



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CRIANÇAS COM ASMA E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

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
Matilde Batista e Santos

Porto – abril, 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CRIANÇAS COM ASMA E A INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA COMUNIDADE**

**CHILDREN WITH ASTHMA AND THE NURSING
INTERVENTION IN THE COMMUNITY**

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
Matilde Batista e Santos

Sob a orientação de
Professor Doutor João Amado

Porto – abril, 2024

RESUMO

As doenças crónicas em particular as Doenças Respiratórias Crónicas (DRC), continuam a ser, em Portugal, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, verificando-se uma tendência crescente da sua prevalência. Sendo a asma uma doença crónica frequente na criança e na população adulta, a sua prevalência é a mais elevada entre a população infantil e juvenil. Assim, cabe ao Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública realizar a avaliação do estado de saúde da população, elaborar projetos adequados às necessidades reais identificadas, implementar intervenções e consequentemente, monitorizar e avaliar, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão. O presente documento consiste no culminar da unidade curricular de Estágio Final e na aquisição de competências de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Assim, foi realizado um diagnóstico de situação assente na metodologia de planeamento em saúde, com o intuito de dar resposta ao objetivo definido: identificar as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem dos utentes com diagnóstico de asma sem intervenção da UCC. Com aplicação e análise do formulário realizado de recolha de dados, identificaram-se 6 problemas e, após priorização, destacam-se dois deles: “Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida” e “Falta de conhecimento sobre a doença”. Tendo em conta os diagnósticos identificados, foram implementadas e sugeridas intervenções e produzidos indicadores para posterior avaliação das estratégias de ação. Este estudo veio realçar a necessidade de intervir de forma contínua nos utentes com doença crónica, com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes utentes o, que, por sua vez deverá gerar ganhos na saúde da população.

Palavras-chave: Asma; Idade pediátrica; Enfermagem Comunitária; Diagnóstico de Situação.

ABSTRACT

Chronic diseases particularly Chronic Respiratory Diseases (CRD), continue to be one of the main causes of morbidity and mortality in Portugal, with an increasing trend. Considering that asthma is a common chronic disease in both children and adults, its prevalence is higher among the pediatric and youth populations.

It is up to the Community Health and Public Health Nursing Specialist to assess the population's state of health, draw up projects suited to the real needs identified, implement interventions, monitor, and evaluate, cooperating in epidemiological surveillance, to produce relevant indicators for decision-making. This document represents the culmination of the Final Internship module and the acquisition of skills as a master's in nursing with Specialization in Community Health and Public Health Nursing. A diagnosis was conducted using health planning methodology to address the defined objective: identifying nursing care needs of patients diagnosed with asthma without intervention from the CCU. With the application and analysis of the data collection questionnaire, 6 problems were identified and after prioritization, two stood out: "Compromised ability to manage medication regime" and "Lack of knowledge about the disease." Considering the identified diagnoses, interventions were suggested and implemented, producing indicators to evaluate the action strategies. This study emphasizes the need for continuous intervention in patients with chronic diseases to improve their quality of life, leading to health gains in the population.

Keywords: Asthma; Pediatric age; Community Nursing; Situational Diagnosis.

PENSAMENTO

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer ao Senhor Professor Doutor João Amado, pela orientação, pela disponibilidade constante e principalmente pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis deste percurso.

À Enfermeira Tutora pelo acompanhamento ao longo destes 4 meses, pelas palavras de incentivo e motivação e pela sua generosidade.

À minha família, avós, pais e irmã pelo suporte e aconchego durante todo este caminho.

Aos amigos que são família e que são desde sempre a estrutura e o suporte que preciso.

À agora minha equipa, às colegas de trabalho e amigas por todo o apoio e por me fazerem ver todos os dias que tudo é possível, até mesmo o que por vezes parece não o ser.

Um agradecimento a todas as crianças, jovens e famílias com que me cruzei neste período tornando possível a realização deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACT – Teste de Controlo da Asma

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Respiratória Crónica

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

MIMUF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MINI ACT - Mini Teste de Controlo da Asma

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IMC - Índice de Massa Corporal

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
1.1 DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: ASMA	24
1.2 ASMA E AS CRIANÇAS	27
1.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA CRIANÇA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	29
CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO EM SAÚDE	32
2.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	32
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
2.3. DESENHO DO ESTUDO	34
2.4. VARIÁVEIS E RECOLHA DE DADOS.....	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE	37
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ANTROPOMÉTRICAS ..	37
3.2. DADOS DA HABITAÇÃO	39
3.3. CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA	40
3.4. REGIME MEDICAMENTOSO	41
3.4.1. TÉCNICA DE INALAÇÃO	42
3.5. REGIME DE EXERCÍCIO.....	43
3.6. GESTÃO DA DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA.....	44
CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	46
4.1. PROBLEMAS/ NECESSIDADES IDENTIFICADAS	46
4.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	47
4.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	50
4.3.1. OBJETIVO GERAL	50
4.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	51
4.4. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	51
4.5. AVALIAÇÃO	56
CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	58
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES.....	69
APÊNDICE I - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO	70

APÊNDICE II- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	73
APÊNDICE III – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	82
APÊNDICE IIII – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS TENDO EM CONTA A MAGNITUDE	87
APÊNDICE V – MATERIAL DE LEITURA E AUDIOVISUAL SOBRE TÉCNICA DE INALAÇÃO	91
APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA ATIVIDADE REALIZADA SOBRE A TÉCNICA DE INALAÇÃO	109
APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – “TUDO O QUE DEVO SABER SOBRE A ASMA”	112
APÊNDICE VIII- QUESTIONÁRIO INICIAL E FINAL DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “VAMOS PERCEBER AQUILO QUE SABES SOBRE A ASMA”	121
APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – “TUDO O QUE DEVO SABER SOBRE A ASMA”	123
ANEXOS.....	126
ANEXO I- QUESTIONÁRIO MINI ACT.....	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra pela variável sexo	37
Gráfico 2- Distribuição da amostra pelo ano de escolaridade que frequentam .	38
Gráfico 3- Progenitores com diagnóstico de asma	38
Gráfico 4- Índice de Massa Corporal (IMC).....	39
Gráfico 5- Exposição a fumo do tabaco	40
Gráfico 6- Presença de animais domésticos com pelo	40
Gráfico 7- Conhecimento sobre a doença respiratória crónica	41
Gráfico 8- Regime de exercício	43
Gráfico 9- Controlo de sintomas aquando da recolha de dados.....	44
Gráfico 10- Controlo de sintomas 4 semanas após recolha de dados	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Critérios de Priorização adaptados do método CENDES-OPAS.....	48
Tabela 2- Grelha de Ponderação dos problemas identificados no Diagnóstico de Saúde	49

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas, em particular as Doenças Respiratórias Crónicas (DRC), continuam a ser, em Portugal, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, verificando-se uma tendência crescente da prevalência (Direção Geral de Saúde, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a doença crónica define-se como uma doença de longa duração e de progressão lenta o que faz com que o tratamento tenha de ser contínuo ao longo de anos e décadas. (Organização Mundial de Saúde, 2002)

Por sua vez as doenças respiratórias crónicas destacam-se pela alteração que geram nas vias áreas e nas restantes estruturas integrantes do pulmão, agravando-se a evolução ao longo do tempo. No conjunto das doenças respiratórias crónicas evidenciam-se a Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). (Direção Geral de Saúde, 2013)

Estima-se uma prevalência de 10% ao nível dos diagnósticos de Asma. Sendo uma doença crónica frequente na criança e na população adulta, estima-se que, em Portugal, a prevalência média da asma na população por grupo etário se situa dos 6-7 anos em mais de 11,0%, em 11,8% dos 13-14 anos e na faixa etária entre os 20-44 anos em 5,2%. Como é possível perceber de acordo com os dados apresentados a prevalência da asma é mais elevada entre a população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar. (Direção Geral de Saúde, 2013)

Relativamente aos internamentos por Asma, nota-se uma estabilização desde 2011. Contudo Portugal destaca-se por ser o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com menos internamentos por Asma e por DPOC, sensíveis a cuidados de ambulatório, internamentos estes

potencialmente evitáveis, com a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas tomadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários (Direção Geral da Saúde, 2018).

Através do Inquérito Nacional sobre o Controlo da Asma em Portugal, sabe-se que 57% das pessoas com asma têm a doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses com asma necessitam de melhorar a intervenção para o controlo da doença (Direção Geral da Saúde, 2018).

Relativamente ao diagnóstico da Asma, tem sido também evidente o seu aumento comparativamente ao ano de 2011, a nível dos Cuidados de Saúde Primários afetando diversas faixas etárias, quando não controlada a doença pode tronar-se incapacitante e até mesmo, em alguns casos, fatal (Direção Geral de Saúde, 2017).

Assim a enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (CSP), pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade com outros profissionais, reconhecendo a importância das competências e união de esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando sempre o trabalho em equipa e em parceria (Ordem dos Enfermeiros , 2011).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve realizar a avaliação do estado de saúde da população, elaborar projetos adequados às necessidades identificadas, implementar intervenções e consequentemente, e não menos importante, monitorizar e avaliar, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros , 2011).

Tendo em conta o exposto, a escolha da referida área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, prende-se com o facto de exercer a minha atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sendo do meu interesse e uma necessidade de o serviço integrar outros projetos

para além daquele em agora estou, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Assim há uma necessidade acrescida de adquirir novas competências na referida área de especialização, de forma a conseguir dar resposta à população da área de abrangência da unidade onde exerço funções.

Tendo em conta as preferências da estudante e a disponibilidade das unidades, o estudo realizado e relatado ao longo do presente trabalho foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região do norte de Portugal.

A escolha do estudo e do grupo de utentes foi uma proposta da unidade, uma vez que se identificou uma lacuna na resposta aos utentes com diagnóstico de doença respiratória crónica (DRC). Tendo em conta a análise do Diagnóstico de Situação realizado pela USP da referida área geográfica denota-se a necessidade de investir no acompanhamento dos utentes com patologias respiratórias, nomeadamente a Asma e a DPOC (USP, 2023).

O projeto que integrei faz parte da bolsa de projetos da UCC e uma vez que recentemente a equipa perdeu elementos, houve necessidade de uma realocação de recursos ficando este projeto sem resposta. Considerando que as equipas são dinâmicas, e com vista a salvaguardar o melhor interesse e ganho em saúde da comunidade, nomeadamente dos utentes abrangidos pelo mesmo, este estudo vem evidenciar a necessidade e a importância de dar continuidade ao projeto, refletindo entre outras mais, acerca do papel do enfermeiro na gestão da doença crónica, nomeadamente na resposta que compete ao EEESCSP.

O presente relatório desenvolve-se no âmbito da unidade curricular de “Estágio final- Relatório”, inserida no plano de estudos do terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa, no Instituto Ciências da Saúde do Porto. Assim e de acordo com o plano de estudos do curso em vigor, a Unidade Curricular compreende 30 ECTS, sendo que no que

se refere à componente de estágio, esta inclui um total de 360 horas de contacto e que decorreram de 07/09/2023 a 05/01/2024.

O desenvolvimento do estágio, teve por base a realização de um diagnóstico de situação, assente na metodologia de planeamento em saúde a qual, de acordo com a perspectiva de Tavares refere-se ao processo de tomada de decisão dos profissionais, de forma a garantir otimização e organização dos recursos tendo em conta princípios como a equidade e eficiência (Tavares, 1990).

Assim pode definir-se planeamento em saúde como um processo racional que tem como finalidade dar resposta aos problemas de saúde identificados na comunidade produzindo resultados. No decorrer do processo, tendo em conta um conjunto de decisões sequenciais pode haver necessidade de realizar alterações e reavaliações em qualquer uma das etapas.

Considerando a perspectiva de Imperatori e Giraldes apresentada por Melo, o processo de planeamento em saúde consiste em três grandes etapas: A elaboração do plano; a execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

A primeira etapa, a elaboração do plano, compreende um conjunto de 6 subetapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de Programas e Projetos; Preparação da Execução.

Assim e com o intuito de adquirir competências na área de especialidade e refletir o caminho percorrido para a realização do estudo, o documento encontra-se dividido em 5 capítulos. O primeiro capítulo centrado no resumo de toda a revisão da literatura que sustenta o estudo, o segundo descreve as diferentes etapas para a realização do diagnóstico de saúde, o terceiro apresenta os resultados obtidos decorrentes da colheita de dados, o quarto refere-se à intervenção comunitária e por fim o quinto é dedicado às competências em enfermagem comunitária adquiridas ao longo do percurso.

A bibliografia que suporta todo o documento é apresentada de acordo com a norma APA e é composta por fontes primárias e secundárias, sendo maioritariamente por fontes primárias.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente documento, como referido anteriormente, inicia-se com o enquadramento teórico, que foi a base para a realização de todo o estudo, tendo sido a pesquisa bibliográfica realizada em diversas bases de dados científicas.

Está dividido em três subcapítulos: Doença Respiratória Crónica- Asma, Asma e as crianças, o papel do enfermeiro na gestão da doença crónica na criança em contexto comunitário.

1.1 DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA: ASMA

A asma é uma doença respiratória crónica, geralmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas com sintomatologia respiratória, como sibilância (frequentemente designada pieira), dispneia, opressão torácica e tosse, variando estas em intensidade/ gravidade ao longo do tempo, associada habitualmente a um aumento da reatividade brônquica e alterações estruturais das vias aéreas (Direção Geral da Saúde, 2018; Direção Geral da Saúde, 2014).

Na criança, no adolescente e no adulto o sintoma não respiratório, frequentemente associado, aos referidos anteriormente é o cansaço, sendo apenas a referência à tosse isolada muito rara. (Direção Geral da Saúde, 2018)

Sendo a asma uma doença heterogénea com diferentes características fisiopatológicas e clínicas é possível identificar diversos fenótipos:

“A asma com sensibilização alérgica, de 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 em 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, que ocorre em obesos que apresentam sintomas exuberantes de asma e escassa inflamação eosinofílica das vias aéreas. “

(Direção Geral da Saúde, 2014)

As exacerbações estão associadas à hiper-reactividade das vias aéreas relacionada com fatores risco tais como: fatores ambientais/ mudanças atmosféricas, infeções respiratórias precoces na vida, exposição passiva ao fumo do tabaco, tabagismo na gravidez, patologias associadas, prematuridade, fatores psicológicos, fatores hormonais, fármacos, dieta, obesidade e excesso de peso. (Direção Geral da Saúde, 2014; GINA, 2022)

O controlo da asma é classificado tendo em conta o nível de tratamento mínimo necessário para o controlo dos sintomas e agudizações. A gravidade da asma não é estática, podendo variar no mesmo doente, ao longo dos meses e dos anos.

