



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PROMOÇÃO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CLIENTES COM
DPOC: um percurso de investigação-ação

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem

por

José Miguel dos Santos Castro Padilha

Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PROMOÇÃO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CLIENTES COM
DPOC: um percurso de investigação-ação

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem

Por José Miguel dos Santos Castro Padilha

Sob orientação do Professor Doutor Paulino Artur Ferreira de Sousa
e coorientação do Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira

Fevereiro de 2013

“Não basta saber, é preciso também aplicar; não basta querer, é preciso também fazer”

Johann Goethe

AGRADECIMENTO

Aos Professores Doutores Paulino Sousa e Filipe Pereira pelas oportunidades, pelos ensinamentos, pela partilha e amizade.

Ao Centro Hospitalar do Porto, por ter aceite e viabilizado este percurso. Ao enfermeiro Diretor Eduardo Alves e, muito em particular, ao enfermeiro Augusto Lopes, pela visão e empenho demonstrado na criação das condições para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao enfermeiro Vítor Brasileiro pela viabilização da mudança no departamento de ambulatório.

Ao enfermeiro chefe Fernando Marques pela vinculação com a mudança, pela amizade, e pela mestria demonstrada na gestão dos enfermeiros da Medicina A.

Ao Dr. João Correia pela facilitação do percurso no departamento de medicina. À Dr.^a Elga Freire pela viabilização do percurso na consulta externa.

À RESPIRA (Associação Portuguesa de pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crónicas) pela disponibilidade e colaboração na persecução do propósito comum.

A todos os enfermeiros que participaram neste percurso pela motivação, pelo desafio, pela perseverança.... *BEM HAJAM!*

À Escola Superior de Enfermagem do Porto pelo “investimento” realizado.

À minha família e sogros pela presença de sempre.

À Ana, à Rita e à Luísa, elas sabem....

E à minha mãe... *por tudo...*

Obrigado!

RESUMO

A DPOC é uma doença crónica que influencia negativamente o nível de energia disponível para o autocuidado. Os clientes portadores de DPOC, para controlarem a progressão da doença, necessitam de desenvolver competências para gerir o regime terapêutico.

Com este estudo, pretendíamos contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de uma abordagem terapêutica progressivamente mais sistematizada, tomando por foco a promoção da gestão do regime terapêutico, em clientes com DPOC.

Utilizamos um paradigma de investigação construtivista e uma metodologia de investigação-ação. Para a recolha de dados, utilizamos simultaneamente estratégias qualitativas e quantitativas, com recurso à análise comparativa e iterativa dos dados. O estudo decorreu num serviço de internamento e na consulta externa de uma instituição hospitalar, e contou com a participação de 52 enfermeiros. Utilizamos estratégias promotoras da participação e do comprometimento interno dos enfermeiros, tendo em vista a viabilização da mudança.

O ciclo de IA empreendido, gerou mudanças no modelo de cuidados em uso, que evoluiu de uma lógica de gestão de sinais e sintomas da doença, para uma visão, progressivamente, mais centrada na gestão do regime terapêutico. Para isso, foram construídas e implementadas linhas de orientação para a ação, que viabilizaram a continuidade de cuidados e a monitorização dos resultados. Na organização dos cuidados, a mudança permitiu otimizar a partilha de informação, tendo por horizonte a promoção da continuidade dos cuidados. A mudança implementada permitiu, entre outros aspetos, a reorganização da consulta de enfermagem, garantindo uma maior acessibilidade dos clientes aos cuidados de enfermagem. Na documentação dos cuidados de enfermagem assistimos a um aumento significativo da documentação de dados relativos ao autocuidado - gestão do regime terapêutico. Uma vez estabilizada a mudança, foi-nos possível verificar uma melhoria na continuidade dos cuidados e um aumento da documentação de informação válida para a monitorização do impacto da ação terapêutica de enfermagem sobre a condição de saúde dos clientes.

Os resultados apurados permitem verificar que os clientes com níveis de consciencialização mais adequados são aqueles que apresentam melhores resultados em termos de ganhos em conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico.

A sistematização da ação terapêutica implementada foi um contributo relevante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes com DPOC.

Palavras-chave: gestão do regime terapêutico; DPOC; autocuidado; investigação-ação.

ABSTRACT

COPD is a chronic disease that negatively influences the level of energy available for self-care. Clients with COPD, to monitor disease progression need to develop skills to manage the therapeutic regimen.

With this study, we wanted to contribute to the continuous improvement of quality of care through the development of a therapeutic approach progressively more systematic, taking as its focus the promotion of the management of the therapeutic regimen in clients with COPD.

We used a constructivist research paradigm and a methodology of action-research. For data collection, we used both qualitative and quantitative strategies, with use of comparative and iterative analysis of data. The study took place in inpatient service and outpatient service in a Hospital, and had the participation of 52 nurses. We use strategies that promote participation and internal commitment of nurses, with a view to enabling change.

The AR cycle undertaken, led to changes in the model of care in use, which has evolved from a logical management of signs and symptoms of the disease, to a progressively vision more focused on management of the therapeutic regimen. For this, were built and implemented guidelines for action, which enabled the continuity of care and monitoring of outcomes. In the organization of care, the change allowed the optimization of the sharing information, with the objective of promoting continuity of care. The implemented change allowed, among other aspects, the reorganization of nursing consultation, ensuring greater client accessibility to nursing cares. In the documentation of nursing care, we have seen a significant increase in documentation of data on self-management. Once the change is stabilized, we were able to see an improvement in continuity of care and the increase of valid information documentation, for monitoring the impact of the therapeutic action of nursing on the health status of clients.

The results obtained, show that clients with more appropriate levels of awareness are those that show the best results in terms of gains in knowledge and skills to manage the treatment regimen.

The systematization of the therapeutic action implemented, was an important contribution to the continuous improvement of the quality of nursing care to clients with COPD.

Keywords: self-care management; COPD; self-care; action-research.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BAEM – Breve Avaliação do Estado Mental

Cfr. – Confronte

CHP – HSA – Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António

CID9 MC - Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCE - Documentação dos Cuidados de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Entrevista com Cliente

EEP – Entrevista com Enfermeiro Perito

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FEV₁ – Volume Expiratório Forçado em um Segundo

FiO₂ - *Fraction of Inspired Oxygen*

GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

IA – Investigação-Ação

ICNP - *International Classification for Nursing Practice*

KW - *Kruskal Wallis Test*

Max. - Maximo

Med. – Mediana

Min. – Mínimo

Mod. - Moda

NC – Nota de Campo

NIC – *Nursing Intervention Classification*

NOC – *Nursing Outcome Classification*

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – p -value (probabilidade de significância)

PNS – Plano Nacional de Saúde

R – Reunião de grupo com os enfermeiros n.º...Enfermeiro...n.º

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

r_s – Ró Spearman

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SD - *Standard Deviation* (Desvio Padrão)

SI – Sistema de Informação

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

SMS - *Short Message Service*

SpO₂ - Saturação Periférica da Oxihemoglobina

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

U - *U-Mann-Whitney-Test*

W - *Wilcoxon test*

WHO – *World Health Organization*

X – Média

X² – *Qui-quadrado test*

ÍNDICE

Introdução.....	27
Referências bibliográficas	33
Capítulo 1 – A promoção do autocuidado em clientes com DPOC	35
1.1 – A DPOC no contexto das doenças crónicas: desafios à enfermagem	37
1.2 - O autocuidado como conceito central do estudo.....	46
1.2.1 - A gestão do regime terapêutico na dimensão do autocuidado dos clientes com DPOC	50
1.3 - Justificação do estudo.....	55
1.4 - Referências bibliográficas	57
Capítulo 2 - Enquadramento metodológico.....	67
2.1 - Finalidade do estudo	69
2.2 - Perguntas orientadoras da investigação.....	70
2.3 - Paradigma de investigação	70
2.4 – A Investigação-Ação como opção metodológica	73
2.4.1 – Pressupostos que conduziram o percurso de IA	79
2.4.2 - Contexto do estudo.....	80
2.5 - Desenho do estudo	82
2.6 - Perspetiva ética do estudo	84
2.7 - Técnicas de recolha e análise dos dados	86
2.8 - Referências bibliográficas	86
Capítulo 3 – Identificação das oportunidades de desenvolvimento da prática clínica ...	91
3.1 – No modelo de cuidados em uso.....	99
3.2 – Na organização dos cuidados de enfermagem.....	111
3.3 – Na representação do “fenómeno” no SIE em uso.....	115
3.4 - Referências bibliográficas	123
Capítulo 4 – O percurso da mudança.....	131

