicial “Potencial para aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso” e submetidos a intervenção de enfermagem.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com registo de melhoria do conhecimento sobre o regime medicamentoso, em pelo menos um parâmetro de avaliação em A2.

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com avaliação inicial em A2 “Potencial para aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso”;

C: Uteses submetidos a intervenção de enfermagem no âmbito do programa DRC, para aumento do conhecimento sobre o regime medicamentoso.



BI.2



Tipo

Indicador de Resultado

Objetivo

Monitorizar a adesão às estratégias para memorizar o regime medicamentoso.

Período de análise

Período de análise fixo:
Semestral

Fórmula de cálculo

$(AA/BB) \times 100$

Unidade de medida

%

Proporção de utentes que passou a realizar a medicação segundo o esquema preconizado

Descrição: Indicador que exprime a proporção de utentes que passou a tomar a medicação segundo o esquema preconizado, após intervenção de enfermagem. O denominador exprime a totalidade de utentes com diagnóstico inicial “Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso” e submetidos a intervenção de enfermagem.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Utentes com registo de que passaram a realizar a medicação segundo o esquema preconizado.

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Utentes com avaliação inicial “Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso”;

C: Utentes submetidos a intervenção de enfermagem para aumentar a capacidade para memorizar o regime medicamentoso.



BI.3 - Proporção de utentes com aumento da capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso

Indicadores

Bilhete de identidade

Nº3

BI.3



Tipo

Indicador de Resultado

Objetivo

Avaliar a capacidade do programa do doente respiratório crónico (DRC) para aumentar a capacidade funcional dos utentes para a gestão do regime medicamentoso.

Período de análise

Período de análise fixo:
Semestral

Fórmula de cálculo

$$(AA/BB) \times 100$$

Unidade de medida

%

A3: árvore decisão diagnóstica
Nº3

Proporção de utentes com aumento da capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes com aumento da capacidade funcional para a gestão do regime medicamentoso, em pelo menos 1 parâmetro de A3, após intervenção de enfermagem. O denominador exprime a totalidade de utentes com diagnóstico inicial “Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso” e submetidos a intervenção de enfermagem.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com registo de melhoria da capacidade para gerir o RM, em pelo menos um parâmetro da avaliação em A3.

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com avaliação inicial em A3 “Potencial para aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso”;

C: Uteses submetidos a intervenção de enfermagem, para aumento da capacidade para gerir o RM.



BI.4 - Proporção de utentes com aumento da capacidade para executar a técnica inalatória.

Indicadores

Bilhete de identidade

Nº4

BI.4



Tipo

Indicador de resultado

Objetivo

Avaliar a capacidade do programa do doente respiratório crónico (DRC) para aumentar a capacidade dos utentes para executar a técnica inalatória.

Período de análise

Período de análise fixo:
Semestral

Fórmula de cálculo

$$(AA/BB) \times 100$$

Unidade de medida

%

GOTI:Grelha de Observação da Técnica inalatória. Pode ser utilizada a grelha que o investigador utilizou na recolha de dados, ou as grelhas sugeridas pela DGS na norma nº010/2017

Proporção de utentes com aumento da capacidade para executar técnica inalatória

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes com aumento da capacidade para executar a técnica inalatória, em pelo menos 1 parâmetro da grelha de observação da técnica inalatória (GOTI), após intervenção de enfermagem. O denominador exprime a totalidade de utentes com diagnóstico inicial “Capacidade para executar a técnica inalatória comprometida” e submetidos a intervenção de enfermagem.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com registo de melhoria na capacidade para executar a técnica inalatória, em pelo menos um parâmetro da avaliação da GOTI.

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A, B e C] é verdadeira

A: Uteses incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Uteses com avaliação inicial (GOTI) “Capacidade para executar a técnica inalatória comprometida”;

C: Uteses submetidos a intervenção de enfermagem, para aumento da capacidade para executar a técnica inalatória.



BI.5



Tipo

Indicador de processo

Objetivo

Monitorizar a utilização do programa DRC, pelos utentes DPOC e/ou Asma.

Período de análise

Período de análise fixo: Anual

Fórmula de cálculo

$$(AA/BB) \times 100$$

Unidade de medida

%

Proporção de utentes DPOC e/ou Asma com intervenção de enfermagem

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes DPOC e/ou Asma com mais de 1 contacto na UCC. O denominador exprime a totalidade de utentes com DPOC e/ou Asma, pertencentes à área de abrangência da UCC.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC ;

B: Utentes DPOC e/ou Asma, com registo de mais de 1 contacto de enfermagem.

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A, B] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Utentes com DPOC e/ou Asma (R95 e R 96).



BI.6



Tipo

Indicador de resultado.

Objetivo

Monitorizar efetividade dos cuidados prestados a adultos com asma/DPOC, no controlo da sintomatologia com impacto na diminuição do número de internamentos.

Período de análise

Período de análise fixo: Anual

Fórmula de cálculo

$$(AA/BB) \times 100$$

Unidade de medida

%

Taxa de Internamento por asma/DPOC entre os participantes no programa do DRC

Descrição: Indicador que exprime a percentagem de utentes, integrados no program do doente respiratório crónico (DRC), com registo internamento por agudização da doença respiratória crónica. O denominador exprime a totalidade de utentes integrados no programa do DRC da UCC.

Regra de Cálculo:

Numerador (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC;

B: Utentes com registo de internamento por agudização da doença respiratória crónica, após integração no programa DRC;

Denominador (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira

A: Utentes incluídos no programa DRC, pertencentes à área de abrangência da UCC.



Anexos

Anexo I - London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

Nome:..... Data: / /

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	<input type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama	<input type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas	<input type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó	<input type="checkbox"/>
		Lavar a louça	<input type="checkbox"/>
		Utilizar o aspirador/varrer	<input type="checkbox"/>
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	<input type="checkbox"/>	Subir escadas	<input type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input type="checkbox"/>	Inclinar-se	<input type="checkbox"/>