Assim atualmente é consensual a classificação da asma baseada no controlo da doença e na gravidade. Para a classificação da asma foram estabelecidos três níveis de controlo: “Asma controlada”, “Asma parcialmente controlada” e “Asma não controlada”. (Direção Geral de Saúde, 2014)

No que se refere ao controlo da asma devem incluir-se: “o controlo de sintomas; A redução do risco de agudizações, de obstrução brônquica progressiva e de efeitos adversos dos medicamentos; a adesão à terapêutica não farmacológica; a adesão à terapêutica farmacológica; a verificação da utilização dos dispositivos de terapêutica inalatória e do plano de ação escrito; o diagnóstico e controlo de comorbilidades. “ (Direção Geral da Saúde, 2017)

Na pessoa com asma o seguimento deve ser contínuo independentemente do grupo etário e fases da doença. Ao nível do controlo de sintomas deve ter-se

em conta, pelo menos as 4 semanas anteriores à data da realização da avaliação no que diz respeito à:

“

- *Frequência de sintomas diurnos em mais de 2 dias por semana (cansaço e/ou dispneia, opressão torácica, sibilância e tosse);*
- *Presença de sintomas noturnos que interferem com o sono e/ou ao despertar (incluindo tosse, sibilância e/ou dispneia);*
- *Presença de limitação de atividade (escola, trabalho, tarefas domésticas, atividades lúdicas e exercício);*
- *Frequência de uso de medicamentos de alívio em mais de 2 dias por semana (incluindo para tarefas da vida diária e, na criança, durante a educação física na escola ou qualquer tipo de atividade); “*

(Direção Geral da Saúde, 2017)

Assim no que diz respeito ao tratamento da pessoa com asma este deve incluir: controlo ambiental; promoção da atividade física; controlo e manutenção do peso normal; identificação dos desencadeantes alérgicos e dos agentes tóxicos/irritantes inalatórios de forma a poderem ser evitados; o evitar medicação que possa agravar os sintomas da asma e também a vacinação oportunista de acordo com as normas emitidas. (Direção Geral da Saúde, 2018)

Relativamente ao tratamento farmacológico este é da responsabilidade médica e distingue-se em dois grandes grupos de fármacos: os que são prescritos para controlo diário (tratamento de controlo) e os em SOS para tratamento agudo. No que diz respeito aos fármacos de tratamento de controlo: anti-inflamatórios e broncodilatadores de ação prolongada; corticosteroides inalados; corticosteroides sistémicos; antagonistas dos recetores dos leucotrienos, entre outros. Os fármacos para tratamento agudo: broncodilatadores de ação rápida, os β 2-agonistas de curta ação e corticosteroides sistémicos. (Direção Geral da Saúde, 2014)

A demonstração prática e o ensino individual das técnicas de inalação, de acordo com a especificidade de cada dispositivo bem como a correta utilização é fundamental para assegurar a automedicação e o controlo da asma. A avaliação do uso dos inaladores é essencial para serem identificados e corrigidos erros da técnica de inalação (Direção Geral da Saúde, 2014).

1.2 A ASMA E AS CRIANÇAS

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a asma é a doença crónica mais comum em idade pediátrica e tem início habitualmente antes dos 5 anos de idade, sendo de difícil diagnóstico até à idade pré-escolar.

Tendo em conta o publicado pela (Direção Geral da Saúde, 2014), no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Crónicas, os fatores socioeconómicos estão identificados entre outros como determinantes para asma, uma vez que as crianças que habitam num ambiente doméstico de baixo recurso económico têm maior probabilidade de desenvolvimento de asma persistente (Direção Geral da Saúde, 2014).

Os sintomas são variáveis e inespecíficos, como por exemplo, pieira e tosse, podendo ocorrer durante infeções respiratórias virais. Os exames funcionais respiratórios utilizados para complementar o diagnóstico de asma não são geralmente reprodutíveis nestas faixas etárias inferiores (Pneumologia, 2017).

Assim, o diagnóstico é mais provável quando os sintomas respiratórios ocorrem: durante a prática de exercício físico, riso ou choro (na ausência de infeção respiratória); na presença de doença alérgica concomitante (rinite alérgica ou eczema atópico); quando, pelo menos, um dos progenitores tem asma ou quando existe melhoria dos sintomas com a terapêutica instituída (Pneumologia, 2017).

Alguns dos objetivos principais da educação quando nos referimos à criança e adolescente são o controlo de sintomas, melhoria da atividade física e a

integração social. Sendo que importa salientar o papel fundamental da família e da escola no acompanhamento destas crianças/ adolescentes (Direção Geral da Saúde, 2014).

Assim o foco da mensagem deve centrar-se na melhoria da qualidade de vida, com o ensino e regular acompanhamento, tendo em conta o controlo sintomatológico, os fatores de risco e adequação das técnicas de inalação de acordo com a idade, dando resposta de forma eficaz ao plano de ação individual escrito (Direção Geral da Saúde, 2014).

No que se refere ao tratamento farmacológico da asma a escolha do dispositivo é fundamental, tendo em conta a faixa etária:

“

- *Para crianças entre os 0 e os 3 anos estão indicados os inaladores pressurizados de dose calibrada associados a câmara expansora com máscara facial;*
- *Entre os 4 e os 5 anos os inaladores com peça bucal;*
- *Nas crianças com idade superior a cinco anos, a abordagem diagnóstica e terapêutica é praticamente sobreponível à dos adultos “*

(Pneumologia, 2017).

A família deve seguir o plano escrito, conhecer a medicação, informar a escola do diagnóstico de forma a assegurar a toma da medicação quando necessária. No que diz respeito à escola, esta deve ter a responsabilidade de acompanhar a criança/jovem, facilitar a ligação com os pais, receber o plano escrito de tratamento, identificar e prever as situações de risco e também promover uma adequada qualidade do ar ambiente exterior e interior a todas as crianças (Direção Geral da Saúde, 2014).

A ação educativa deve incluir metodologias como os contactos individuais com diversos profissionais, demonstrações práticas, fornecimento de material

informativo (manuais) e audiovisual, sessões de grupo e dar a conhecer grupos de apoio (associações de doentes por exemplo) (Direção Geral de Saúde, 2014).

1.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA CRIANÇA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Em comparação com as restantes doenças crónicas, o papel do Enfermeiro e a sua atuação naquilo que diz respeito à gestão da doença respiratória crónica é equivalente.

Um diagnóstico de doença crónica é um desafio bastante complexo, podendo gerar mudanças na dinâmica familiar e até a nível social, existindo muitas vezes necessidade de alterar rotinas de vida e em simultâneo realizar uma gestão emocional.

Podemos considerar a gestão da doença crónica dissociável da gestão do regime terapêutico, uma vez que o sucesso desta contribui positivamente para a melhoria da gestão da doença crónica.

A gestão do regime terapêutico não é apenas uma competência da pessoa, ou das suas competências e capacidades cognitivas e instrumentais, é também condicionada pela atuação dos profissionais de saúde.

Com o intuito de esclarecer o conceito de Gestão de Regime Terapêutico teve-se em conta a perspetiva de Bastos baseada na revisão da literatura elaborada pelo *National Chronic Care Consortium for Minnesota*. Esta considera *relevante* diferenciar os conceitos de autocuidado em saúde (self-health care), autogestão (Self-management) e autoeficácia (Self-efficacy) (Bastos, 2013).

No que se refere ao autocuidado em saúde este abrange um conjunto de decisões e de ações tomadas de forma deliberada pelo utente relativamente à

prevenção, ao diagnóstico e tratamento dos seus problemas de saúde (Bastos, 2013).

Relativamente ao segundo conceito (autogestão), este está relacionado com uma atividade realizada pelo próprio que inclui a aprendizagem e treino de competências com o intuito de ser possível viver emocional e fisicamente bem (Bastos, 2013).

Para concretizar ainda a autogestão o mesmo autor salienta seis habilidades: “... 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, 2013).

No que diz respeito ao conceito de autoeficácia este resulta de um conjunto de atitudes, crenças, educação e conhecimentos, ou seja, é a perceção que cada individuo possui para a adoção ou não de comportamentos de saúde (Bastos, 2013).

Ainda segundo Bastos a Gestão do Regime Terapêutico “é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade” (Bastos, 2013).

Tendo em conta a definição acima transcrita (Bastos, 2013) no que diz respeito ao conceito de Gestão do Regime Terapêutico e uma vez que segundo a autora este engloba a volição, a cognição e a adesão, e sendo estes aspetos fundamentais e distintos importa defini-los.

O (ICNP, 2019) define volição como “atitude: escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio”. Por sua vez a cognição é um “processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória.” (ICNP, 2019).

A adesão de acordo com (ICNP, 2019) 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).”

Assim, e tendo em conta o referido, a gestão é um conceito que se mostra bastante abrangente onde se inclui: a adesão que se prende com a vontade expressa de seguir o regime decido; a capacidade que o utente possui para se adaptar às alterações do seu regime; as habilidades e conhecimentos para compreender essas alterações e atuar de acordo com estas (Bastos, 2013).

Quando nos referimos ao papel dos profissionais de saúde relativamente à gestão da doença crónica, este passa pela promoção e formação de ambientes e estruturas de suporte para os doentes crónicos com o intuito de possibilitar a melhoria da qualidade de vida destes utentes (Bastos, 2013).

A importância das intervenções de enfermagem sustentadas na promoção do autocuidado da criança/família, destacando-se: a monitorização e gestão de sinais e sintomas de agudização da doença; o treino de competências relativamente a técnicas e exercícios; na prevenção de complicações; no controlo da doença e do seu impacto na funcionalidade e bem estar da criança.

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO EM SAÚDE

O Diagnóstico em Saúde permite conhecer a comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco, os recursos entre outros (Melo, 2020).

O presente capítulo encontra-se dividido em 4 subcapítulos, os objetivos gerais e específicos, a população e amostra, o desenho do estudo e as variáveis de recolha de dados descrevendo assim o processo para a realização do diagnóstico em saúde.

2.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

A definição de objetivos mostra-se relevante uma vez que são estes que vão nortear a realização e o desenvolvimento do presente relatório. Assim o objetivo geral é identificar as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem dos utentes com diagnóstico de asma que não tiveram intervenção da UCC, pertencentes à área de abrangência desta, onde foi desenvolvido o estágio final.

Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar socio demograficamente e antropometricamente a população;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem associados à doença respiratória crónica- asma;

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Com o intuito de se identificarem os utentes com diagnóstico de asma que não tiveram intervenção da UCC, partindo da população de doentes respiratórios crónicos pertencentes à área de abrangência desta, obteve-se uma listagem extraída da plataforma MIMUF que é o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais de acordo com o indicador 373 *“Proporção de utentes com asma e DPOC com intervenção da UCC”*. Listagem extraída em setembro de 2023.

Através desta foi possível identificar a totalidade de utentes da área de abrangência da UCC codificados com diagnóstico de Asma e DPOC, filtrando e apenas tendo em conta os codificados com diagnóstico de asma (R96) dos 0 aos 18 anos, obteve-se um total de 172 utentes.

Considerando que este projeto vem no seguimento da realização de uma unidade curricular inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, cujo espaço temporal é limitado mostrou-se necessário restringir a amostra. Tendo em conta a literatura analisada, que refere maior prevalência de diagnósticos de asma em idade pediátrica nos 13-14 anos. Optou-se por restringir a amostra às crianças do 3ºciclo de escolaridade, correspondendo a idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos. Importa salientar que as idades foram consideradas à data da extração das listagens.

Assim resultaram 35 utentes, sendo que de acordo com os critérios de seguida apresentados a amostra final ficou constituída por 20 utentes. Todos estes foram contactados telefonicamente para agendamento da visita domiciliária. Após este foi realizado um outro contacto telefónico, de confirmação da visita, até 48h antes do agendamento. Aquando da confirmação da visita domiciliária houve recusa da participação por parte de dois utentes. Foi possível reagendar uma visita e a outra não, tendo sido repescado um novo utente para manter o número previsto de utentes da amostra.

Como critérios de inclusão definiram-se os seguintes:

- Utentes com diagnóstico de Asma e com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos que não tiveram nenhum contacto com profissional de saúde nos últimos 12 meses à data de referência do indicador;
- Utentes que consentiram participar no estudo e assinaram o documento de “Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo” (APÊNDICE I).

Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes:

- Utentes que tiveram contacto com um profissional de saúde nos últimos 12 meses à data de referência do indicador.

2.3. DESENHO DO ESTUDO

Optou-se por uma abordagem metodologia quantitativa, de carácter quasi experimental transversal tendo em conta o propósito de estudo.

Com a atribuição de um código sequencial (uma letra do alfabeto seguida de um número) a cada utente elegível para o estudo, não houve identificação dos participantes sendo assim assegurada a pseudoanonimização e foram apenas retirados do processo clínico dados necessários para o estudo.

A todos os participantes foi solicitada a assinatura do “Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo” como já referido anteriormente de forma a ser garantida também a confidencialidade e anonimato dos dados. Tendo em conta que se trata de utentes menores de idade foi também solicitado que, este documento fosse assinado por um adulto presente no

momento do seu preenchimento; o documento foi feito em duplicado, sendo uma das cópias para a pessoa que consente e outra para a investigadora.

Importa ainda referir que o presente estudo não acarretou custos adicionais nem para os participantes nem para a instituição, uma vez que os materiais necessários para a sua execução já se encontravam disponíveis na unidade, tais como, computador, internet, telefone, espaço para realização da sessão de educação para a saúde e transporte da unidade.

2.4. VARIÁVEIS E RECOLHA DE DADOS

Na sequência da seleção da amostra foi elaborado e posteriormente aplicado um formulário de recolha de dados (APENDICE II) em contexto domiciliário.

As variáveis em estudo consideradas para a elaboração do formulário foram selecionadas tendo por base os objetivos pretendidos com a realização deste estudo e a revisão da literatura previamente elaborada. Para completar o formulário foi utilizado um instrumento publicado, disponível e traduzido para português e que se intitula “mini ACT” Mini Teste de Controlo da Asma (GRESA, s.d.) (ANEXO I).

Assim o questionário dividiu-se em:

- Dados Sociodemográficos;
- Dados Antropométricos;
- Dados da habitação;
- Conhecimento sobre a doença;
- Regime Medicamentoso
 - Gestão da técnica de inalação;
- Regime de exercício;
- Gestão da Doença Respiratória Crónica;

Para além disto, e anterior ao início das visitas domiciliárias para aplicação do questionário foi realizada uma consulta do processo clínico de cada utente, nomeadamente dos seguintes dados:

- Listagem de Diagnósticos de Enfermagem ativos;
- Listagem de Diagnósticos Médicos;
- Listagem de medicamentos prescritos;
- Plataforma E-vacinas

Todo o processo de recolha de dados teve a duração de aproximadamente um mês e meio. Para a recolha de dados optou-se pelo preenchimento do questionário on-line através da plataforma Google Forms, de seguida constituiu-se uma base de dados para a análise e tratamento dos dados recolhidos através da ferramenta *Microsoft Excel*. A descrição de cada variável e a sua operacionalização encontra-se como complemento ao presente documento (APÊNDICE III).