4.1 – A mudança no modelo de cuidados em uso	152
4.2 – A mudança na organização dos cuidados de enfermagem	169
4.3 - A mudança na documentação dos cuidados de enfermagem	175
4.4 – Os fatores que influenciaram a mudança.....	176
4.5 - Referências bibliográficas	180
Capítulo 5 – A avaliação da mudança	187
5.1 – O impacte da mudança sobre o modelo de cuidados em uso	192
5.2 – O impacte da mudança sobre a documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros	198
5.3 – O impacte da mudança sobre a organização dos cuidados de enfermagem	205
5.4 – O impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes.....	209
5.4.1 - O estilo de autocuidado dos clientes	215
5.4.2 – A dependência no autocuidado.....	219
5.4.3 - A intolerância à atividade.....	221
5.4.4 - A percepção da autoeficácia para a gestão do regime terapêutico.....	222
5.4.5 – Os episódios de exacerbação da doença.....	228
5.4.6 – O consumo de tabaco.....	229
5.4.7 – A consciencialização para a necessidade de “mudança”.....	236
5.4.8 – O desenvolvimento de esperança	240
5.4.9 – O envolvimento na gestão da condição de saúde	241
5.4.10 – Os conhecimentos para gerir o regime terapêutico	243
5.4.11 – As capacidades para gerir o regime terapêutico	248
5.4.12 – Síntese do impacte da mudança na condição de saúde dos clientes.....	250
5.5 – O impacte da mudança sobre a utilização dos serviços de saúde.....	251
5.6 - Discussão dos resultados do percurso de mudança.....	256
5.7 – As estratégias que sustentaram a mudança e a expansão dos domínios de ação dos enfermeiros	268

5.8 - A promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC	272
5.9 – Contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados	282
5.10 - Referências bibliográficas	285
Bibliografia.....	293
Anexos – Volume em suporte digital apensado à Tese, dela fazendo parte integrante	313

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros envolvidos no estudo através da idade, do tempo de exercício profissional e tempo de serviço (em anos).....	82
Tabela 2 – Domínios da ação de enfermagem representados no SIE em uso em 2009	118
Tabela 3 – Intervenções de enfermagem documentadas no SIE em 2009, organizadas por tipo de ação (CIPE, versão β_2).	118
Tabela 4 - Comparação da representação dos domínios de ação documentados no SIE em uso antes e depois da implementação da mudança (internamento 43 episódios antes e 57 episódios depois da mudança).	201
Tabela 5 - Comparação da representação das intervenções de enfermagem com integridade referencial, para os domínios documentados no SIE em uso antes e depois da implementação da mudança (internamento 43 episódios antes e 57 episódios depois da mudança).	202
Tabela 6 – Distribuição das intervenções de enfermagem no internamento por tipo de ação no ano 2009 e no período de implementação da mudança.....	203
Tabela 7 - Frequências e percentagens das principais variáveis que permitiram caracterizar os 99 casos estudados	211
Tabela 8 - Frequências dos diagnósticos médicos principais agrupados por processos corporais	212
Tabela 9 - Número médio de dias de acompanhamento de enfermagem no internamento, na consulta e no grupo misto	212
Tabela 10 - Categorização do estilo de autocuidado dos clientes que participaram na avaliação 3 meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento	218
Tabela 11 - Caracterização dependência no autocuidado dos clientes avaliados 3 meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento	220
Tabela 12 - Caracterização da intolerância à atividade para as atividades de autocuidado dos clientes avaliados 3 meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento....	222
Tabela 13 – Novas variáveis que resultam dos fatores emergentes da análise fatorial	225
Tabela 14 - Perceção da autoeficácia dos clientes que participaram na avaliação.....	227
Tabela 15 - Frequência dos motivos para faltar à consulta de enfermagem.....	229
Tabela 16 - Valores de correlação de <i>Spearman</i> , entre a taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão da consciencialização da necessidade de	

“mudança” e a intensidade da intervenção de enfermagem	239
Tabela 17 – Comparação do valor médio do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, número episódios de internamentos e dias de internamento, um ano antes e, um ano após a implementação da mudança	254

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O processo cíclico da investigação-ação (adaptado de Susman & Evered, 1978).....	74
Figura 2 - Ciclo de expressão da dualidade da IA, justaposição de “ação e investigação” e da “teoria e prática” (adaptado de Marshall & Mckay, 2002)	76
Figura 3 – A primeira fase da IA, traduzido e adaptado de Marshall & Mckay (2002, p.8).....	77
Figura 4 – Visão global do estudo	83
Figura 5 – Fatores que influenciavam a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC, no contexto estudado	123
Figura 6 – Modelo de uma transição em enfermagem (traduzido e adaptado de Meleis et al., 2000, p. 661).....	148
Figura 7 – Fluxograma de apoio à decisão na 1ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem	160
Figura 8 – Fluxograma de apoio à decisão da 2ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem	161
Figura 9 – Fluxograma de apoio à decisão na 3ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem	162
Figura 10 – Linhas de orientação para o atendimento e triagem das necessidades informacionais pelo telefone	169
Figura 11 - Comparação da evolução da representação das diferentes dimensões na documentação de enfermagem, entre o ano 2009 e o final do período de implementação da mudança na prática clínica (seis meses).....	199
Figura 12 - Avaliação dos resultados do impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes	253
Figura 13 - Fluxograma de apoio à decisão na 1ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem.....	275
Figura 14 – Fluxograma de apoio à decisão da 2ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem.....	276
Figura 15 – Fluxograma de apoio à decisão na 3ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem.....	278

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Painel de dimensões para a avaliação do impacto das linhas de orientação da ação de enfermagem sobre a condição de saúde dos clientes.....	230
Quadro 2 – Domínios de diagnósticos de enfermagem que estiveram na origem das cinco dimensões definidas	232

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão da consciencialização da necessidade de “mudanças”, pelos grupos de acompanhamento	237
Gráfico 2 – Distribuição da taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão do envolvimento na gestão da condição de saúde, pelos grupos de acompanhamento	241
Gráfico 3 – Distribuição da taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos pelos grupos de acompanhamento.	250

Introdução

A tese que aqui apresentamos resulta das dúvidas e inquietações que emergiram ao longo do nosso percurso profissional e académico, sobre a forma de como aumentar o nível de sistematização da ação dos enfermeiros, no domínio da promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

No percurso académico de mestrado em ciências de enfermagem debruçamos a nossa atenção sobre a preparação do regresso a casa, o que nos permitiu apropriar do desafio que uma alteração nas exigências de autocuidado coloca ao cliente e, às pessoas significativas.

No percurso profissional desenvolvemos experiência na implementação de mudanças na prática clínica, através da implementação de sistemas de informação em enfermagem, o que nos permitiu apropriar do desafio que a mudança na prática clínica coloca aos envolvidos.

Deste nosso percurso resultaram ideias, projetos e a intenção de contribuir para a mudança e para uma maior sistematização da ação de enfermagem, que plasmamos neste percurso.

No âmbito da atividade profissional, como professor de enfermagem, emergiu a oportunidade para, a partir de uma parceria estabelecida entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Porto (CHP), desenvolver um percurso de mudança na prática clínica.

No seguimento desta parceria encontramos o espaço, o clima organizacional e as circunstâncias individuais que nos permitiram evoluir para um percurso dirigido ao avanço da qualidade dos cuidados de enfermagem, num serviço de medicina e de consulta externa de medicina interna, locais onde temos dedicado uma parte significativa da nossa atividade profissional.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das doenças crónicas de maior prevalência^{1,2,3}. A DPOC coloca desafios à capacidade do cliente se autocuidar, pela progressiva redução do nível de energia disponível. Exige a adoção de um regime terapêutico para o controlo da sua progressão, o que coloca desafios aos clientes.