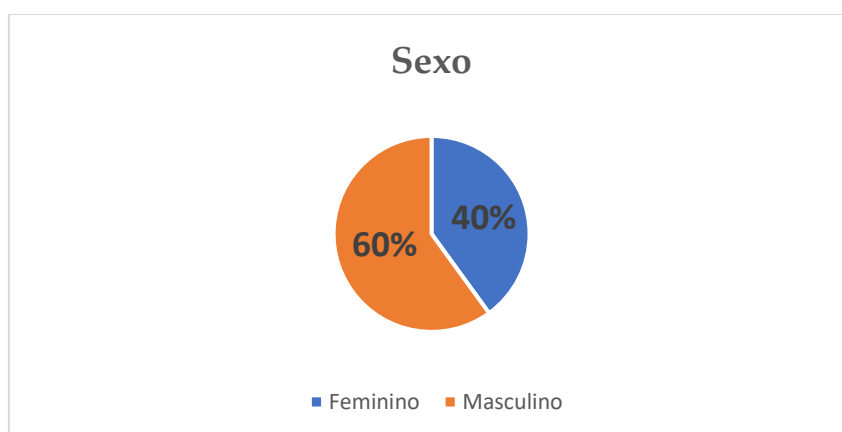
CAPÍTULO III: RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE

Neste capítulo encontram-se apresentados os resultados obtidos decorrentes da aplicação do formulário de colheita de dados tendo em conta as variáveis definidas que o estruturam.

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ANTROPOMÉTRICAS

Relativamente à caracterização sociodemográfica a amostra é constituída por 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino, tal como representado no gráfico 1. As idades são compreendidas entre 12 e os 15 anos, sendo que importa realçar que à data da extração das listagens as idades eram compreendidas entre os 12 e os 14 anos.

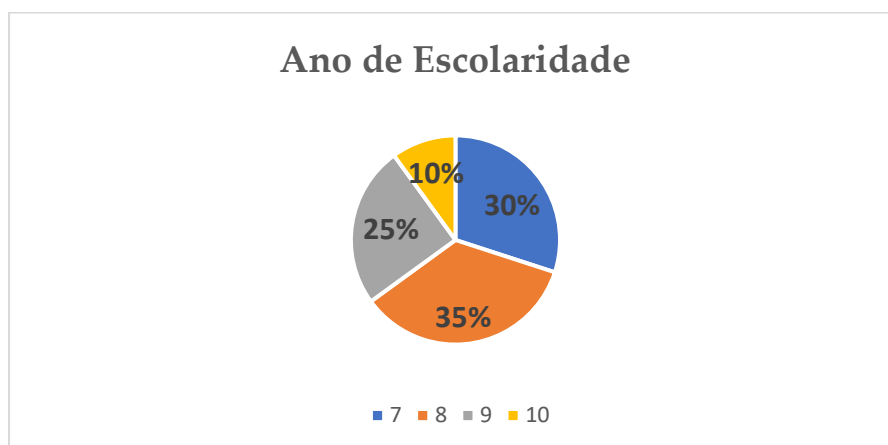
Gráfico 1- Distribuição da amostra pela variável sexo



No que se refere aos anos de escolaridade, como é possível observar no gráfico 2, o ano de escolaridade que a amostra apresenta está compreendido entre o sétimo e o décimo ano ou seja 90% da amostra frequenta o 3º ciclo de

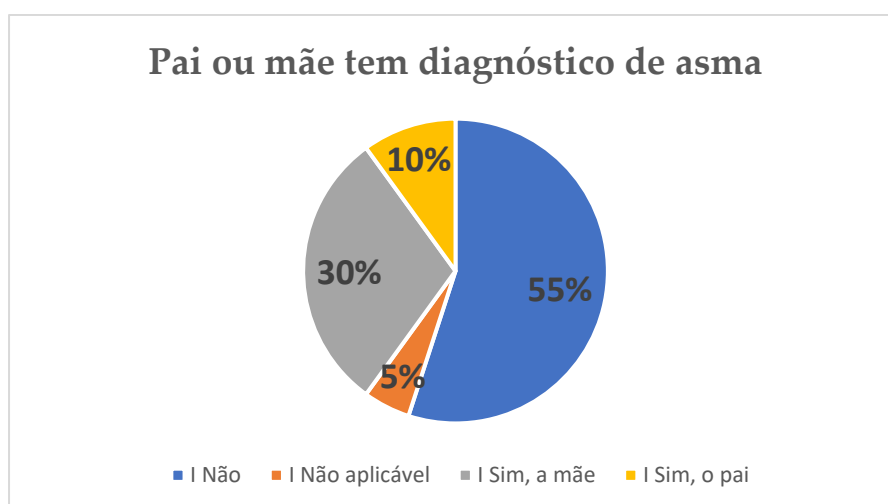
escolaridade e 10% o ensino secundário. A amostra encontra-se distribuída por 10 escolas pertencentes à região norte do país.

Gráfico 2- Distribuição da amostra pelo ano de escolaridade que frequentam



Ainda nos dados sociodemográficos foram identificados quais os elementos da amostra em que o pai ou a mãe apresentava diagnóstico de asma, uma vez que os fatores genéticos têm influência aquando do diagnóstico da asma. Tal como representado no gráfico 3, na amostra selecionada cerca 40% tem ou o pai ou a mãe com diagnóstico de asma, sendo que em nenhuma das situações apresentam os dois progenitores esse diagnóstico.

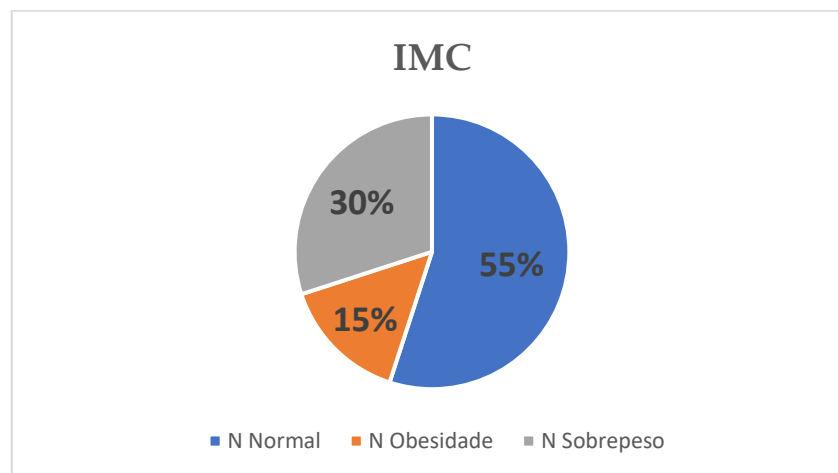
Gráfico 3- Progenitores com diagnóstico de asma



Para além dos dados sociodemográficos importantes para caracterizar a amostra em estudo importa ainda referir os dados antropométricos uma vez que

cerca de 45% da amostra apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) acima do recomendado, tal como verificado através da interpretação dos dados apresentados no gráfico 4, sendo que o excesso de peso, de acordo com a literatura, é um dos vários fatores de risco para o agravamento da doença, dificultando o controlo da mesma.

Gráfico 4- Índice de Massa Corporal (IMC)



3.2. DADOS DA HABITAÇÃO

No referente aos dados da habitação e por observação direta, aquando da visita domiciliária foram identificados alguns aspetos que podem condicionar o controlo da doença respiratória crónica- Asma. Assim 65% da amostra tanto nas áreas comuns como na divisão do quarto tinha presença de cortinas, peluches, tapetes e /ou alcatifa, e no que se refere a ar condicionado, aquecedores e ou lareira estão presentes em 25% da amostra.

Como identificado no gráfico 5 cerca de 20% da amostra está exposta diariamente a fumo do tabaco sendo este também, de acordo com a literatura este também um dos fatores desencadeantes do agravamento de sintomas.

Relativamente aos animais domésticos cerca de 55% da amostra tinha animais domésticos, como mostra o gráfico 6.

Gráfico 5- Exposição a fumo do tabaco

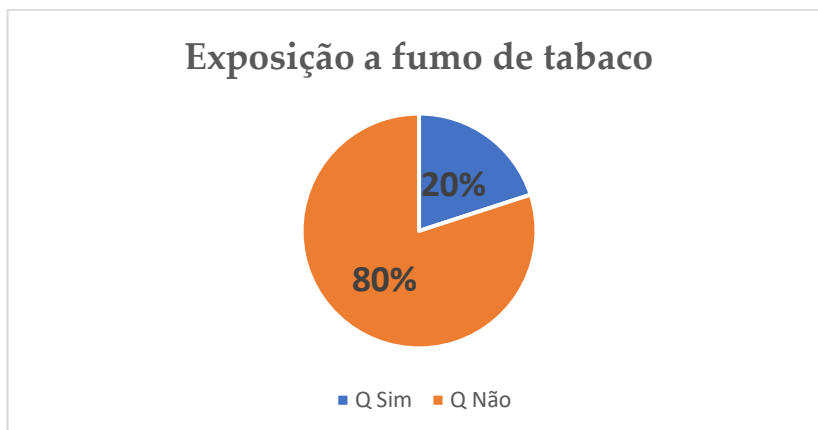
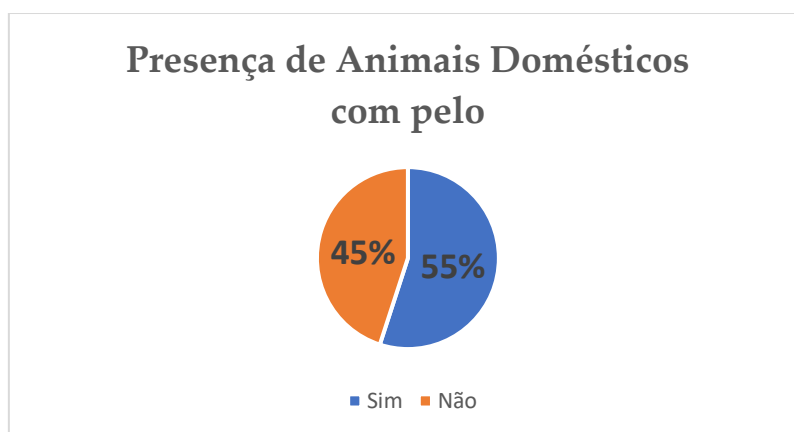


Gráfico 6- Presença de animais domésticos com pelo

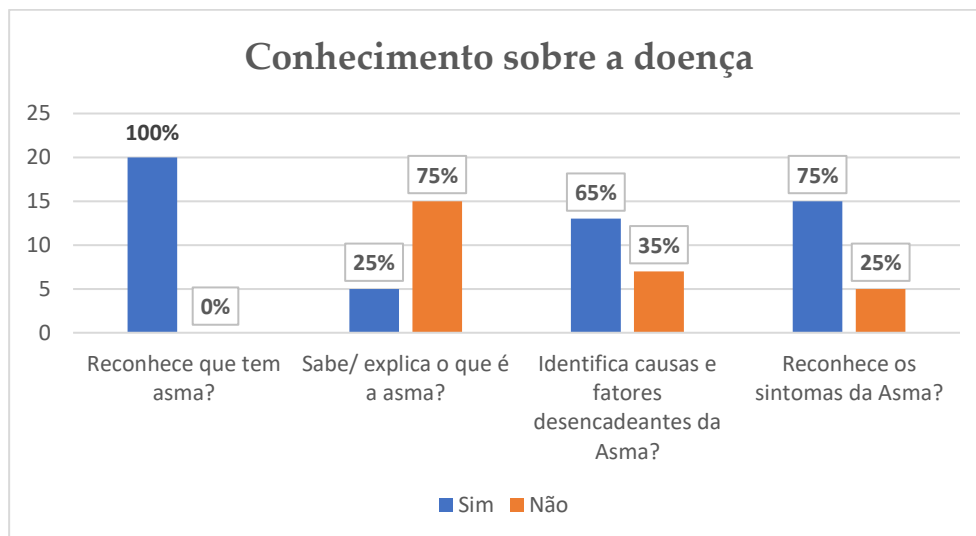


3.3. CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

A totalidade da amostra reconhece que tem asma sendo que em média apresenta este diagnóstico há 8 anos.

Apesar de já lidarem com a doença respiratória crónica há alguns anos e de todos reconhecerem e referirem o nome da mesma, 75% não sabe explicar o que é, 35% não identifica causas e/ou fatores desencadeantes da asma e 25% não reconhece os sintomas da asma.

Gráfico 7- Conhecimento sobre a doença respiratória crónica



3.4. REGIME MEDICAMENTOSO

Quanto ao regime medicamentoso, e tendo em conta que 20% da amostra não tem nenhuma medicação prescrita apenas responderam os 80% que estão atualmente em tratamento.

No que diz respeito ao tipo de medicação verificou-se que os utentes tinham prescritos inaladores de curta ação e de longa ação, antagonistas dos recetores de leucotrienos sendo que nenhum estava à data da recolha a realizar tratamento com corticoides ou imunoterapia.

Da amostra que estava atualmente em tratamento para a asma, todos seguem o regime prescrito, sendo que quando questionados acerca da capacidade para gerir o regime medicamentoso apenas 69% dele é capaz, os restantes 31% não o evidenciam, nomeadamente no que diz respeito ao regime medicamentoso prescrito (nome do fármaco, hora, dosagem entre outros).

3.4.1. TÉCNICA DE INALAÇÃO

No que se refere à técnica de inalação e apesar de 20% da amostra não ter atualmente prescrita medicação por via inalatória, todos os elementos desta ainda tinham o último inalador utilizado e sabendo que a asma é uma doença crónica, considerando poder haver a necessidade de a retomar, a curto ou longo prazo, foi tida em consideração a amostra total.

Quando questionados acerca da necessidade de ajuda para a realização da técnica, 90% da amostra refere não ter essa necessidade.