Do proposto pelas entidades que a nível internacional^{4,5} e nacional⁶ se ocupam desta problemática, emerge como central para o controlo da progressão da DPOC, o desenvolvimento de competências de autocuidado dos próprios clientes. Deste facto, emerge a centralidade do exposto para a disciplina e para a profissão de enfermagem.

O controlo da progressão da DPOC desafia o cliente a desenvolver um conjunto de competências que pode ser influenciado positiva e decisivamente pela ação profissional dos enfermeiros.

Pelo exposto, desenvolvemos um estudo com a finalidade contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento, no contexto da ação das práticas de enfermagem, de uma abordagem terapêutica progressivamente mais sistematizada, tomando por foco a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Face a esta finalidade, assumimos que a promoção das competências de autocuidado dos clientes com DPOC é uma área decisiva no exercício profissional dos enfermeiros, à escala do contexto onde decorreu o estudo. Por este motivo, identificamos duas perguntas que orientaram e delimitaram este percurso:

- Quais os principais elementos da prática clínica de enfermagem que, à escala do contexto do estudo, podem ser melhorados, de forma a promover as competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC?
- Que mudanças se revelam prioritárias, ao nível das estratégias organizacionais em uso, no contexto do estudo, de forma a promover a ação dos enfermeiros, tendo em vista, a promoção de competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC?

Dada a natureza das questões adotadas, desenvolvemos um percurso iluminados por um paradigma construtivista, baseados no pressuposto ontológico que a realidade a ser estudada é o resultado do entendimento dos investigadores num determinado conjunto de circunstâncias envolventes. Do ponto de vista epistemológico, assumimos que os investigadores estiveram de forma consciente, subjetiva e interativa envolvidos com aquilo que pretendiam conhecer. Do ponto de vista metodológico, recorremos a estratégias de procura e construção do conhecimento baseadas numa dialética de análise comparativa e iterativa dos dados que foram emergindo, fundamentalmente, a partir das perspetivas dos enfermeiros e clientes.

Face à finalidade definida e ao paradigma adotado, a investigação-ação (IA) apresentava-se como a metodologia mais adequada face à natureza da problemática.

A IA, classicamente, caracteriza-se por se centrar num problema, num contexto

específico, ser participativa e envolver intervenção no contexto da mudança, com o objetivo de gerar melhores resultados. É um processo baseado na interação contínua entre a investigação, a ação, a reflexão e a avaliação. Os objetivos da IA podem ser orientados, entre outros para a implementação de uma mudança e para gerar teoria.

Pelo exposto, desenvolvemos um ciclo de justaposição de ação e de investigação orientado pelos princípios de rigor e condução da IA definidos por Marshall & Mckay^{7,8}.

A fase “*warm-up*” permitiu-nos clarificar que a IA continuava a ser a metodologia mais adequada à finalidade a que nos propúnhamos. A partir dos pressupostos paradigmáticos expostos, evoluímos para a delimitação e especificação da natureza da problemática, recorrendo a diferentes fontes de dados (entrevistas com informantes chave: enfermeiros e clientes; observação e análise de conteúdo à documentação de enfermagem). A partir dos resultados produzidos, os enfermeiros delimitaram a problemática em estudo a três eixos fundamentais: o modelo de cuidados em uso; a organização dos cuidados e a documentação do processo de tomada de decisão no SIE em uso.

Delimitada a problemática aos três eixos apresentados, foram identificadas as principais oportunidades de mudança, motivo pelo qual evoluímos para a segunda fase da IA.

A segunda fase da IA teve por objetivo definir a estratégia de ação e o seu planeamento, de acordo com as necessidades da investigação. Na segunda fase da IA planeamos a mudança e a resposta às questões de investigação, a partir dos três eixos fundamentais da problemática identificada. A mudança planeada alicerçou-se no desenvolvimento do conhecimento e das competências dos enfermeiros no domínio em estudo e no desenvolvimento de linhas de orientação da ação. A mudança planeada contemplou, ainda, a intervenção sob a organização dos cuidados e a documentação de enfermagem.

No planeamento e, posteriormente, na implementação da mudança utilizamos o modelo II de Argyris & Schon⁹ como meio para gerir a mudança, recorrendo a estratégias orientadas para a reflexão, enquanto elemento estruturador dos momentos de formação/reflexão e de implementação da mudança na prática clínica. As estratégias adotadas foram também dirigidas, para a promoção da aceitação do desafio, por parte dos enfermeiros, para falarem sobre o que faziam, o que implicou, necessariamente, a análise e reflexão na “ação e sobre a ação”. Por último, as estratégias foram orientadas

para a mudança, através da reflexão profunda sobre as práticas.

Na terceira fase da IA procedemos à implementação das linhas de orientação da ação dos enfermeiros no internamento e na consulta externa de enfermagem. Viabilizando a mudança no modelo de cuidados em uso, na organização dos cuidados e, na documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros no SIE em uso.

A quarta fase da IA teve por objetivo avaliar o impacto da mudança sobre as oportunidades identificadas e, avaliar o efeito da intervenção nas questões de investigação. Relativamente à avaliação do impacto da mudança, centrámo-nos nos três eixos fundamentais que enformavam a problemática identificada. Nesta fase, avaliamos, ainda, o impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes e sobre a sua utilização dos serviços de saúde, procedendo à identificação do adquirido.

O documento que apresentamos está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos e clarificamos o desafio da promoção do autocuidado nos clientes com DPOC, seguido da definição do conceito central do estudo, o autocuidado. No final deste primeiro capítulo, delimitamos a problemática que justificou o desenvolvimento deste percurso.

No segundo capítulo apresentamos as opções metodológicas que adotamos para a concretização do estudo. Começamos por descrever a finalidade do estudo, seguido das perguntas que o orientaram, do paradigma adotado e das estratégias utilizadas. De seguida evoluímos para a descrição do contexto, do desenho e das questões éticas do estudo.

No terceiro capítulo apresentamos e descrevemos a realidade do contexto do estudo, identificando a problemática, caracterizando-a e delimitando-a.

No quarto capítulo apresentamos o planeamento e a implementação da mudança, sobre os três eixos fundamentais da problemática, entretanto definida.

No quinto capítulo procedemos à avaliação do impacto do percurso de mudança sobre os três eixos fundamentais da problemática identificada. Neste capítulo, e como não poderia deixar de ser face à natureza prática da disciplina, avaliamos o impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes e o efeito sobre a sua utilização dos serviços de saúde.

No final do quinto capítulo apresentamos a estratégia para a promoção da gestão do

regime terapêutico que resulta deste percurso, evidenciando os contributos deste percurso para a sistematização da prática clínica e para disciplina. Terminamos este capítulo com a apresentação de alguns contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Apresentadas as motivações e as intenções que orientaram o percurso que desenvolvemos e a organização desta tese, evoluímos para a apresentação dos aspetos centrais que orientaram a problematização que alicerçou o percurso desenvolvido.

Referências bibliográficas

¹OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias, a sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão. 2012.

²BÁRBARA, C.F. et al. A prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *REV PORT PNEUMOL*, 19 (3) (2013), p.96-105.

³WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. World Health Organization. 2008; Switzerland. p. 30.

⁴GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2013

⁵WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global surveillance, prevention and control of CHRONIC RESPIRATORY DISEASES- A comprehensive approach*. World Health Organization. 2007.

⁶PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342.

⁷MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf

⁸MCKAY, J.; MARSHALL, P. - 2 x 6 = 12, or Does It Equal Action Research? Paper presented at the Australasian Conference on Information Systems (ACIS 1999),

Wellington; New Zealand. December; 1999

⁹ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*.

Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

Capítulo 1 – A promoção do autocuidado em clientes com DPOC

Neste primeiro capítulo apresentamos e clarificamos os aspetos teóricos centrais que iluminaram o trajeto que desenvolvemos. Começamos este capítulo pela contextualização do aumento da prevalência da DPOC no âmbito das doenças crónicas, seguido da apresentação das estratégias desenvolvidas para otimizar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde face a estes desafios, dando especial ênfase, às estratégias centradas na ação de enfermagem. Posteriormente, evoluímos para a apresentação e clarificação do conceito central do estudo - o autocuidado, seguido da definição do conceito de gestão do regime terapêutico. Terminamos este capítulo com uma síntese da problemática que esteve na origem deste estudo.