Na observação da técnica foi possível extrair os seguintes dados:

- 40% não prepara e/ou agita o dispositivo corretamente;
- 70% não realiza a expiração prévia;
- Todos assumem uma postura adequada para a realização da técnica;
- 25% não ativa o dispositivo corretamente;
- 35% não realiza o fluxo inspiratório adequado;
- 25% não realiza a pausa inalatória;
- 5% não confirma/cumprir a dose prescrita
- 100% não realiza a correta higienização do dispositivo inalatório
- 90% não realiza a correta lavagem da cavidade oral após execução da técnica de inalação

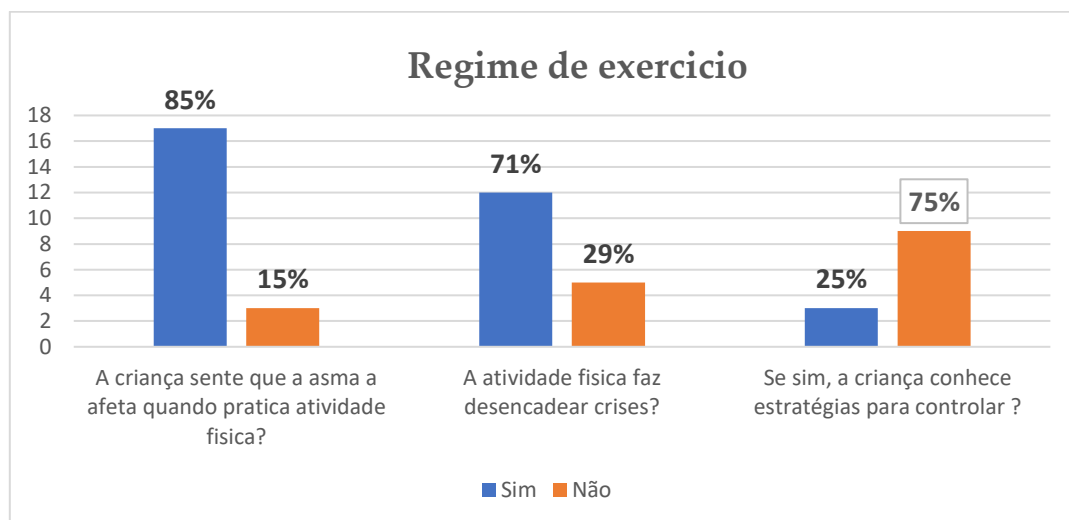
Concluindo, como foi possível observar nenhum utente da amostra executa a técnica de inalação a 100%.

Efetivamente a correta realização da técnica de inalação é essencial para o controlo da doença respiratória crónica de forma a evitar exacerbações da doença.

3.5. REGIME DE EXERCICIO

No que diz respeito ao regime de exercício e devido à faixa etária, verificou-se que a totalidade da amostra pratica atividade física, seja ela curricular ou extracurricular, sendo que 85% refere que a prática de exercício é afetada devido à doença respiratória crónica (DRC). Importa ainda referir que 71% da amostra identifica a prática de exercício como geradora de crises sendo que destes 71%, apenas 25% conhece estratégias para controlar/reverter o início de uma crise de asma; os restantes 75% não foram capazes de enumerar estratégias. Tal como podemos analisar no gráfico 8.

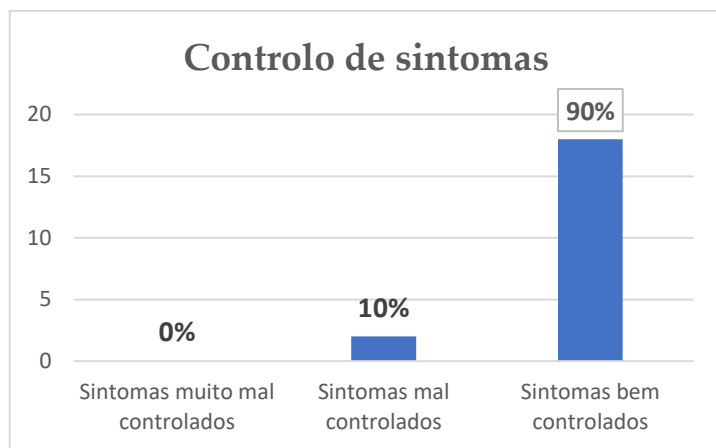
Gráfico 8- Regime de exercício



3.6. GESTÃO DA DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

No que se refere ao controlo de sintomas e na sequência da aplicação da escala já validada (referida anteriormente) e de acordo com a avaliação da mesma, foi possível identificar: nenhum individuo da amostra apresenta os sintomas muito mal controlados; cerca de 10% da amostra apresenta sintomas mal controlados e em 90% da amostra os sintomas estão bem controlados, tal como mostra o gráfico 9.

Gráfico 9- Controlo de sintomas aquando da recolha de dados



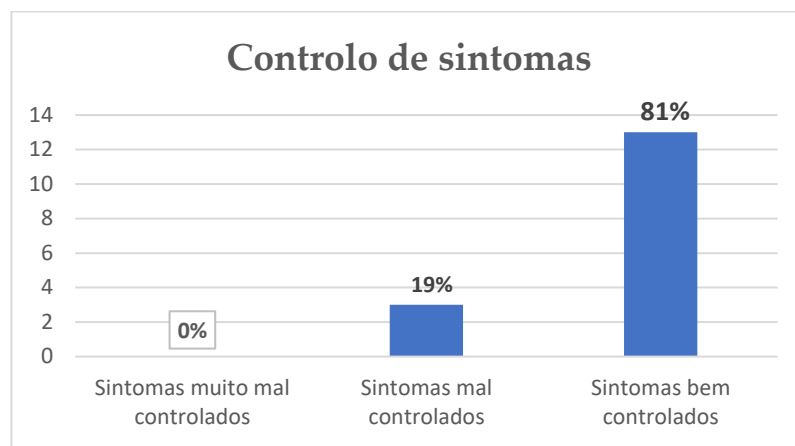
Uma vez que a presente escala utilizada se restringe a avaliação sintomática das 4 semanas anteriores ao preenchimento da mesma e com o intuito de acompanhar o controlo da doença da criança no que diz respeito aos sintomas, foi solicitado aquando do primeiro contacto e da aplicação da escala que a criança, passadas 4 semanas voltasse a responder à mesma.

Para isso foi entregue a cada criança, aquando da visita domiciliária para recolha de dados, um código QR para que pudessem dar resposta ao solicitado.

Assim e tendo em conta que dos 20 indivíduos, apenas houve a resposta de 16, nenhum individuo da amostra apresentou os sintomas muito mal

controlados, 19% sintomas mal controlados e 81% sintomas bem controlados, tal como se pode verificar no gráfico 10.

Gráfico 10- Controlo de sintomas 4 semanas após recolha de dados



Importa realçar que os dados tidos em conta para a realização do diagnóstico foram apenas os resultantes da primeira resposta ao questionário.

Comparando o gráfico 9 com o gráfico 10, denota-se um aumento dos sintomas mal controlados. Sendo esta diferença referente a um indivíduo e com intuito de esclarecer junto dele a razão para este agravamento realizou-se um contacto telefónico. O indivíduo referiu ter sido diagnosticado com uma pneumonia decorrente de fatores externos, encontrando-se a ser acompanhado e medicado.

CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO NA COMUNITÁRIA

Uma vez apresentados e analisados os dados obtidos, segue-se o capítulo da intervenção na comunidade, neste são inumerados os principais problemas/ necessidades identificadas, definidas prioridades de intervenção, apresentam-se as estratégias de ação e, por fim, a sua avaliação.

A nível da intervenção importa realçar que esta foi realizada em dois momentos diferentes dando também resposta a dois problemas/ necessidades diferentes. Uma vez que de acordo com a literatura o contacto individual com o utente, nomeadamente em contexto domiciliário é o meio privilegiado (sendo este um recurso de excelência) e com o intuito de responder de imediato aos problemas/necessidades identificadas foi realizada uma intervenção aquando da visita domiciliária e uma intervenção planeada de forma a dar resposta posterior com a realização da sessão de educação para a saúde.

4.1. PROBLEMAS/ NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Tendo em conta os dados obtidos e apresentados no capítulo anterior e a sua relação com os focos de enfermagem foi possível identificar diagnósticos. Assim a cada diagnóstico foi atribuída a letra “P” seguida de um número; estes foram codificados de acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) (ICNP, 2019).

Desta forma determinaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

P1- Excesso de Peso;

P2- Exposição a fumo passivo;

P3- Falta de conhecimento sobre a doença;

P4- Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida;

P5- Falta de conhecimento sobre o exercício;

P6- Autogestão da doença comprometida.

4.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

“A etapa de priorização merece um destaque nas etapas do Planeamento em Saúde pela sua relevância, nomeadamente na boa gestão dos escassos recursos para responder às necessidades das populações ou das comunidades (Melo, 2020).”

Como também indicam Melo e Imperatori que esta etapa depende do rigor da etapa anterior (diagnóstico) e vai determinar a etapa seguinte (a determinação de objetivos) e por isso é essencial quando abordamos a temática do Planeamento em Saúde (Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1986).

Quando se realiza um estudo deste nível na comunidade, ao avaliar a mesma, resultam diversos diagnósticos de enfermagem, e na sua maioria, decorrentes da carência de recursos humanos, físicos e/ou financeiros, não é possível intervir em todos os problemas identificados.

Assim é necessário realizar a determinação de prioridades de forma a delimitar os problemas prioritários. 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. Através da determinação de prioridades é possível delimitar os problemas prioritários, o que não significa desvalorizar os outros problemas identificados

ou que estes não sejam trabalhados mais tarde, mas sim intervir de forma criteriosa (Melo, 2020; Fernandes, 2019)

Os métodos que auxiliam os profissionais a estabelecer prioridades de forma mais adequada são diversos e os critérios utilizados foram adaptados do Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde citado por (Melo, 2020). A ponderação está dividida em três critérios a “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”, utilizados no trabalho de Imperatori (Imperatóri e Giraldes 1998) e Tavares (Tavares, 1990).

- **Magnitude:** refere-se à dimensão do mesmo na comunidade;
- **Transcendência:** refere-se à forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria dos outros;
- **Vulnerabilidade:** refere-se à possibilidade de um efeito efetivo na melhoria desse diagnóstico com a intervenção.

Tabela 1- Critérios de Priorização adaptados do método CENDES-OPAS

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
- De 0% a 49% = 0	- A intervenção no diagnóstico não influencia a melhora dos outros = 0	- A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção = 0
- De 50% a 64% = 1	- A intervenção no diagnóstico influencia um pouco a melhoria dos outros = 1	- A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção = 1
- De 65% a 74% = 2	- A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros = 2	- A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção = 2
- Acima de 75% = 3	- A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros = 3	- A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção = 3

Na sequência da operacionalização das variáveis tendo em conta a magnitude (APÊNDICE IIII) e a definição dos restantes critérios de ponderação, realizou-se na unidade uma reunião de peritos onde foram atribuídas pontuações aos diagnósticos, tal como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2- Grelha de Ponderação dos problemas identificados no Diagnóstico de Saúde

<u>Diagnóstico</u>	<u>Magnitude</u>	<u>Transcendência</u>	<u>Vulnerabilidade</u>	<u>TOTAL</u>
P1	0	2	2	4
P2	0	1	1	3
P3	3	3	3	9
P4	3	3	3	9
P5	3	2	3	8
P6	0	3	3	6

Assim, finalizada a reunião de peritos, a hierarquização dos problemas identificados:

P4- Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida;

P3- Falta de conhecimento sobre a doença;

P5- Falta de conhecimento sobre o exercício;

P6- Autogestão da doença;

P1- Excesso de Peso;

P2- Exposição a fumo passivo.

Assim, de acordo com a hierarquização dos problemas e tal como explicado na introdução ao presente capítulo, foram tidos como prioritários os problemas P4 e P3.

4.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Esta subetapa é importante que surja depois do profissional de saúde ter a clara noção dos focos de atenção que está a avaliar, dos diagnósticos a eles alocados e compreendido que dimensões de diagnóstico se constituem como subdiagnósticos de Enfermagem, sendo estruturação correta e a relação entre foco e diagnóstico essencial.

Assim de acordo com Melo esta subetapa permite uma formulação adequada de objetivos, nomeadamente tanto dos objetivos gerais que são os problemas principais que se pretende alcançar, como dos objetivos específicos, que os vão concretizar, uma vez que estes são mais pormenorizados permitem delinear as estratégias de ação, tendo em conta as metas que vão dar tempo aos objetivos específicos (Melo, 2020).

4.3.1. OBJETIVO GERAL

Tendo em conta os dois problemas prioritários definiu-se um objetivo geral para cada um deles:

- Aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso, relacionado com P4 “Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida”
- Aumentar o conhecimento sobre a doença, relacionado com o P3 “Falta de conhecimento sobre a doença”.

4.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Para o objetivo “Aumentar a capacidade para gerir o regime medicamentoso” definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Aumentar a capacidade para executar a técnica inalatória.

Para o objetivo “Aumentar o conhecimento sobre a doença” definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar o conhecimento acerca dos sintomas da asma;
- Aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco da asma;
- Aumentar o conhecimento dos fatores que podem desencadear ou agravar os sintomas da asma;
- Aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso.

4.4. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Após serem definidos os objetivos específicos e com intuito de dar resposta ao objetivo geral do projeto surge o conjunto de atividades planeadas que são as estratégias de ação (Melo, 2020).

Como referido anteriormente as estratégias de ação foram planeadas para dois momentos diferentes dando resposta a dois diagnósticos distintos. Assim as estratégias de ação foram repartidas pela Intervenção A (em contexto domiciliário) e Intervenção B (na Unidade de Cuidados na Comunidade).

Intervenção A

Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida

Objetivos Específicos:

- Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória.

Meta:

- Aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso, até ao mês de janeiro de 2024;
- Aumentar a capacidade para executar técnica inalatória, até ao mês de janeiro de 2024.

Indicadores:

- **Indicadores de Resultado:**

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes que executam a técnica inalatória corretamente } m1}{N^{\circ} \text{ total de utentes que participaram no } m1} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes que executam a técnica inalatória corretamente } m2}{N^{\circ} \text{ total de utentes que participaram no } m2} \times 100$$

m1- primeiro momento;

m2- segundo momento.

- **Indicadores de Processo:**

$$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que aderiram à sessão}}{N^{\circ} \text{ total de utentes da amostra}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões planeadas}} \times 100$$

Intervenção A:

- 1 sessão de educação para a saúde, com a duração de 30 min, realizada no dia da visita domiciliária;
- Suporte de material de leitura e audiovisual sobre técnica de inalação (Apêndice V);
- Aplicação da grelha de observação às crianças no início da sessão de educação para a saúde;
- Aplicação da mesma grelha de observação às crianças no final da sessão de educação para a saúde;
- Elaboração de um plano de sessão de educação para a saúde para a atividade realizada (Apêndice VI);
- Local: Domicílio da criança;
- Recursos Materiais: Grelha de observação, material de leitura e audiovisual, internet e caneta.

Intervenção B:

Diagnóstico de Enfermagem: Falta de conhecimento sobre a doença.

Objetivos Específicos:

- Aumentar o conhecimento acerca dos sintomas;
- Aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco;
- Aumentar o conhecimento dos fatores que podem desencadear ou agravar os sintomas da asma;
- Aumentar o conhecimento sobre o tratamento.