1.1 – A DPOC no contexto das doenças crónicas: desafios à enfermagem

O desenvolvimento das tecnologias disponíveis para o diagnóstico, para o tratamento e/ou controlo da progressão das doenças conduziram ao aumento da esperança média de vida, ao envelhecimento da população e, ao aumento da prevalência das condições de saúde crónicas em Portugal^{10,11,12}. O aumento da prevalência das doenças crónicas desafia a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Este facto, associado à atual conjuntura económica, torna emergente a adoção de medidas estratégicas que permitam assegurar a continuidade, a qualidade e o custo-efetividade dos cuidados.

A inevitabilidade da reestruturação e redimensionamento do sistema de saúde implica o desenvolvimento de novas soluções ao nível político; organizacional; estrutural e de avaliação. A necessidade de desenvolver e implementar novas soluções é uma oportunidade para aprofundar o contributo dado pelo conhecimento dos diferentes domínios disciplinares e profissionais. A investigação em saúde emerge como uma das estratégias para desenvolver abordagens criativas e inovadoras, que contribuam para a saúde e para o bem-estar das populações.

Uma das estratégias que pode concorrer para a otimização dos recursos do sistema de saúde baseia-se, na promoção da capacidade do cliente com doença crónica para gerir a sua condição de saúde. Esta abordagem implica que o cliente assuma um papel mais ativo na gestão da condição de saúde, através do desenvolvimento de competências para tomar decisões relacionadas com a saúde. Quer isto dizer, que um dos eixos essenciais da promoção da saúde das populações passa pela promoção do autocuidado.

Autocuidado, que definimos como *“uma atividade aprendida pelos indivíduos,*

orientada para um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar”¹³.

Para ajudar os clientes a melhorarem as suas competências para tomarem decisões relacionadas com a gestão da condição de saúde, os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, necessitam de mais e melhores níveis de evidência em diferentes domínios do conhecimento. Evidência, que os ajude a dar maior sistematização à sua ação.

Nesta discussão não podemos descurar aqueles clientes que não são elegíveis para o desafio de assumir um papel mais ativo na gestão da sua condição de saúde (clientes com diminuição das competências cognitivas; elevada dependência no autocuidado; alterações da volição; alteração dos processos de pensamento;...). Para estes, é necessário disponibilizar soluções que assegurem a efetiva continuidade de cuidados e uma adequada gestão das suas condições.

Os clientes que podem ser desafiados a gerir a sua condição de saúde necessitam de desenvolver um repertório de recursos internos baseados em conhecimentos e capacidades instrumentais, que podem funcionar como condicionalismos pessoais positivos para o desenvolvimento da gestão eficaz da condição de saúde. Este repertório de recursos internos, quando associado a uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano, pode agregar confiança e sustentar, ao longo do tempo, o autocuidado efetivo. O desenvolvimento deste repertório de recursos internos é indissociável da natureza dos recursos externos que rodeiam cada cliente.

O Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2010)¹⁴, preconizava a melhoria no acesso à informação pelos doentes crónicos, de forma a melhorar a gestão da condição de saúde, dando especial atenção às situações de maior vulnerabilidade. Neste contexto, realçamos que a mera disponibilização de informação pode não ser o único aspeto a considerar. Aspetos como a literacia, a literacia em saúde e a literacia tecnológica condicionam o acesso e a utilização da informação em saúde, pelos clientes.

Salienta-se que, a informação não é o único elemento envolvido no desenvolvimento de competências para gerir a condição de saúde. Neste particular, a atitude face ao autocuidado, a perceção do suporte profissional e familiar, o desenvolvimento de uma

consciencialização facilitadora da necessidade de “mudanças”, o envolvimento na gestão da condição de saúde, a esperança e o desenvolvimento da perceção da autoeficácia assumem-se, como determinantes para o desenvolvimento das competências para gerir a condição de saúde.

O desenvolvimento de competências do cliente para gerir com mestria a condição de saúde, é um aspeto fundamental para o autocontrolo da progressão da doença crónica¹⁵. A doença crónica, pelo seu carácter permanente e pelas mudanças irreversíveis na condição dos clientes, desafia os clientes a desenvolverem conhecimentos e capacidades para gerirem a doença e o regime de tratamento, com o objetivo de controlarem a sua evolução, preservando a autonomia¹⁶.

As doenças crónicas, frequentemente, são progressivas e o seu controlo é um desafio aos clientes e aos profissionais de saúde. O desafio percebido pelos clientes pode ser interpretado à luz de Meleis e colaboradoras (2000)¹⁷, como transições com relevância para a enfermagem.

Em Portugal, cerca de 25,8% da população residente em 2005-2006, tinha uma doença crónica com confirmação médica e 3,2% apresentava a associação de cinco ou mais doenças crónicas¹⁸. O aumento da prevalência das doenças crónicas é uma consequência já observada e previsível nos países desenvolvidos. Este facto tem sido alvo da atenção multiprofissional e multidisciplinar, pelo que, temos assistido ao emergir de políticas e estratégias que visam dar resposta a esta problemática.

As estratégias em saúde que visam a resposta a esta problemática remontam ao início da década de 70, com o aparecimento das primeiras referências à preparação da alta hospitalar. Este conceito evoluiu até à atualidade para a preparação do regresso a casa¹⁹, com o objetivo de traduzir uma maior sistematização à ação de enfermagem. Ao utilizamos o termo “sistematização”, referimo-nos a uma estratégia de melhoria da qualidade da ação de enfermagem, centrada na intenção de agregar maior proficiência e sistemática a áreas tidas como definidoras do “core” da disciplina e da profissão²⁰. Esta estratégia exige a incorporação nas práticas clínicas da melhor evidência, bem como abordagens criativas capazes de produzir os melhores resultados²¹.

O conceito de preparação do regresso a casa emerge, como uma evolução do conceito de preparação da alta hospitalar. Este conceito associa à preparação administrativa e clínica (médica) da alta hospitalar, o desenvolvimento do repertório de recursos internos

e externos do cliente e/ou do membro da família prestador de cuidados, para assegurar a continuidade dos cuidados e a otimização da qualidade de vida²².

A implementação de um processo de preparação do regresso a casa possibilita maior satisfação dos clientes²³; diminuição do tempo de internamento^{24,25,26}; diminuição dos custos com o internamento^{27,28}; diminuição do número de reinternamentos^{29,30,31,32,33}; e um aumento da perceção dos clientes e familiares cuidadores sobre as competências de autocuidado³⁴. Permite ainda, diminuir a duplicação e a omissão de intervenções na preparação da alta hospitalar³⁵, influenciando positivamente a qualidade de vida dos clientes e das pessoas significativas^{36,37,38}.

No âmbito da preparação do regresso a casa, a literatura evidencia que o domínio da gestão do regime terapêutico é um dos que apresenta maiores oportunidades para o desenvolvimento da ação de enfermagem^{39,40,41,42,43,44,45,46}.

A partir da década de 80, assistimos ao desenvolvimento e implementação de estratégias de gestão de casos⁴⁷ em enfermagem. Esta estratégia tem assumido especial relevância por contribuir para: o aumento da qualidade dos cuidados; a preparação efetiva dos serviços para a população que os utiliza; a redução do tempo de internamento; o aumento da eficiência da utilização dos recursos de saúde e, para o aumento da efetividade dos resultados⁴⁸.

A preparação do regresso a casa e a gestão de casos são estratégias que têm sido implementadas pelos enfermeiros em clientes com doença crónica, sujeitos a regimes terapêuticos complexos.

Nesta tese assumimos o conceito de regime terapêutico complexo⁴⁹ como um programa de tratamento da doença que coloca desafios aos clientes na sua integração com fluência e mestria no quotidiano. Este programa de tratamento engloba componentes farmacológicas e não farmacológicas, que podem coexistir e que têm por objetivo, o tratamento ou a prevenção da doença e a manutenção ou recuperação da autonomia nas atividades de autocuidado.

Os desafios que os clientes com doença crónica e com regimes terapêuticos complexos enfrentam no quotidiano expõem-nos, à vulnerabilidade. Esta possibilidade torna-os mais suscetíveis à progressão da doença e à conseqüente degradação da condição de saúde. Com o provável aumento do consumo de recursos dos cuidados de saúde.