Meta:

- Aumentar o conhecimento acerca dos sintomas, até ao mês de janeiro de 2024;
- Aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco, até ao mês de janeiro de 2024;
- Aumentar o conhecimento dos fatores que podem desencadear ou agravar os sintomas da asma, até ao mês de janeiro de 2024;
- Aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso, até ao mês de janeiro de 2024.

Indicadores:

- **Indicadores de Resultado:**

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com conhecimento demonstrado } t1 - N^{\circ} \text{ de utentes com conhecimento demonstrado } t0}{N^{\circ} \text{ total de utentes que participaram na sessão}} \times 100$$

T0= Teste aplicado no início

T1= Teste aplicado no final

- **Indicadores de Processo:**

$$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que aderiram à sessão}}{N^{\circ} \text{ total de utentes}} \times 100$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões planeadas}} \times 100$$

Intervenção B:

- 1 sessão de educação para a saúde, com a duração de 50 min, planeada para dia 05-01-2024
- Suporte de apresentação em formato PowerPoint da sessão de educação para a saúde (Apêndice VII);
- Aplicação de um questionário escrito, antes e no final da sessão de educação para a saúde “Vamos perceber aquilo que sabes sobre a Asma?” (Apêndice VIII);
- Elaboração de um plano de sessão para a atividade planeada (Apêndice VIII);
- Local: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Recursos Materiais: projetor multimédia, computador, questionários, canetas.

4.5. AVALIAÇÃO

A formulação de indicadores é um passo importante uma vez que a sua utilização permite avaliar a efetividade do projeto e mensurar o alcance das metas delineadas. Caso depois da aplicação dos indicadores as metas não tenham sido alcançadas conseguimos identificar pontos que precisem de ser melhorados e ajustados para garantir resultados mais positivos futuramente. Sendo os indicadores essenciais para um contínuo aperfeiçoamento do projeto (Melo, 2020; Tavares, 1990).

Indicadores de Resultado da Intervenção A:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes que executam a técnica corretamente } m1}{N^{\circ} \text{ de utentes que participaram}} \times 100 = \frac{0}{20} \times 100 = 0\%$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes que executam a técnica corretamente } m2}{N^{\circ} \text{ de utentes que participaram}} \times 100 = \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$$

Taxa de adesão da sessão de educação para a saúde da Intervenção A:

$$\text{Indicador de Processo: } \frac{N^{\circ} \text{ utentes que aderiram à sessão}}{N^{\circ} \text{ total de utentes}} \times 100 = \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$$

Taxa de concretização das atividades previstas da Intervenção A:

$$\text{Indicador de Processo: } \frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões planeadas}} \times 100 = \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$$

Taxa de adesão da sessão de educação para a saúde da **Intervenção B:**

$$\text{Indicador de Processo: } \frac{N^{\circ} \text{ utentes que aderiram à sessão}}{N^{\circ} \text{ total de utentes}} \times 100 = \frac{0}{20} \times 100 = 0\%$$

Taxa de concretização das atividades previstas da **Intervenção B:**

$$\text{Indicador de Processo: } \frac{N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões planeadas}} \times 100 = \frac{0}{1} \times 100 = 0\%$$

Relativamente aos resultados da intervenção A estes são bastantes positivos, uma vez que antes da intervenção nenhum elemento da amostra realizava a técnica de inalação corretamente e após a intervenção foi possível, com aplicação da grelha de observação, identificar um cumprimento da técnica a 100%.

Tal como se pode depreender da análise das taxas de adesão à sessão de educação para a saúde e da taxa de concretização da atividade prevista relativamente à intervenção B, não foi possível avaliar os resultados desta uma vez que a mesma não aconteceu.

Assim, com os resultados acima apresentados e com a discrepância acentuada a nível das taxas de adesão e concretização das atividades previstas de ambas as intervenções, poderá concluir-se que o contexto da realização de cada intervenção tem uma influência direta na adesão.

CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ser Enfermeiro Especialista pressupõe que sejam desenvolvidas um conjunto de competências comuns a todos os especialistas e competências específicas de cada uma das áreas de especialidade. Assim o presente capítulo pretende descrever as tarefas que foram realizadas ao longo do estágio final com o intuito de desenvolver as competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, tendo por base o conjunto de competências descritas no Guia do Mestrado em Enfermagem e das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Competência Académica/Profissional
Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária
Competência: Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.
O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido baseado nos conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura em enfermagem e da formação pós-graduada. Como também a experiência profissional nos Cuidados de Saúde Primários teve um papel importante e mostrou-se uma mais-valia pois fez com que se tivesse já uma noção real do funcionamento da UCC.
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.

Foi possível apresentar à coordenadora da UCC e a diversos enfermeiros de diferentes especialidades de enfermagem pertencentes à unidade nomeadamente aos enfermeiros que integram o projeto existente, o desenho do projeto bem como os resultados obtidos. Para isso foi necessário ter sempre por base a evidência científica atual, dando resposta aos problemas de saúde identificados.

Competência: Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

A temática do estudo, a doença crónica, nomeadamente a doença crónica respiratória por si só já é bastante complexa por isso e tendo em conta também a população houve sempre uma abordagem ao utente e família empática de forma a ver respondidas questões complexas alicerçando a criatividade da estudante ao processo de Planeamento em Saúde naquilo que compreende o diagnóstico de saúde até à avaliação das intervenções executadas.

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

A análise critico-reflexiva era um dos aspetos que a estudante pretendia melhorar decorrente do estágio anterior, tendo sido esta desenvolvida ao longo do presente percurso académico e profissional. Assim, foi uma constante com o professor orientador e com a enfermeira tutora a discussão das problemáticas identificadas ao longo do estágio com o intuito de obter diferentes perspetivas.

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

O investimento na pesquisa e aquisição de conhecimentos científicos atualizados na área de especialização foi sempre uma constante e uma prioridade da estudante. A busca de evidência científica foi essencial para a realização e concretização de todas as fases que integram o presente trabalho. Assim, só foi possível atender às necessidades e características específicas de população tendo por base conhecimentos científicos atuais

para que fossem alcançados resultados positivos para a melhoria da qualidade de vida da população em estudo.
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 realizada análise crítico-reflexiva dos problemas identificados da prática profissional e partilhados com o professor orientador e a enfermeira tutora tendo sempre em conta o utente e a família.
Competência: Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.
Com o desenvolvimento do projeto a estudante deparou-se com alguns obstáculos que foram necessários ser ultrapassados com o intuito de atingir a meta proposta, nomeadamente, na aplicação do questionário, após contacto telefónico com os utentes e de estes aceitarem integrar o projeto, no dia anterior aquando da confirmação da visita domiciliária ou mesmo no próprio dia, houve recusa a participação. Assim houve necessidade de remarcar os que não conseguiram no dia agendado, como também repescar novos utentes para constituírem a amostra.
Competência: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
O projeto foi sustentado pela evidência científica mais atual, assegurando todos os requisitos legais e éticos.
Competência: Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.
A investigação tendo por base a metodologia do planeamento em saúde permitiu delinear intervenções uteis de acordo com os problemas/necessidades identificados através da colheita de dados.
Competência: Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

As implicações da investigação na prática baseada na evidência são notórias uma vez que as necessidades da população não são estanques, surgindo novos desafios que por vezes nada se comparam aos de anos anteriores. Assim com à saúde da população é necessária uma resposta dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Através da investigação é possível adequar a ação dos enfermeiros às necessidades da população.

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

Foi possível apresentar o trabalho a diversos profissionais de diferentes áreas de especialização bem como apresentar os problemas identificados tendo sido só possível trabalhar um deles no decorrer deste estágio, abrindo caminho para quando lhes for possível e mais oportuno trabalharem os restantes com a 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.

Durante a realização do projeto nomeadamente aquando dos contactos com os utentes foi necessário utilizar diferentes técnicas e estratégias de comunicação, tanto nos contactos telefónicos com os pais das crianças como também no contacto presencial realizado no domicílio tendo em conta a família e o utente. As estratégias e técnicas de comunicação terapêutica adquiridas ao longo da experiência profissional e pessoal, e as que advieram das aulas da formação base foram essenciais para estabelecer uma relação terapêutica com os utentes respeitando os valores e crenças de cada um.

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

No decorrer do estágio, a estudante manteve uma postura adequada, cordial e respeitosa perante a equipa multidisciplinar e interdisciplinar da unidade, estabelecendo uma relação profissional empática com os seus membros.

Competência: Liderar equipes de prestação de cuidados especializados na área de especialização.
A reformulação do projeto existente, nomeadamente a criação do formulário de recolha de dados, os problemas identificados decorrentes deste e as intervenções planeadas foram tudo contributos para a continuidade deste projeto.
Competência: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
A partilha do estudo e das necessidades identificadas, com alguns membros da equipa e a discussão desses mesmos resultados permitiu um desenvolvimento tanto a nível pessoal como a nível profissional dos colegas. Para além disso a participação nas OT, como nos seminários e mesmo a discussão com outros colegas de mestrado mostrou-se uma mais-valia, uma vez que promove a troca de ideia e por conseguinte a aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos fazendo com que se encontrem soluções mais eficientes para dar respostas adequadas à população.
Competência: Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade.
As necessidades identificadas foram partilhadas com alguns membros da equipa.
Competência: Promover formação em serviço na área da especialização.
No decorrer do estágio não foi possível apresentar os resultados obtidos nas diversas etapas que o Planeamento em Saúde engloba.
Competência: Colaborar no processo de integração de novos profissionais.
Esta competência não foi explorada uma vez que aquando da realização do estágio não se proporcionou a necessidade de integração, nem de estudantes nem de novos profissionais na UCC.
Competência: Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

A partilha, discussão e análise critico-reflexiva realizada em conjunto com o professor orientador e com enfermeira tutora permitiu adquirir diversas opiniões acerca de temáticas diferentes.
Competência: Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização.
A realização e a finalização do presente trabalho no período expectável alcançando os objetivos do projeto acarretou uma necessidade de gestão de tempo, a elaboração no início do estágio do cronograma e a estruturação neste das etapas do planeamento em saúde, definindo períodos de tempo para a sua elaboração, o que foi essencial.
Competência: Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.
Apesar de todo o apoio e acompanhamento tanto por parte do professor orientador como da enfermeira tutora, houve um trabalho autónomo realizado pela estudante que promoveu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.
Competência: Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.
Esta competência não foi possível desenvolver, uma vez que não proporcionou ao longo do estágio.
Competência: Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.
Ao longo do estágio foi promovido a obtenção de ganhos em saúde através dos cuidados de enfermagem assentes nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.
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.
O desenvolvimento do projeto teve por base a metodologia do planeamento em saúde, começando pelo diagnóstico em saúde e de seguida apresentadas no presente documento as etapas para a concretização do mesmo.
Competência: Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Foram desenvolvidas intervenções e sugeridas outras para a população em estudo com o intuito de dar resposta às reais necessidades identificadas.
Competência: Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
De acordo com o Programa Nacional de Saúde 2021/2030, as doenças crónicas, nomeadamente as doenças respiratórias crónicas são um problema de saúde atual e de grande magnitude. Assim, o presente trabalho vai ao encontro das recomendações do Plano Nacional de Saúde.
Competência: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.
O desenvolvimento desta competência reflete-se no presente documento e no trabalho desenvolvido neste estágio, nomeadamente com a realização do diagnóstico em saúde e da partilha das necessidades identificadas na recolha de dados. Permitindo assim aos membros da equipa com quem foram partilhados estes dados, obterem uma visão geral do estado de saúde da população em estudo. O formulário fica disponível para que seja possível replicá-lo a outras faixas etárias para ainda ter uma amostra mais significativa da população.

CONCLUSÃO

A doença crónica, nomeadamente as doenças respiratórias crónicas mostram-se uma problemática de elevada magnitude e bastante atual nomeadamente quando nos referimos à idade pediátrica, uma vez que a prevalência dos diagnósticos de asma é superior nesta faixa etária.

A doença crónica no diz respeito à gestão, representa um enorme desafio não só para as crianças/jovens e famílias, como também para os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, e como das diversas especialidades de enfermagem. O trabalho em parceria e de complementaridade entre estes é essencial para responder de forma mais eficaz às necessidades da população.

Intervir em grupos e contribuir para a mudança comportamental individual tem, de facto, repercussões na saúde das populações, com consequente melhoria na sua qualidade de vida.

Assim através de um planeamento de saúde eficaz, os enfermeiros podem identificar e priorizar as necessidades de saúde da comunidade, desenvolver e implementar intervenções adequadas e avaliar os resultados obtidos.

O planeamento em saúde também permite uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, promove a colaboração interdisciplinar e garante a sustentabilidade das intervenções a longo prazo.

Ficou evidente com o desenvolvimento deste percurso a dificuldade de chegar à comunidade, uma vez que existem vários fatores que influenciam a adesão e torna-se evidente a necessidade de os enfermeiros estarem despertos para esta realidade e, em conjunto com os utentes, encontrarem estratégias para melhorar a adesão.

Considera-se que este trabalho trouxe alguns contributos para a prática clínica, nomeadamente, a necessidade de intervir de forma contínua na doença

crónica, acompanhando periodicamente esta população, educando, motivando e esclarecendo.

A realização da unidade curricular Estágio Final e Relatório foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que possibilitou não só a concretização dos objetivos aos quais me propus como também a aquisição e consolidação de competências na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O agora referido só se tornou possível com a utilização dos prévios conhecimentos sobre a Ciência de Enfermagem adquiridos na formação base e no presente ciclo do ensino, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos a nível do Planeamento em Saúde e da Comunicação.

Com o término deste percurso destaco o acolhimento e a disponibilidade das Enfermeira tutora e da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde desenvolvi este estágio.

Em suma, a concretização do relatório reflete e apresenta o percurso, os objetivos alcançados e as competências adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Porto Oriental- UCC Campanhã. (2021). *Projeto de Intervenção na Asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*.
- Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica- Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma 016/2011- Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*.
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma 006/2018- Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional para as doenças respiratórias (PNDR)*. 2ª edição: novembro de 2013 (Revisão da 1ª edição de abril de 2012).
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias- Manual para a abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica*. 2ª edição.
- Direção Geral de 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 de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR)*.
- Direção Geral de Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.
- Fernandes, C. I. (2019). *Enfermagem comunitária e MAIEC um projeto de empoderamento para a vigilância epidemiológica*. Universidade Católica Portuguesa.
- GINA. (2022). Obtido de Global Initiative for Asthma : www.ginasthma.org
- GRESF. (s.d.). *Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF*. Obtido de <https://gresf.pt>.

- ICNP. (2019). *International Council of Nurses* . Obtido de ICNP Browser.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Editorial do M.E.C.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *World Heald Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*.
- Pneumologia, S. P. (2017). *Tudo o que devo saber sobre a asma* .
- Serviço Nacional de Saúde. (07 de Setembro de 2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário (BI-CSP)*.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* . Ministério da Saúde- Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Aperfeiçoamento Profissional.
- USP. (2023). *Diagnóstico de Situação de Saúde*. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Ocidental.