A complexidade do regime terapêutico tem sido alvo da atenção multidisciplinar e multiprofissional e é reconhecida como um fator concorrente para a sua gestão ineficaz^{50,51}. A evidência aponta como recomendação para os prescritores, a redução da complexidade da terapêutica farmacológica prescrita. Esta recomendação tem sido acompanhada pelo crescente esforço da indústria farmacêutica para desenvolver novas apresentações e combinações de fármacos, que facilitem a sua utilização. Este esforço da indústria farmacêutica tem contribuído para a redução do número de tomas necessárias, para a redução dos efeitos secundários e, para a disponibilização de apresentações mais amigáveis para os utilizadores.

Uma variedade de definições sobre a complexidade da farmacoterapia pode ser encontrada na literatura, baseadas no número de diferentes fármacos em utilização; no número de unidades por dose a administrar; no número total de doses diárias e nos cuidados inerentes à autoadministração^{52,53,54}. Nestas definições, emergem como fatores de maior vulnerabilidade, a idade avançada e o número de fármacos em utilização, por parte dos clientes.

Os desafios colocados aos clientes pelos regimes terapêuticos e a perceção da sua complexidade são mediados pelos recursos internos percebidos (competências cognitivas; literacia; acuidade visual; competências instrumentais; suporte percebido;...) e pelos recursos externos (acesso e disponibilidade aos serviços de saúde). Os recursos percebidos para lidar com regimes terapêuticos complexos não podem ser dissociados da força de vontade, da esperança, das crenças e das experiências prévias pessoais ou de pessoas significativas com tratamentos de saúde, bem como da atitude face às propostas terapêuticas disponibilizadas.

Outro fator que influencia a complexidade percebida é a perceção da dimensão da mudança que é necessário implementar no quotidiano, para incorporar o tratamento e atingir os objetivos de saúde desejados. Todos estes factos estão para além do número de fármacos que o regime terapêutico engloba ou a complexidade instrumental percebida na sua utilização.

A complexidade dos regimes terapêuticos é um dos fatores que pode concorrer para o insucesso no desenvolvimento da capacidade de gerir com eficácia a condição de saúde, o que pode ter repercussões negativas na qualidade de vida e no nível de saúde.

Nos países desenvolvidos, estima-se que o grau de adesão às terapêuticas crónicas seja apenas de 50%⁵⁵. Este facto pode ser utilizado como um preditor do custo efetividade dos programas de tratamento. Contudo, devemos ter especial prudência na análise deste valor, dado que, este se refere a um indicador ou a um resultado que pode ser consequência de uma gestão ineficaz do regime de terapêutico.

As mais recentes estimativas indicam que a prevalência das doenças crónicas continue a aumentar até 2020. Os custos que lhes estão associados representam, atualmente, cerca de 65% das despesas totais em saúde, no mundo. A partir destes dados, resulta claro que a otimização da capacidade para gerir o regime terapêutico, pode ter um impacto positivo nos resultados em saúde dos clientes e nos sistemas de saúde. Dado o potencial de otimização do custo-efetividade dos tratamentos⁵⁶.

Pelo exposto, na década de 80 emergiu o conceito de gestão integrada da doença. Este conceito surgiu como uma estratégia para reduzir os custos em saúde e melhorar os resultados dos clientes. Atualmente é definido pela Associação Americana de Gestão da Doença (*Disease Management Association of America*) como “*um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, com condições nas quais os esforços de autocuidado são significativos*”⁵⁷. A gestão integrada da doença fundamenta-se na otimização da coordenação dos cuidados de saúde entre diferentes contextos e diferentes profissionais. Esta estratégia baseia-se na disponibilização da melhor evidência para a decisão clínica e na prevenção de exacerbações da condição de saúde. A avaliação desta estratégia centra-se nos resultados clínicos, humanísticos e económicos, que resultam da otimização dos fluxos de informação em saúde e da capacitação dos clientes para o autocontrolo da condição de saúde⁵⁸. Esta estratégia tem no essencial os mesmos propósitos da “gestão de casos”. A capacitação dos clientes, tal como a Associação Americana de Gestão da Doença aponta, assenta no conceito de autocuidado, conceito este que se insere no domínio^{59,60} disciplinar de enfermagem.

No contexto das doenças crónicas, com regimes terapêuticos complexos que colocam desafios à capacidade dos clientes assegurarem o autocuidado, a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) é uma das mais prevalentes no mundo e em Portugal.

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e tem uma elevada mortalidade. Sendo previsível o aumento da sua prevalência nas próximas décadas⁶¹. Os dados disponíveis em Portugal, apontam para uma prevalência

de 14,2%^{62,63} na população com mais de 40 anos. A WHO (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*) prevê que a DPOC passe de quarta causa de morte na atualidade para terceira em 2030⁶⁴. Em Portugal, no ano 2009, a DPOC foi a quinta causa de morte mais frequente.

Face à evolução epidemiológica da doença e às suas repercussões sobre as populações, a OMS adotou medidas estratégicas que visavam o controlo do impacto e da progressão da doença. Estas medidas visavam o desenvolvimento de uma resposta integrada e coordenada a nível mundial, e foram viabilizadas pela criação da GOLD (*GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE*)⁶⁵.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010⁶⁶ preconizava a elaboração de um programa nacional de prevenção e controlo da DPOC, que foi publicado em 2005. Este programa baseia-se em princípios orientadores como: a definição da doença; o diagnóstico; a classificação da gravidade; o controlo do tabagismo; a melhoria no diagnóstico; a melhoria no acompanhamento do cliente; a melhoria do controlo do cliente; a melhoria no acesso à reabilitação; a melhoria no acesso a oxigenoterapia de longa duração (OLD); e na reestruturação da rede de cuidados disponibilizada ao cliente com DPOC.

Neste programa estavam definidos objetivos gerais como: inverter a tendência do crescimento da prevalência da DPOC; melhorar o estado de saúde e a funcionalidade do cliente. E objetivos específicos como: reduzir os episódios de internamento hospitalar por DPOC; reduzir o recurso à urgência hospitalar por agudização ou complicações da DPOC; racionalizar a prescrição e consumo dos meios terapêuticos a utilizar; contrariar a tendência evolutiva da DPOC, nos diversos graus da doença e reduzir a mortalidade por DPOC. Este programa tem continuidade no PNS 2012-2016 e no Plano Nacional para as doenças respiratórias.

Os dados mais recentes indicam que a mortalidade por DPOC foi de 7% em 2010, e que os internamentos entre 2009 e 2010 diminuíram 9%⁶⁷. Estes factos verificaram-se na faixa etária entre os 41-79 anos e aumentaram acima dos 80 anos. Estes dados apontam-nos para uma maior vulnerabilidade dos clientes mais idosos.

O PNS 2012-2016⁶⁸ aponta como meta a redução de 29,4 para 17,9 (/100 000 habitantes) na taxa padronizada de internamentos sensíveis aos cuidados de ambulatório. O objetivo da diminuição do número de episódios de internamentos

hospitalares pressupõe a redução das causas subjacentes a esses internamentos. As principais causas de internamento hospitalar dos clientes com DPOC estão associadas às exacerbações da doença e à descompensação das comorbilidades associadas. Estas causas de internamento exigem tratamentos farmacológicos, tecnologias de monitorização e intervenção de profissionais de saúde, que não estão acessíveis noutro contexto dos cuidados. Estes internamentos podem resultar de uma gestão ineficaz do regime terapêutico, associada à incapacidade dos clientes sozinhos, desenvolverem um reportório de recursos que viabilize o autocontrolo da doença.

A diminuição do número de internamentos pode ser conseguida através da evicção e do controlo precoce das exacerbações e do controlo das comorbilidades associadas. Esta estratégia pressupõe um aumento da intensidade da ação dos profissionais de saúde, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível dos cuidados de saúde diferenciados. Este desafio implica a reestruturação da capacidade de resposta instalada e o desenvolvimento de estratégias de ação centradas no cliente. Estratégias que sejam efetivamente multidisciplinares, multiprofissionais e multicontextuais. A definição e a implementação destas estratégias implicam ainda, a otimização dos fluxos de informação entre profissionais e entre contextos dos cuidados.

Neste contexto da promoção da capacidade dos clientes para gerirem a sua condição de saúde, o enfermeiro pode adotar um papel central na gestão e coordenação dos cuidados. O desafio que se coloca à profissão é o de encontrar as soluções que nos contextos melhor se adequem às necessidades dos clientes com DPOC. Estas soluções implicam o desenvolvimento de linhas de orientação da ação, que nos diferentes ambientes de cuidados sejam integráveis em programas multidisciplinares e multiprofissionais, direcionados para a promoção da capacidade dos clientes autogerirem a condição de saúde.

As alterações fisiopatológicas decorrentes da evolução da DPOC têm grandes repercussões sobre os processos corporais (Cfr. ICN, 2011), nomeadamente respiratório, cardíaco e musculoesquelético. Estas alterações conduzem a uma redução progressiva da energia disponível, para a implementação das atividades de autocuidado, exigindo do cliente, o desenvolvimento de estratégias adaptativas que lhe permitam gerir a energia disponível de forma a otimizar a autonomia no autocuidado. As alterações percebidas pelo cliente, ao longo da evolução da doença, podem constituir-se como “eventos críticos”⁶⁹ que podem funcionar como elementos “chave” para o desenvolvimento da

perceção da necessidade de implementar mudanças duradouras no quotidiano.

Os clientes com DPOC, frequentemente atribuem maior relevância à sintomatologia quando esta já não pode ser “ignorada” nas atividades associadas aos requisitos universais de autocuidado (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ...). Os baixos níveis de energia disponíveis em fases avançadas da doença e os compromissos da autonomia são determinantes para a perceção da necessidade de adotar medidas que permitam controlar a progressão da doença.

Os clientes que desenvolvem uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano, por via da perceção do compromisso dos processos corporais decorrentes de estádios avançados da DPOC, encontram maiores desafios à preservação da autonomia no autocuidado. Face ao exposto, importará ajudar os clientes a desenvolverem, numa lógica antecipatória (antes da instalação de compromissos significativos nos processos corporais), uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano. Mudanças dirigidas ao desenvolvimento de autocontrolo da condição de saúde, e à preservação da autonomia no autocuidado.

As respostas cognitivas, comportamentais e emocionais a desenvolver pelos clientes face a estes desafios, podem ultrapassar a sua capacidade de resposta num dado momento. Motivo pelo qual, emerge a oportunidade para que os enfermeiros se tornem mais significativos para estes clientes, através da ajuda à integração fluida e com mestria das mudanças no quotidiano, promovendo a preservação da autonomia no autocuidado e a autogestão da condição de saúde. Desenvolver respostas com maior proficiência neste domínio é o desafio que se coloca à enfermagem enquanto disciplina e profissão.

A partir do exposto e do proposto pelas entidades que a nível internacional^{70,71} e nacional⁷² se ocupam desta problemática, emerge como central para o controlo da progressão da doença, o desenvolvimento de competências de autocuidado dos clientes.

O autocuidado não é uma “ideia” ou conceito novo. Desde o início da humanidade que as pessoas desenvolvem e implementam comportamentos para se adaptarem aos desafios que se colocam à gestão da sua condição de saúde.

Várias disciplinas da área da saúde têm debruçado a sua atenção sobre este conceito, influenciadas pelos seus princípios filosóficos e fundacionais. Na área da saúde, este conceito esteve relegado para um segundo plano, pela proliferação de diferentes

contributos técnicos e científicos, que permitiram às diferentes disciplinas, e aos seus profissionais, desenvolverem “controlo” sobre as doenças. Esta focalização sobre o “controlo” das doenças possibilitou o aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento das populações. O envelhecimento das populações e o aumento da prevalência das doenças crónicas estiveram na origem da emergência do conceito de autocuidado como elemento fundamental para o controlo da progressão das doenças crónicas e, para a otimização dos recursos dos sistemas de saúde.

O envelhecimento das populações e a generalização da disponibilização e utilização das tecnologias da informação e comunicação possibilitaram a generalização do acesso à informação em saúde. A democratização do acesso à informação tem sido influenciada positivamente pela melhoria da literacia e da literacia em saúde. O aumento da capacidade dos clientes para utilizarem a informação em saúde com finalidade terapêutica é um fator facilitador da autoresponsabilização e do desenvolvimento de competências para o autocuidado.

Relativamente ao autocuidado, diferentes definições têm sido propostas por várias disciplinas⁷³. A partir destas definições não pode ser definido um conceito “*Gold standard*”, contudo quatro aspetos emergem como comuns e unânimes^{74,75}:

- O autocuidado é um conceito influenciado pela cultura e pela situação do cliente;
- Envolve a capacidade do cliente agir e tomar decisões;
- É influenciado pelo conhecimento, pelas capacidades, pelos valores, pelo locus de controlo e pela eficácia;
- Focaliza-se nos aspetos de saúde que estão sob o controlo individual do cliente.

Dos factos expostos, emerge a centralidade do conceito de autocuidado para a disciplina e para a profissão de enfermagem.

1.2 - O autocuidado como conceito central do estudo

Ao longo da sua existência, os enfermeiros preocuparam-se em descrever, explicar, prever, e em prescrever cuidados de enfermagem para áreas tidas como o “*core*” da profissão e da disciplina. Motivo pelo qual algumas teorias foram desenvolvidas e alvo da atenção da profissão e da disciplina. Destas para efeito desta tese, realçamos a teoria geral do défice de autocuidado de DOROTHEA OREM (1993).

Para a autora, o autocuidado não é uma ação inata, antes é adquirida e apreendida pelo cliente no seu contexto sociocultural, ao longo do seu desenvolvimento. Tem como finalidade manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento humano, a partir da ação do próprio ou, na sua incapacidade total ou parcial, por outros. Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem têm por objetivo, ajudar o cliente a ultrapassar as suas limitações parciais ou totais no autocuidado^{76,77}.

Orem assume como premissa básica desta teoria a crença de que o funcionamento, a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar são desenvolvidos pelo cliente e, este pode beneficiar dos cuidados de enfermagem quando apresentar déficit para o autocuidado.

Esta teoria é composta por três teorias interrelacionadas: a do autocuidado; a do déficit de autocuidado e a dos sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado define o objetivo, os métodos e os resultados da ação do cliente no autocuidado. A teoria do déficit do autocuidado estabelece as condições sob as quais um cliente pode beneficiar dos cuidados de enfermagem. A teoria dos sistemas de enfermagem é a teoria que unifica as restantes e inclui todos os seus elementos essenciais⁷⁸.

A teoria do autocuidado baseia-se na premissa que o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações para o próprio benefício. Ações dirigidas ao controlo de fatores internos e/ou externos, e que têm por finalidade, preservar a vida e a saúde.

Na teoria do autocuidado, a prática das atividades de autocuidado está associada a três categorias de requisitos fundamentais: os universais (associados a processos de vida e ao bem-estar); os de desenvolvimento (relacionados com os diferentes estados que o ser humano atravessa: infância; adolescência; idade adulta...); e os dos desvios em saúde (relacionados com as doenças, a genética e os defeitos constitucionais).

A teoria do déficit de autocuidado tem por premissa básica a existência de um desequilíbrio entre a capacidade do cliente se autocuidar, num dado momento, e a necessidade terapêutica de autocuidado com que é confrontado. Este desequilíbrio é denominado por déficit⁷⁹. O conceito de déficit reportado é abstrato, mas permite definir o papel desempenhado pelo cliente no autocuidado e a necessidade de ajuda que apresenta, num dado momento.

Esta teoria assume especial relevância por permitir vislumbrar a necessidade da existência da enfermagem, enquanto profissão e disciplina.

Nesta teoria são definidos cinco métodos de ajuda sob os quais os enfermeiros desenvolvem a sua ação: agir ou fazer pelo cliente; guiar ou orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal e ensinar o cliente.

A teoria dos sistemas de enfermagem tem por finalidade descrever e explicar as condições a partir das quais são disponibilizados os cuidados de enfermagem.