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 não está claro, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita e aqui explicada, queira assinar este documento.

Eu, Matilde [REDACTED] e estudante de mestrado da Universidade Católica Portuguesa - Porto, sou responsável pelo presente projeto: "SOS RESPIRAR".

Consentir que a criança participe neste estudo, significa que autoriza a recolha e tratamento de dados, juntamente com outros investigadores, para posteriormente serem utilizados para a identificação de fenómenos/diagnósticos, 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 projeto: "SOS RESPIRAR"

Enquadramento: No seguimento do solicitado pela 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, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto, pretende-se desenvolver este projeto sobre a orientação do Sr Prof. Doutor João Amado. Este projeto consiste na realização de um diagnóstico de situação com o objetivo de identificar fenómenos/diagnósticos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, dos utentes entre os 0 e os 18 anos com Doença Respiratória Crónica- Asma, pertencentes à área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

Explicação do projeto: O presente projeto tem como finalidade a elaboração de um Diagnóstico de Situação a utentes dos 0 aos 18 anos com diagnóstico de Doença Respiratória Crónica- Asma. Assim sendo, após a amostra ser selecionada, será agendada uma visita domiciliária onde será aplicado um instrumento de recolha de dados, preenchido pelo investigador. Nessa mesma visita serão identificados de imediato fenómenos plausíveis de cuidados de enfermagem, de forma a, posteriormente ser realizada uma sessão de educação para a saúde (formação) de acordo com a/as problemática/as identificadas.

Condições e financiamento: Pode recusar participar em qualquer momento do estudo, sem que lhe sejam remetidas quaisquer consequências. Para a execução e desenvolvimento do presente estudo não estão previstos custos adicionais para nenhum dos intervenientes.

Confidencialidade e anonimato: Ao longo da execução deste projeto garante-se a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, como também, a identificação dos participantes não se tornará pública e todos os contactos serão realizados em ambiente de privacidade. A confidencialidade será mantida aquando da realização do tratamento de dados. Os profissionais envolvidos no projeto comprometem-se, desta forma, a garantir e defender a presença de todos os princípios referentes ao anonimato e confidencialidade.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para a participação no estudo. Prevê-se que esteja concluído em janeiro de 2024, data a partir da qual poderá solicitar ao investigador responsável, os resultados do mesmo.

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>

Contacto e Email da Unidade de Cuidados da Comunidade

[Redacted area]

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. Assim, aceito nele participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e com as 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- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Instrumento de Recolha de Dados

Formulário N^o _____

Data: __/__/__

Dados Sociodemográficos	Resposta
<u>1.</u> Idade _____ anos	
<u>2.</u> <u>Sexo</u> 1. Feminino 2. Masculino	
<u>3.</u> Ano de escolaridade que frequenta: _____ ^a Ano	
<u>4.</u> Escola: _____ _____	
<u>5.</u> Pai ou mãe têm diagnóstico de Asma? 1. Sim, a mãe 2. Sim, o pai 3. Sim, ambos 4. Não	
Dados Antropométricos	Resposta
<u>6.</u> Peso _____ Kg	
<u>7.</u> Altura _____ cm	
<u>8.</u> IMC _____	
Dados da Habitação	Resposta
<u>9.</u>	

Presença de Cortinas/Tapetes/Peluches/Alcatifa? 1. Sim 2. Não	
10. A criança está exposta a fumo de tabaco? 1. Sim 2. Não	
11. Presença de ar condicionado, aquecedores e/ou lareira? 1. Sim 2. Não	
12. Presença de animais domésticos? 1. Sim 2. Não	
Conhecimento sobre a doença	Resposta
13. Reconhece que tem asma? 1. Sim 2. Não	
14. Sabe o que é a asma? 1. Sim 2. Não	
15. Indica há quantos anos foi diagnosticado com a doença respiratória crónica:_____anos (questionar adulto presente)	
16. Identifica causas e fatores desencadeantes da asma? 1. Sim 2. Não	
17. Reconhece os sintomas da asma? 1. Sim 2. Não	

Regime Medicamentoso	Resposta
<u>18.</u> A criança está atualmente em tratamento para a asma? 1. Sim 2. Não	
<u>19.</u> Se sim, qual é o tratamento atual da criança? (Marque todas as opções relevantes) a. Inaladores de curta ação (resgate) b. Inaladores de longa ação (manutenção) c. Corticosteroides orais (ex: prednisona) d. Antagonistas dos recetores de leucotrienos e. Imunoterapia (ex: alergia a ácaros) f. Outros (especificar): _____	
<u>20.</u> A criança segue regularmente o regime medicamentoso prescrito? 1. Sim 2. Não	
<u>21.</u> A criança é capaz de gerir a sua medicação? 1. Sim 2. Não	
Regime de exercício	Resposta
<u>22.</u> A criança sente que a asma a afeta quando pratica de atividade física? 1. Sim 2. Não	
<u>23.</u> Se sim, a criança conhece estratégias para controlar? 1. Sim	

2. Não		
24. A atividade física faz desencadear crises? 1. Sim 2. Não		
Gestão da Doença Respiratória Crónica		Resposta
25.	Questionário mini ACT validado para crianças acima dos 12 anos e adultos	
Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa? 1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco Tempo 5. Nunca		
Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar? 1. Mais de uma vez por dia 2. Uma vez por dia 3. 3 a 6 vezes por semana 4. Uma ou duas vezes por semana 5. Nunca		
Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que o que é costume de manhã? 1. 4 ou mais noites por semana 2. 2 ou 3 noites por semana 3. Uma vez por semana 4. Uma ou duas vezes por semana 5. Nunca		

Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido em inalador ou nebulizador, como por exemplo, sabutamol?		
1. 3 ou mais vezes por dia 2. 1 ou 2 vezes por dias 3. 2 ou 3 vezes por semana 4. Uma vez por semana ou menos 5. Nunca		
Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?		
1. Não controlada 2. Mal controlada 3. Mais ou menos controlada 4. Bem controlada 5. Completamente controlada		
Total		
Gestão da técnica de inalação		Resposta
<u>26.</u> Cumpra a toma/execução de inaladores?		
1. Sim 2. Não		
<u>27.</u> Necessita de ajuda para a realização da técnica de inalação?		
1. Sim 2. Não		
<u>28.</u>	Grelha de observação da técnica de inalação (Observação direta da técnica por parte do investigador)	Resposta
Prepara e agita, se aplicável, o dispositivo na posição adequada		
1. Executa 2. Não Executa		
Realiza expiração previa		
1. Executa 2. Não Executa		

Assume uma postura adequada para a realização da técnica 1. Executa 2. Não Executa	
Ativa o dispositivo corretamente 1. Executa 2. Não Executa	
Realiza fluxo inspiratório adequado 1. Executa 2. Não Executa	
Realiza pausa inalatória (Sustem a respiração 4 a 10 segundos) 1. Executa 2. Não Executa	
Cumpre/ confirma a dose prescrita 1. Executa 2. Não Executa	
Realiza a correta higienização do dispositivo inalatório 1. Executa 2. Não Executa	

Extração de dados do processo clínico

<u>Diagnósticos Enfermagem ativos</u>	
1	
2	
3	
4	
5	

<u>Diagnósticos médicos ativos</u>	
1	
2	
3	
4	
5	

Data de Diagnóstico da doença respiratória crónica _____

Medicação

Medicamento	Dose	Forma	Jejum	P.Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	SOS

Table 1. Medicação extraída do Sclínico

Medicamento	Dose	Forma	Jejum	P.Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	SOS

Table 2. Medicação está efetivamente a realizar

APÊNDICE III – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Domínio	Variável	Classificação	Operacionalização
Caracterização Sociodemográfica	Idade	Contínua, discreta	Idade em anos
	Género	Qualitativa, nominal, dicotómica	1 - Feminino 2- Masculino
	Ano de escolaridade	Contínua, discreta	Ano de escolaridade em anos
	Escola que frequenta		
	Pai ou mãe têm diagnóstico de asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Dados antropométricos	Peso	Contínua, discreta	Peso, em kg
	Altura	Contínua, discreta	Altura em cm
	IMC	Contínua, discreta	IMC kg/m2
Dados da Habitação	Presença de Cortinas/Tapetes/Peluches/Alcatifas?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	A criança está exposta a fumo de tabaco?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Presença de ar condicionado ou aquecedores?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Presença de animais domésticos?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Reconhece que tem asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não

Conhecimento sobre a doença	Sabe o que é a asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Indica há quantos anos foi diagnosticado com a doença respiratória crónica	Contínua, discreta	Em anos
	Identifica causas e fatores desencadeantes da asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Reconhece os sintomas da asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Regime Medicamentoso	A criança está atualmente em tratamento para a asma?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Se sim, na pergunta anterior, qual é o tratamento atual da criança?	Qualitativa, nominal, politómica	1- Inaladores de curta ação (resgate) 2- Inaladores de longa ação (manutenção) 3- Corticosteroides orais (ex: prednisolona) 4- Antagonistas dos recetores de leucotrienos 5- Imunoterapia (ex: alergia a ácaros) 6- Outros (especificar): _____
	A criança segue regularmente o regime medicamentoso prescrito?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	A criança é capaz de gerir a sua medicação?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Regime Exercício	A criança sente que a asma a afeta quando pratica de atividade física?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	A atividade física faz desencadear crises?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não

	Se sim, na pergunta anterior, conhece estratégias para controlar/reverter?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
Gestão da Doença Respiratória Crónica	Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?	Qualitativa, nominal, politómica	1. Sempre 2. A maior parte do tempo 3. Algum tempo 4. Pouco Tempo 5. Nunca
	Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar?	Qualitativa, nominal, politómica	1. Mais de uma vez por dia 2. Uma vez por dia 3. 3 a 6 vezes por semana 4. Uma ou duas vezes por semana 5. Nunca
	Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que o que é costume de manhã?	Qualitativa, nominal, politómica	1. 4 ou mais noites por semana 2. 2 ou 3 noites por semana 3. Uma vez por semana 4. Uma ou duas vezes por semana 5. Nunca
	Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?	Qualitativa, nominal, politómica	1. 3 ou mais vezes por dia 2. 1 ou 2 vezes por dias 3. 2 ou 3 vezes por semana 4. Uma vez por semana ou menos 5. Nunca
	Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas?	Qualitativa, nominal, politómica	1. Não controlada 2. Mal controlada 3. Mais ou menos controlada 4. Bem controlada 5. Completamente controlada
	Compre a toma/ execução de inaladores?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não

Gestão da técnica de Inalação	Necessita de ajuda para a realização da técnica de inalação?	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não
	Grelha de observação da técnica de inalação Preenchida pelo investigador	Qualitativa, nominal, dicotómica	1- Sim 2- Não

APÊNDICE III – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS TENDO EM
CONTA A MAGNITUDE

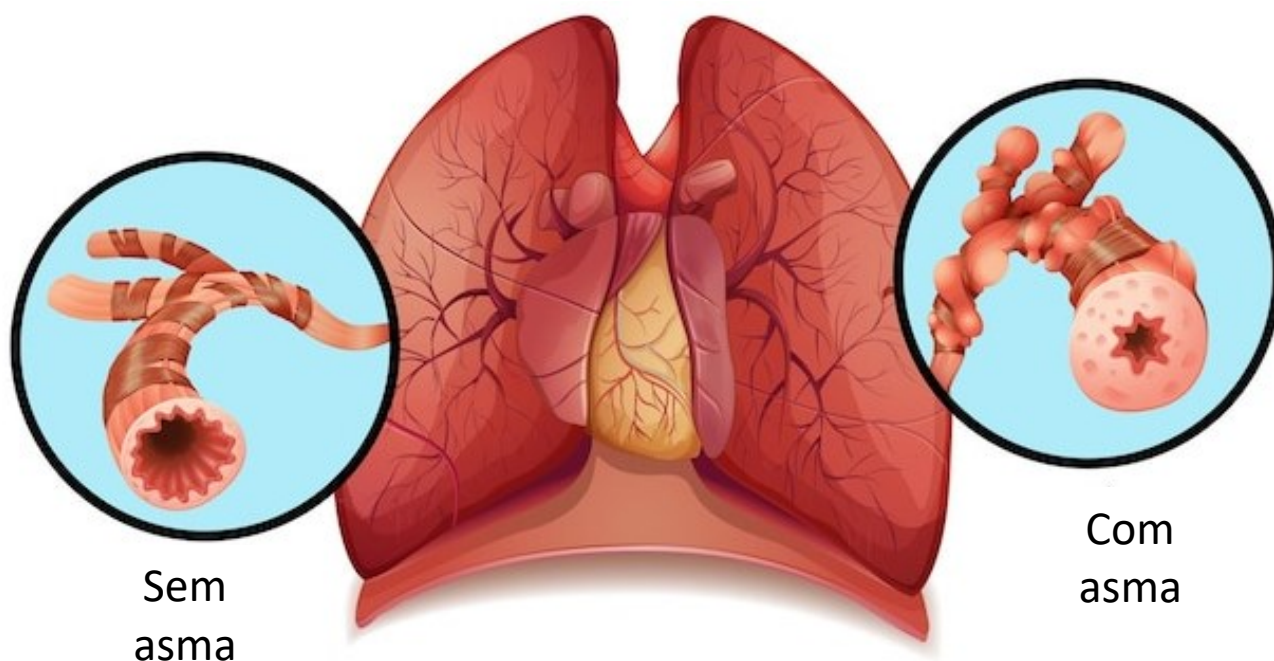
<u>Foco</u>	<u>Questão</u>	<u>Diagnóstico (negativo)</u> <u>identificado (%)</u>
Excesso de Peso	Score do IMC	45%
Exposição a fumo passivo	A criança está exposta a fumo do tabaco?	20%
Conhecimento sobre a doença	1. Reconhece que tem asma (0%) 2. Sabe/ explica o que é a asma (75%) 3. Identifica causas e fatores desencadeantes da Asma (35%) 4. Reconhece os sintomas da Asma 25%	75%
Regime medicamentoso	5. A criança está atualmente em tratamento para a asma? 6. Se sim, que tratamento está a fazer? 7. A criança segue regularmente o regime medicamentoso prescrito? (0%) 8. A criança é capaz de gerir o seu regime medicamentoso? (31%)	31%/90%/100%