Os sistemas a que a teoria se reporta revelam, a atividade intencional desenvolvida pelos enfermeiros para dar resposta às necessidades de cuidados que os clientes apresentam num dado momento. A atividade intencional dos enfermeiros pode e deve ser coordenada com as ações de autocuidado desenvolvidas pelos clientes, para que as necessidades de cuidados possam ser conhecidas e satisfeitas.

A forma como o cliente e o enfermeiro se relacionam face a um défice de autocuidado, e a forma como este tenderá a ser compensado, definem o sistema de enfermagem a utilizar.

Nesta teoria são definidos três sistemas, podendo estes estar presentes, ou não, num só cliente, em diferentes momentos do tempo ou em diferentes domínios do autocuidado:

- *Sistema totalmente compensatório*: condição de défice do cliente em que se torna necessário que o enfermeiro o substitua na ação de autocuidado;
- *Sistema parcialmente compensatório*: condição de défice onde o cliente mantém a capacidade de assegurar algumas ações de autocuidado, embora necessite que o enfermeiro o complemente com outras ações de autocuidado;
- *Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento*: neste sistema o cliente mantém a capacidade preservada de desempenhar todas as ações de autocuidado mas necessita da ajuda e da supervisão do enfermeiro para otimizar a ação de autocuidado.

A DPOC pela forma insidiosa da sua progressão tem efeitos locais e sistémicos que influenciam negativamente a energia disponível para o cliente concretizar as atividades de autocuidado. A redução da energia disponível para concretizar as ações de autocuidado pode gerar um défice de autocuidado. Défice que pode ser compensado pela ação dos enfermeiros. A ação dos enfermeiros pode recorrer a diferentes métodos de ajuda para satisfazer as necessidades de autocuidado dos clientes com DPOC.

Os clientes com DPOC confrontam-se com a doença de uma forma gradual, começando por sentir falta de energia para as atividades quotidianas que exigem maior dispêndio de energia (ex.: andar em planos inclinados). Com a progressão da doença, a falta de energia vai progredindo para as atividades de autocuidado que exigiam menor consumo de energia (tomar banho; alimentar-se;...) culminado, em situações de completa falta de energia ou “intolerância à atividade”. Nesta situação, emergem as manifestações de dispneia em repouso e a incapacidade total para o desempenho autónomo das atividades de autocuidado. Em síntese, os défices no autocuidado vivenciados ao longo da evolução da DPOC são progressivos e exigem o recurso a diferentes métodos de ajuda dos enfermeiros para os compensar.

A progressão da DPOC, à luz dos requisitos fundamentais da teoria do autocuidado, pode ser concetualizada como um desvio em saúde. Este desvio apela à necessidade de integrar no quotidiano, quer a redução da energia para a consecução das atividades de autocuidado, quer um regime terapêutico para o controlo da progressão da doença.

O controlo da progressão da doença assenta na integração com mestria de um regime terapêutico no quotidiano. Este regime terapêutico caracteriza-se por englobar um regime farmacológico e um regime não farmacológico. O regime não farmacológico engloba atividades direcionadas para o controlo da progressão da doença e, para a preservação da autonomia no autocuidado.

A identificação e reação aos fatores que concorrem para a deterioração da condição de saúde (DPOC) implicam, o desenvolvimento e integração nas atividades quotidianas de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais que permitam, manter a doença controlada e preservar a autonomia no autocuidado.

Os enfermeiros, pelo seu mandato social⁸⁰, podem tornar-se significativos na ajuda aos clientes na preservação da autonomia no autocuidado. Para a sua concretização podem recorrer a estratégias de facilitação da aprendizagem, adequando-as às características dos clientes e dos contextos da ação.

Os clientes com DPOC, ao longo da vivência da progressão da doença, são desafiados a desenvolverem competências no domínio do autocuidado, que lhes assegurem a qualidade de vida e o bem-estar. Estes desafios colocam-se em domínios como o cuidar da higiene, vestir, despir, alimentar-se, andar, papel recreativo e gestão do regime terapêutico, e variam em função do nível de energia disponível, em cada fase da doença.

Neste capítulo já abordamos a problemática do envelhecimento da população, do aumento da prevalência das condições de saúde crônicas (DPOC em particular), e das respostas preconizadas, desenvolvidas e implementadas. Estas respostas têm por objetivo promover a responsabilização dos clientes para a autogestão da condição de saúde, através da promoção do seu envolvimento, da sua participação na decisão e do seu contributo para o desenvolvimento de competências de autocuidado.

Nesta tese conceptualizamos o autocuidado simultaneamente como um processo intrínseco ao desenvolvimento do cliente e como apreendido face a situações saúde-doença. O autocuidado é uma atividade executada pelo cliente e, enquanto processo intencional⁸¹, tem por finalidade a promoção da vida, da saúde e do bem-estar. Nesta perspetiva, enquanto processo intrínseco ao cliente, o autocuidado direciona-se para a resposta às três categorias de requisitos do autocuidado, podendo necessitar do suporte da ação do enfermeiro. O autocuidado, enquanto processo apreendido e intencional, direciona-se para a incorporação de comportamentos de procura da saúde no quotidiano, nos quais englobamos a incorporação da gestão eficaz do regime terapêutico.

Neste contexto, do conceito de autocuidado evoluímos, agora, para a exposição e definição do conceito de gestão do regime terapêutico que utilizamos nesta tese, e que emerge como parte integrante do conceito de autocuidado, enquanto processo adquirido, intencional e dirigido para responder aos desvios em saúde colocados pela DPOC.

1.2.1 - A gestão do regime terapêutico na dimensão do autocuidado dos clientes com DPOC

Nas últimas quatro décadas o conceito de “*Self management*” tem sido alvo de várias considerações científicas⁸², Thomas Creer e colaboradores⁸³ foram dos primeiros autores a utilizar e a estudar o conceito. Contudo, atualmente ainda não existe um “*Gold standard*”^{84,85} para a definição do conceito. O conceito de gestão do regime terapêutico é unanimemente aceite como um fenómeno multidimensional e complexo. Este conceito está associado a clientes e membros da família prestadores de cuidados ao longo de todo o ciclo vital⁸⁶. Inclui condições específicas de risco, fatores protetivos, componentes do ambiente físico e social e características únicas de cada cliente.

Este conceito direciona-se para o processo de promoção do conhecimento e da melhoria das competências de autorregulação e facilitação da interação social. Envolve uma grande variedade de resultados a curto, médio e longo prazo⁸⁷. Este conceito procura

captar a complexidade de viver com uma ou várias condições de saúde crónicas, implicando a necessidade de desenvolver competências para as gerir no dia-a-dia^{88,89}, razão pela qual pode ser incluído no âmbito do autocuidado.

Historicamente, este conceito tem sido utilizado como processo, programa e ou resultado⁹⁰. Atualmente, continua a persistir alguma confusão na sua utilização, em função dos contextos e do foco da discussão, nomeadamente com os conceitos de “*self management education*”, “*patient education*”, “*empowerment*” e “*enablement*”^{91,92}.

Nesta tese utilizamos o conceito de gestão do regime terapêutico como sinónimo da tradução livre de “*self management*” (autogestão). Esta opção insere-se numa lógica de adequação linguística e cultural do termo, dada a sua tradição de utilização na disciplina em Portugal, que decorre da taxonomia em uso na documentação dos cuidados de enfermagem na última década.

Nesta tese definimos gestão do regime terapêutico como um processo dinâmico e contínuo de autorregulação, que é inerente ao autocuidado, numa condição de saúde crónica. Centra-se na promoção da capacidade do cliente autocontrolar os sintomas, o regime de tratamento, as consequências físicas, emocionais e sociais da doença. Este conceito aponta para a implementação de mudanças comportamentais no quotidiano. A gestão eficaz do regime terapêutico envolve a capacidade de automonitorizar a condição de saúde, viabilizando, desta forma, a implementação de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias à preservação da autonomia e da qualidade de vida^{93,94,95}.

Realçamos que este conceito apela ao envolvimento do cliente no desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, na definição do regime terapêutico, e na definição dos resultados a atingir. Tendo por objetivo a capacitação do cliente para a autogestão do impacte que a condição de saúde crónica tem no seu quotidiano.