	9. Cumpre a toma/execução de inaladores? (0%) 10. Necessita de ajuda para a realização da técnica de inalação? (10%) 11. Prepara e agita (se aplicável) o dispositivo na posição adequada? (40%) 12. Realiza expiração prévia? (70%) 13. Assume uma postura adequada para a realização da técnica? (0%) 14. Ativa o dispositivo corretamente? (25%) 15. Realiza fluxo inspiratório adequado? (35%) 16. Realiza pausa inalatória (sustem a respiração 4 a 10 segundos)? (25%) 17. Cumpre/confirma a dose prescrita? (5%) 18. Realiza a correta higienização do dispositivo inalatório? (100%) 19. Realiza a correta lavagem da cavidade oral após execução	
--	--	--

	de técnica de inalação? (90%)	
Regime de exercício	20.A criança sente que a asma a afeta quando pratica atividade física? (85%) 21.A atividade física faz desencadear crises? (71%) 22.Se sim, a criança conhece estratégias para controlar? (75%)	85%
Autogestão da doença crónica	23.Controlo de Sintomas? Sintomas mal controlados 10%	10%

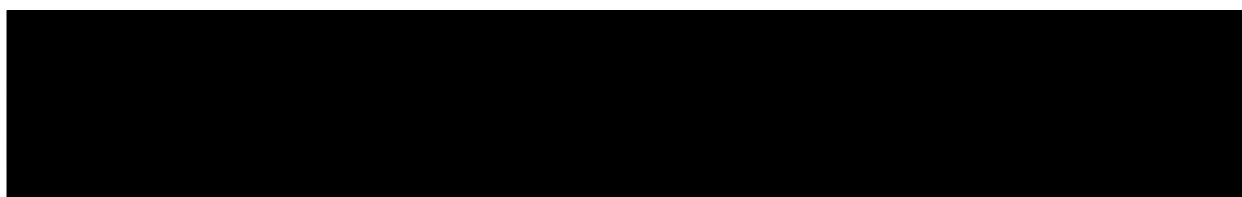
APÊNDICE V – MATERIAL DE LEITURA E AUDIOVISUAL SOBRE TÉCNICA
DE INALAÇÃO

**PARA A MINHA ASMA MELHOR CONTROLAR,
ESTE MANUAL DEVO CONSULTAR!**



Projeto SOS RESPIRAR

CRIANÇAS E JOVENS DOS 0 AOS 18 ANOS COM DIAGNÓSTICO DE ASMA



ASMA



A **asma** é uma doença obstrutiva que afeta as vias respiratórias que tem por base uma inflamação crónica que condiciona a contração dos músculos dos brônquios que levam o ar para dentro e fora dos pulmões.

Tal como mostra na figura, na pessoa com diagnóstico de asma as vias respiratórias são mais pequeninas e o ar tem mais dificuldade para passar.

CAUSAS, SINTOMAS, FATORES DE RISCO E DESENCADEANTES DA ASMA

FATORES DE RISCO

- ✓ Antecedentes de sensibilização alérgica ou eczema atópico;
- ✓ História familiar de asma;
- ✓ Infecções respiratórias;
- ✓ Exposição tabágica.

SINTOMAS

- ✓ Dispneia (definida como sensação de “falta de ar”);
- ✓ Tosse seca, mais frequentemente durante a noite ou início da manhã;
- ✓ Pieira (descrita muitas vezes como “gatinhos”);
- ✓ Opressão torácica (sensação de aperto/peso/dor no peito).



Acrescentar ainda, sintomas como: Comportamento agitado; Respiração ruidosa, rápida e difícil; Pulso rápido, palidez e suores; Prostração e apatia podem ser sintomas sugestivos de **INÍCIO DE UMA CRISE**.

FATORES QUE PODEM DESENCADear OU AGRAVAR OS SINTOMAS DA ASMA



- ✓ Exercício físico;
- ✓ Infecção viral;
- ✓ Animais com pelo;
- ✓ Exposição prolongada aos ácaros do pó doméstico, existentes principalmente em colchões, almofadas e carpetes;
- ✓ Fumo de tabaco e de lenha;
- ✓ Pólen e fungos;
- ✓ Alterações de temperatura do ar (ar frio);
- ✓ Emoções fortes, principalmente quando desencadeiam riso ou choro;
- ✓ Produtos químicos inaláveis (detergentes).

INALADORES

Os dispositivos inalatórios são utilizados para o tratamento das doenças respiratórias crônicas, neste caso na asma, e geralmente são conhecidos como “bombas”.

Existem três grandes grupos, os inaladores pressurizados de dose calibrada, inaladores de pó seco e dispositivo de solução para inalação por nebulização, existindo uma enorme diversidade de modelos.

De forma geral, todos estes modelos têm a finalidade de conduzir ao interior dos brônquios o medicamento capaz de produzir um efeito dilatador (que facilita a respiração).

Cada modelo tem regras próprias de utilização, que devem ser rigorosamente cumpridas para que a ação do inalador seja eficaz.

TIPOS DE INALADORES	
✓ INALADORES PRESSURIZADOS DE DOSE CALIBRADA (ESTES PODEM SER USADOS ISOLADAMENTE OU EM ASSOCIAÇÃO COM CÂMARAS EXPANSORAS)	 FLUTIFORM[®] CÂMARA EXPANSORA

✓ **INALADORES DE
PÓ SECO**

UNIDOSE



AEROLIZER®



HANDIHALER®



BREEZHALER®

MULTIDOSE



TURBOHALER®



TWISTHALER®



DISKUS®



ELLIPTA®



SPIROMAX®



NOVOLIZER®

✓ **DISPOSITIVO DE
SOLUÇÃO PARA
INALAÇÃO POR
NEBULIZAÇÃO**



RESPIMAT®

TÉCNICA DE INALAÇÃO DE ACORDO COM O INALADOR:

PRESSURIZADOS DE DOSE CALIBRADA (PMDI)



- ✓ Remover a tampa;
- ✓ Confirmar o contador de doses (se aplicável);
- ✓ Agitar o dispositivo;
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca);
- ✓ Colocar o dispositivo na posição vertical (em “L”);
- ✓ Colocar a peça bucal na boca, selando bem com os lábios;
- ✓ Enquanto inspira lenta e profundamente pressionar o botão de liberação de dose e continuar até inspiração completa;
- ✓ Suster a respiração 4-10 segundos;
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca);
- ✓ Fechar o dispositivo.

Sem contador de dose

Validade após abertura: 24 meses

FLUTIFORM[®]

- ✓ 2 inalações 2x dia



Validade após abertura: 3 meses

PÓ SECO (DPI)



TURBOHALER®

- ✓ Confirmar o contador de doses
- ✓ Colocar o dispositivo na vertical e retirar a tampa
- ✓ Rodar a base colorida para a direita e depois para a esquerda até ouvir um “click”
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca em posição horizontal, selando bem com os lábios
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Sustentar a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar o dispositivo

Contador de dose : 20/20 doses

Validade após abertura: 18 meses

TWISTHALER®



- ✓ Confirmar o contador de doses
- ✓ Colocar o dispositivo na vertical e remover a tampa rodando no sentido inverso aos ponteiros do relógio
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios (não obstruir os orifícios de ventilação)
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Sustentar a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar o dispositivo, rodando a tampa no sentido dos ponteiros do relógio até ouvir “click”

Contador de dose: unitário

Validade após abertura: 45 dias

DISKUS[®]



- ✓ Confirmar o contador de doses
- ✓ Colocar o dispositivo na horizontal e usando o polegar, rodar a tampa para abrir o dispositivo
- ✓ Rodar a alavanca interior até ouvir “click”
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Suster a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar o dispositivo

Contador de dose: unitário

Validade após abertura: 18 meses

ELLIPTA®



- ✓ Confirmar o contador de doses
- ✓ Rodar a tampa para abrir o dispositivo até ouvir “click”
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios (não obstruir os orifícios de ventilação)
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Suster a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar o dispositivo



Contador de dose: unitário
Validade após abertura: 1 mês

SPIROMAX[®]



- ✓ Confirmar o contador de doses
- ✓ Colocar o dispositivo na vertical
- ✓ Rodar a tampa inferiormente para abrir o dispositivo até ouvir “click” (não obstruir os orifícios de ventilação)
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Suster a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar o dispositivo

Contador de dose: unitário

Validade após abertura: 6 meses

AEROLIZER® / HANDIHALER® / BREEZHALER®



- ✓ Remover a tampa exterior e levantar/girar o bocal
- ✓ Retirar a cápsula do blister e colocar no compartimento na base do dispositivo
- ✓ Fechar o bocal até ouvir “click”
- ✓ Colocar o dispositivo na vertical e “picar” a cápsula comprimindo simultaneamente os dois botões coloridos laterais
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios
- ✓ Inspirar rápida e profundamente
- ✓ Sustentar a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Abrir o compartimento, retirar a cápsula usada e eliminá-la
- ✓ Fechar o dispositivo

Validade: 18 meses

SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO POR NEBULIZAÇÃO

RESPIMAT®



- ✓ Colocar o dispositivo na vertical e rodar a base no sentido das setas até ouvir “click” (meia volta)
- ✓ Levantar a tampa exterior/transparente.
- ✓ Expiração profunda (dispositivo longe da boca)
- ✓ Colocar o dispositivo na boca, selando bem com os lábios (não obstruir os orifícios de ventilação)
- ✓ Inspirar lenta e profundamente e ao mesmo tempo pressionar o botão cinzento para ativar a névoa
- ✓ Sustentar a respiração 4-10 segundos
- ✓ Expirar lentamente (dispositivo longe da boca)
- ✓ Fechar a tampa do dispositivo
- ✓ Repetir os passos anteriores (dose habitual 2 inalações seguidas)

Contador de dose: 30/30 doses

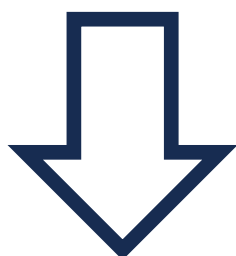
Validade de cada cartucho: 3 meses

- Se o inalador não for utilizado por mais de 3 dias, ativar um puff em direção ao chão antes de utilizar novamente.



- **A POSIÇÃO CORRETA A ADOTAR PARA A REALIZAÇÃO DA INALAÇÃO É: DE PÉ, SENTADO OU SEMI-SENTADO, NUNCA DEITADO;**
- **APÓS REALIZAÇÃO DA INALAÇÃO DEVE SER LIMPO O BOCAL COM UM LENÇO DE PAPEL OU PANO SECO;**
- **APÓS REALIZAÇÃO DA INALAÇÃO DEVE LAVAR A BOCA COM ÁGUA, BOCHECHAR E DEITAR A ÁGUA FORA, NÃO A ENGOLIR;**

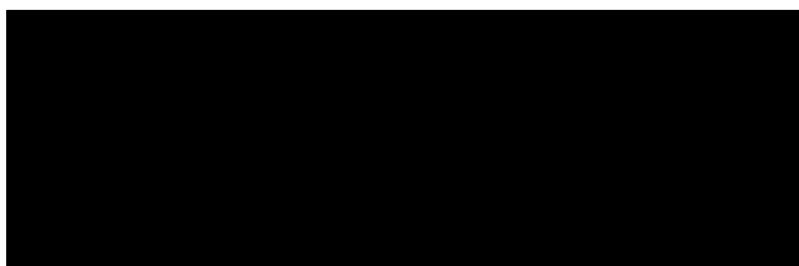
**PARA A MINHA “BOMBA”
CORRETAMENTE UTILIZAR ESTE
QR CODE DEVO EXPLORAR**





**FELIZMENTE ...
A ASMA PODE SER CONTROLADA DE FORMA EFICAZ!**

Contactos



APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA
ATIVIDADE REALIZADA SOBRE A TÉCNICA DE INALAÇÃO

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UCC DE CAMPANHÃ

FORMADORAS:

ENFERMEIRA E ALUNA DA UCP MATILDE SANTOS

ENFERMEIRA DA UCC [REDACTED]

TEMA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO:

TÉCNICA DE INALAÇÃO

DESTINATÁRIOS:

CRIANÇAS DOS 12 AOS 14 ANOS COM DIAGNÓSTICO DE ASMA

DATA:

AQUANDO DA VISITA DOMICILIÁRIA AGENDADA

DURAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO:

40 MINUTOS

OBJETIVO GERAL:

AUMENTAR A CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO

OBJETIVO ESPECÍFICO:

AUMENTAR A CAPACIDADE PARA EXECUTAR A TÉCNICA INALATÓRIA

TEMPO	FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	MEIOS A UTILIZAR
5 MIN	INTRODUÇÃO	PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA TÉCNICA DE INALAÇÃO; APRESENTAÇÃO DO TEMA E A SUA PERTINENCIA;	EXPOSITIVO ATIVO PARTICIPATIVO INTERROGATIVO	DISPOSITIVO ELETRÓNICO; INTERNET
25 MIN	DESENVOLVIMENTO	ENSINAR SOBRE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS; INSTRUIR TÉCNICA INALATÓRIA; ENSINAR SOBRE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM SOS; ENSINAR SOBRE VIGILÂNCIA DOS MEDICAMENTOS.	EXPOSITIVO ATIVO PARTICIPATIVO INTERROGATIVO	DISPOSITIVO ELETRÓNICO; INTERNET; INFORMAÇÃO EM SUPORTE DE PAPEL (MANUAL)

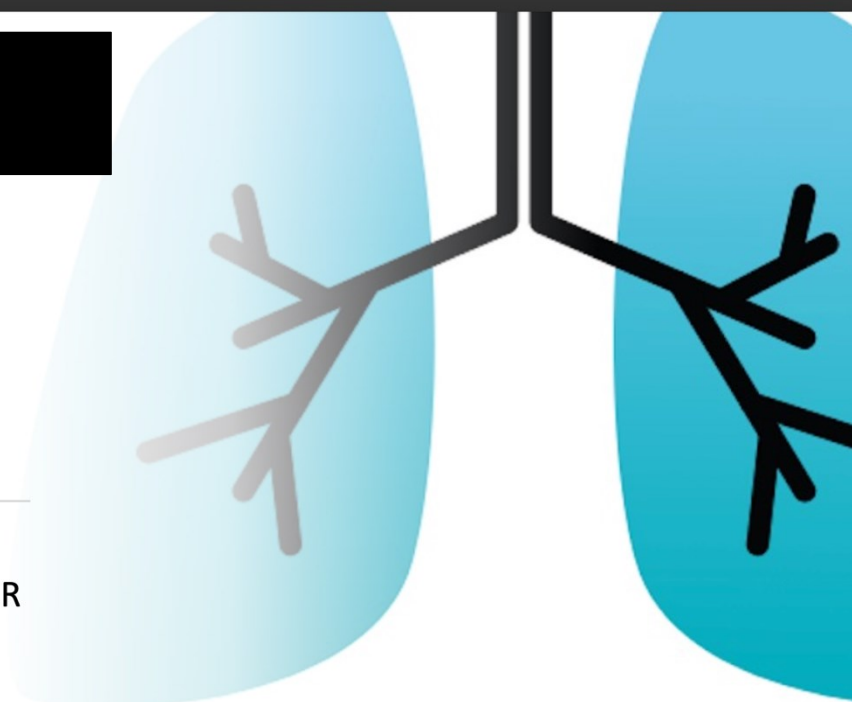
10 MIN	CONCLUSÃO	PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA TÉCNICA DE INALAÇÃO;	MÉTODO EXPOSITIVO MÉTODO ATIVO	DISPOSITIVO ELETRÓNICO; INTERNET
AVALIAÇÃO: PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERÇÃO DA TÉCNICA DE INALAÇÃO;				

APÊNDICE VII – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE – “TUDO O QUE DEVO SABER SOBRE A ASMA”



ASMA

Projeto SOS RESPIRAR
TUDO O QUE DEVO SABER
SOBRE A ASMA.



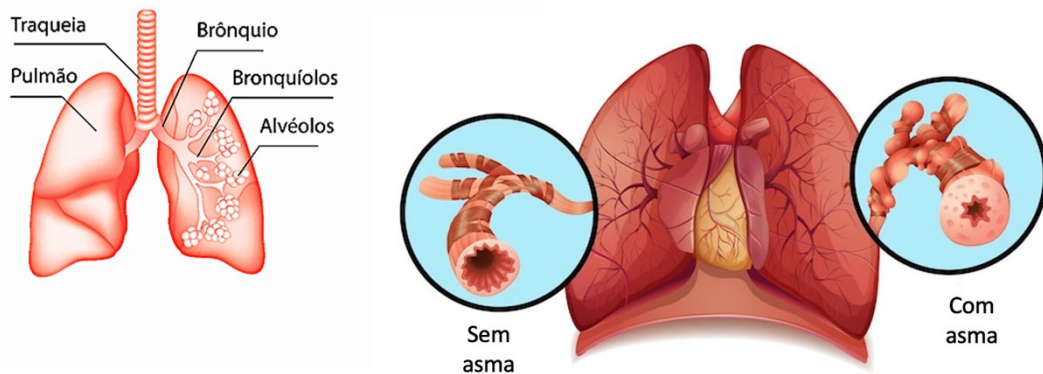
Conteúdo

- Definição de conceitos;
- Fatores de Risco;
- Sintomas;
- Sintomas que podem ser sugestivos de início de uma crise;
- Fatores que podem desencadear ou agravar os sintomas da asma;
- Tratamento.



DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

A **ASMA** é uma doença obstrutiva que afeta as vias respiratórias que tem por base uma inflamação crônica que condiciona a contração dos músculos dos brônquios que levam o ar para dentro e fora dos pulmões.



FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DIAGNÓSTICO DE ASMA:

- Antecedentes de sensibilização alérgica ou eczema atópico;
- História familiar de asma;
- Infecções respiratórias anteriores.

SINTOMAS (mais comuns)

- Dispneia (definida como sensação de “falta de ar”);
- Tosse seca, mais frequentemente durante a noite ou início da manhã;
- Pieira (descrita muitas vezes como “gatinhos”);
- Opressão torácica (sensação de aperto/peso/dor no peito).



SINTOMAS QUE PODEM SER SUGESTIVOS DE INÍCIO DE UMA CRISE



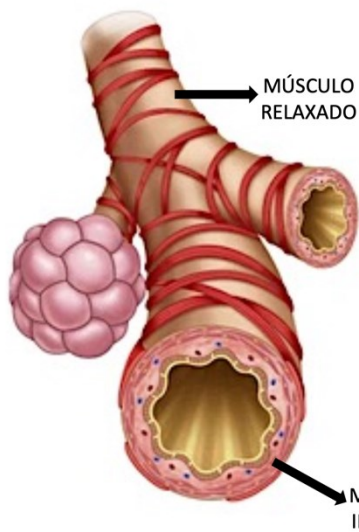
- Comportamento agitado;
- Prostração e apatia
- Respiração ruidosa, rápida e difícil;
- Pulso rápido, palidez e suores;

OS SINTOMAS NÃO SE MANIFESTAM DE IGUAL FORMA DE CRIANÇA PARA CRIANÇA!

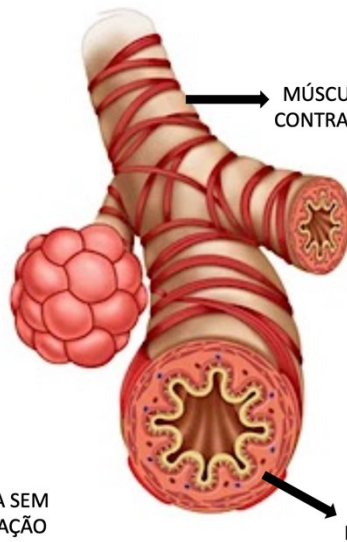
FATORES QUE PODEM DESENCADear OU AGRAVAR OS SINTOMAS DA ASMA



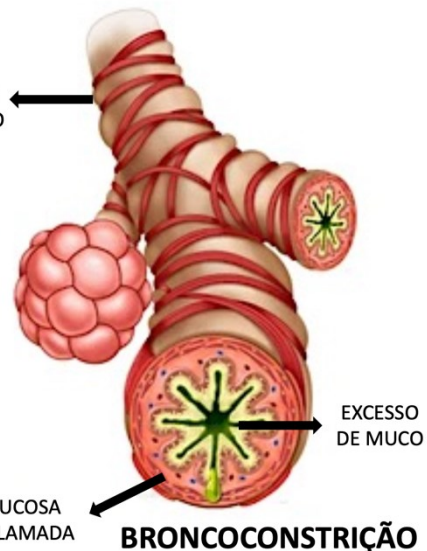
VIA AÉREA SEM ASMA



VIA AÉREA COM ASMA



VIA AÉREA EM CRISE ASMA



A CONTRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS PODE DIFICULTAR A PASSAGEM DE AR PARA OS PULMÕES E GERAR UMA CRISE.

Tratamento



- A ASMA NÃO TEM CURA MAS PODE SER CONTROLADA DE FORMA EFICAZ!

Assim, podemos considerar como **objetivos gerais com o tratamento**:

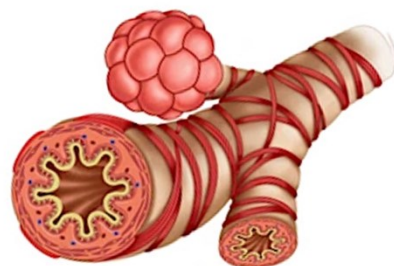
- Sintomas diurnos ausentes ou raros;
 - Sintomas noturnos ausentes;
- Sem limitação na atividade física.



Tratamento

Tratamento de Controlo

- Medicamentos para tratamento de controlo devem ser usados diariamente e têm efeito anti-inflamatório e/ ou broncodilatador de ação prolongada;
- Nem todas as crianças precisam deste grupo de medicamentos.
- **Medicamentos:**
 - Corticoides inaladores;
 - Broncodilatadores de longa ação;
 - Antagonistas dos recetores dos leucotrienos;
 - Corticoides sistémicos.



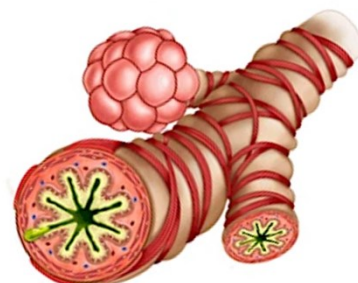
Tratamento

Tratamento Agudo

- Medicamentos para tratamento de crise ou tratamento agudo- usados para alívio dos sintomas graves.
- As crianças devem fazer-se acompanhar por esta medicação pois estes são para usar em qualquer local em que surjam sintomas.

Medicamentos:

- Broncodilatadores de ação rápida;
- Corticoides sistémicos, estes últimos recomendados nas exacerbações moderadas a graves.



Tratamento

- Uma particularidade do tratamento da asma é que este funciona por degraus, isto significa que através da avaliação regular do doente asmático o médico pode reduzir a dose ou o número de medicamentos caso a doença esteja bem controlada, ou caso isso não aconteça, aumentar a dose ou associar outros medicamentos caso o doente mantenha sintomas.

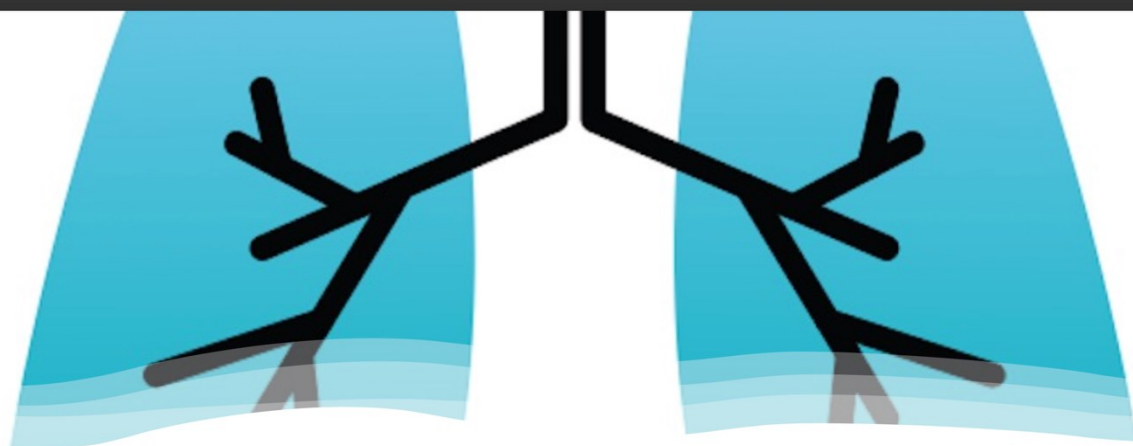


- **Nunca devemos ajustar ou alterar a dose da medicação sem indicação médica!**
 - **Devemos andar sempre com a medicação de alívio!**
- **Quanto mais correta for a realização da técnica de inalação mais eficaz será a medicação!**
 - <https://www.youtube.com/watch?v=ZGMeeE0zE4o&list=PLC6UE9BRX9acrBKf9CYHXJDh1k5rtdcRV&index=16>



**A ASMA NÃO TEM CURA.
QUANTO MAIOR FOR O
CONHECIMENTO SOBRE A
DOENÇA MAIS
RAPIDAMENTE
ATINGIMOS O CONTROLO
ADEQUADO DA MESMA,
LEVANDO A UMA
MELHORIA NA
QUALIDADE DE VIDA.**

DÚVIDAS?



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

Contactos



APÊNDICE VIII– QUESTIONÁRIO INICIAL E FINAL DA SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “VAMOS PERCEBER AQUILO QUE SABES
SOBRE A ASMA”

Vamos perceber aquilo que sabes sobre a Asma?

(Deves assinalar com um x a resposta que considerares correta)

1. A Asma é uma Doença Respiratória Crónica?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

2. A Asma tem por base uma inflamação dos pulmões?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

3. Uma criança com pai ou mãe asmático/a tem mais probabilidade de vir a ser diagnosticado com asma?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

4. A tosse não é um sintoma de asma?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

5. Os sintomas de asma manifestam-se de igual forma de criança para criança?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

6. Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear uma crise de asma?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

7. Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos, não tiver nenhum sintoma como aperto no peito ou pieira (gatinhos)?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

8. Devemos ajustar ou alterar a dose da medicação sem indicação médica?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

9. Com a medicação adequada, as crianças asmáticas podem ter uma vida sem qualquer limitação?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

10. A criança asmática deve andar com a medicação de alívio (SOS) só nos dias em que pratica atividade física?

☐ Verdadeiro ☐ Falso

APÊNDICE VIII – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE –
“TUDO O QUE DEVO SABER SOBRE A ASMA”

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE				
UCC DE CAMPANHÃ				
FORMADORAS: ENFERMEIRA E ALUNA DA UCP MATILDE SANTOS ENFERMEIRA DA UCC [REDACTED]				
TEMA DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO: TUDO O QUE DEVO SABER SOBRE A ASMA.				
DESTINATÁRIOS: CRIANÇAS DOS 12 AOS 14 ANOS COM DIAGNÓSTICO DE ASMA				
DATA: 5 DE JANEIRO DE 2023				
DURAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO: 45 MINUTOS				
OBJETIVO GERAL: AUMENTAR O CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA;				
OBJETIVO ESPECÍFICO: AUMENTAR O CONHECIMENTO ACERCA DOS SINTOMAS; AUMENTAR O CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCO AUMENTAR O CONHECIMENTO DOS FATORES QUE PODEM DESENCADear OU AGRAVAR OS SINTOMAS DA ASMA; AUMENTAR O CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO.				
TEMPO	FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	MEIOS A UTILIZAR
15 MIN	INTRODUÇÃO	APRESENTAÇÃO DAS FORMADORAS; APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO INICIAL; APRESENTAÇÃO DO TEMA E A SUA PERTINENCIA;	EXPOSITIVO ATIVO PARTICIPATIVO INTERROGATIVO	COMPUTADOR; PROJETOR; POWERPOINT; CANETAS.

20 MIN	DESENVOLVIMENTO	CONCEITO DE ASMA; FATORES DE RISCO; SINTOMAS; SINTOMAS QUE PODEM SER SUGESTIVOS DE INÍCIO DE UMA CRISE; FATORES QUE PODEM DESENCADear OU AGRAVAR OS SINTOMAS DA ASMA; TRATAMENTO.	EXPOSITIVO ATIVO PARTICIPATIVO INTERROGATIVO	COMPUTADOR E VIDEOPROJECTOR
10 MIN	CONCLUSÃO	APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FINAL; ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS;	MÉTODO EXPOSITIVO MÉTODO ATIVO	COMPUTADOR; PROJETOR; POWERPOINT; CANETAS
AVALIAÇÃO: APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO INICIAL E FINAL;				

ANEXOS

ANEXO I- QUESTIONÁRIO MINI ACT

mini ACT

Questionário para crianças acima de 12 anos e adultos:

1. Durante as últimas 4 semanas , quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?				
1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
2. Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes teve falta de ar?				
1	2	3	4	5
Mais de uma vez por dia	Uma vez por dia	3 a 6 vezes por semana	Uma ou duas vezes por semana	Nunca
3. Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?				
1	2	3	4	5
4 ou mais noites por semana	2 ou 3 noites por semana	Uma vez por semana	Uma ou duas vezes	Nunca
4. Durante as últimas 4 semanas , quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, <i>salbutamol</i> ?				
1	2	3	4	5
3 ou mais vezes por dia	1 ou 2 vezes por dias	2 ou 3 vezes por semana	Uma vez por semana ou menos	Nunca
5. Como avaliaria o seu controlo da asma nas últimas 4 semanas ?				
1	2	3	4	5
Não controlada	Mal controlada	Mais ao menos controlada	Bem controlada	Completamente controlada