A gestão do regime terapêutico enquanto dimensão do autocuidado, deriva do conceito de “*self management*” e tem por objetivo, o desenvolvimento de competências, resultantes da aprendizagem e do treino para lidar com a doença crónica. Podendo assumir dois polos distintos num *continuum* entre, a completa autossatisfação das necessidades de autocuidado pelo cliente ou, a completa dependência do profissional de saúde; neste caso o enfermeiro.

Neste sentido, a ação terapêutica do enfermeiro deve ser orientada para ajudar o cliente

com DPOC a desenvolver um repertório de recursos internos, que lhe permita lidar com o nível de energia disponível para o autocuidado e simultaneamente, lidar com o regime terapêutico. A ação do enfermeiro deve centrar-se na otimização do potencial do cliente para caminhar em direção ao polo da completa autonomia.

Nesta tese e a partir do conceito exposto de gestão do regime terapêutico, conceptualizámo-lo como uma parte integrante do autocuidado em clientes com condições de saúde crónicas, com regimes terapêuticos complexos. Este conceito incorpora mas não se resume à “*self management education*” e assume, mas não se restringe, ao “*empowerment*” como paradigma em uso na relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro/cliente. Tem por finalidade desenvolver a autoeficácia percebida pelos clientes, promovendo a preservação da autonomia no autocuidado e a manutenção do nível de saúde.

Na promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC, a promoção da autoeficácia é um indicador de processo que contribui para a avaliação do desenvolvimento da mestria dos clientes.

A autoeficácia foi definida por Bandura⁹⁶ como a “*convicção pessoal sobre suas capacidades para organizar e executar as tarefas necessárias para alcançar designados tipos de performances*”, que têm por finalidade influenciar o nível de saúde. A autoeficácia é o resultado da apropriação pelo cliente de estratégias adaptativas quer centradas na resolução de problemas quer na gestão das emoções, e a sua integração no quotidiano. A percepção da autoeficácia é influenciada por recursos intrínsecos ao cliente (status cognitivo e instrumental; consciencialização facilitadora da “mudança”; volição; esperança; autoestima; características demográficas; e comorbilidades associadas; ...), e de recursos extrínsecos (suporte profissional; suporte familiar).

A gestão do regime terapêutico numa condição de saúde crónica foi conceptualizada como envolvendo três desafios básicos que se colocam aos clientes: a gestão da condição de saúde (ex.: a adoção de um regime alimentar; a utilização de inaladores); a atribuição de novos significados para os comportamentos de saúde e para o desempenho de papéis; e a necessidade de lidar com as consequências emocionais impostas pela condição de saúde⁹⁷.

Neste contexto, a gestão do regime terapêutico baseia-se na capacidade dos clientes serem capazes de resolver os problemas que experienciam no seu quotidiano. Face à

necessidade dos clientes implementarem comportamentos que lhes permitam lidar com os problemas que vivenciam, torna-se fundamental o desenvolvimento de um conjunto de cinco competências básicas⁹⁸ para: resolver os problemas; tomar decisões; utilizar os recursos; interagir com os profissionais; e implementar mudanças comportamentais.

Estas competências básicas podem fornecer uma estrutura de referência, quando nos envolvemos no desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias de ação orientadas, para a promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico, em clientes com DPOC.

A necessidade de dar maior sistemática às práticas dos profissionais de saúde no domínio em estudo, esteve na origem do desenvolvimento de vários modelos de intervenção.

Neste sentido, o “*Chronic Care Model*” é um dos modelos propostos para melhorar a gestão do regime terapêutico; a prevenção de complicações e os resultados em clientes com doença crónica. Neste modelo são identificados quatro elementos essenciais⁹⁹:

- A articulação entre recursos de saúde da comunidade e hospitalares;
- O suporte à promoção da gestão eficaz do regime terapêutico, através do desenvolvimento de respostas clínicas e da facilitação do acesso aos serviços;
- A disponibilização de sistemas de apoio à decisão dos profissionais;
- A utilização de sistemas de informação que promovam a continuidade dos cuidados.

Alguns estudos que recorrem a pelo menos dois dos seus componentes são efetivos na redução do número de readmissões, na redução do número de episódios de recurso ao serviço de urgência e na diminuição do tempo de internamento¹⁰⁰. Do exposto, emerge a necessidade de programas de intervenção para a promoção do autocuidado, centrarem-se em múltiplos aspetos. Quer nos associados às necessidades dos clientes quer nos aspetos organizacionais e profissionais.

Os estudos consultados sobre programas direcionados para o desenvolvimento do autocuidado - gestão do regime terapêutico, em clientes com DPOC, revelaram a sua efetividade no desenvolvimento de conhecimento para a gestão do regime terapêutico^{101,102}; na redução do número de reinternamentos^{103,104} e, possivelmente, na redução da mortalidade e no aumento da qualidade de vida¹⁰⁵. Não existindo evidência sobre a sua efetividade na melhoria da função respiratória; na redução da

sintomatologia, exceto a associada às exacerbações; e na disponibilidade para exercer a atividade profissional¹⁰⁶. Estes programas também demonstram a sua viabilidade económica quando associados à reorganização dos cuidados e à atribuição de, pelo menos, cinquenta clientes (casos) ano, a cada gestor de caso¹⁰⁷.

Realçamos que apenas identificamos três indicadores de resultado cuja efetividade nos programas de intervenção é consensual entre diferentes autores¹⁰⁸: as admissões/readmissões hospitalares; o conhecimento dos clientes e a satisfação com os cuidados prestados. Estes poderão ser considerados como indicadores “*standard*” a incluir na monitorização destes programas.

A evidência demonstra a impossibilidade de definir orientações globais e consensuais para a prática clínica¹⁰⁹ mas, “*per si*”, justifica o desenvolvimento e a implementação deste tipo de programas em clientes com DPOC.

Definido o conceito de gestão do regime terapêutico, torna-se fundamental estabelecer as diferenças substantivas com o conceito de adesão ao regime terapêutico. Assim, nesta tese consideramos a adesão como um “estado” (incluído e influenciado pela gestão do regime terapêutico) no domínio das atitudes individuais do cliente. A adesão representa a consonância entre o comportamento individual do cliente e aquilo que é proposto e negociado com os profissionais de saúde.

A gestão do regime terapêutico é influenciada pela volição do cliente, mas vai muito para além disso, referindo-se também, às capacidades para tomar decisões, ao conhecimento e às capacidades instrumentais para desempenhar um determinado comportamento de autocuidado. É influenciada, também, pela experiência e pelos desafios que a doença crónica coloca no quotidiano.

Defendemos que, para ajudar os clientes com DPOC a autogerirem a condição de saúde, e a preservarem a autonomia no autocuidado, torna-se fundamental, que os enfermeiros aumentem o nível de sistematização da sua ação. Este aumento da sistematização da ação implica o desenvolvimento de soluções que sejam integráveis e exequíveis nos contextos clínicos.

Neste sentido, uma instituição do ensino superior (Escola Superior de Enfermagem do Porto) com responsabilidades no ensino pré e pós graduado, na educação e na investigação científica, na qual o investigador principal é professor, estabeleceu uma parceria com uma instituição de cuidados de saúde (Centro Hospitalar do Porto –

Hospital de Santo António). Esta instituição é responsável pela prestação de cuidados a uma determinada população na cidade do Porto. Esta parceria pretendia representar, à escala do contexto real da prestação de cuidados, um modelo de excelência na assistência, que funcionasse como espaço privilegiado para a formação pré graduada e pós graduada de enfermeiros. Bem como, um ambiente privilegiado, para o desenvolvimento da investigação e aplicação dos seus resultados, em benefício da instituição, da escola e, como não podia deixar de ser dos clientes.

No seguimento desta parceria, encontrámos o espaço, o clima organizacional e as circunstâncias individuais que nos permitiram evoluir para um percurso dirigido ao avanço da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.3 - Justificação do estudo

A DPOC é um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, devido à elevada morbilidade, perda de qualidade de vida e à sua elevada mortalidade.

Em Portugal, assistimos ao aumento da estimativa da prevalência da doença de 5,3% em 2005¹¹⁰ para os atuais 14,2%¹¹¹, e ao aumento das suas repercussões sobre os clientes, pessoas significativas, sistema de saúde e de segurança social, independentemente das estratégias já implementadas.

A DPOC caracteriza-se por ser uma doença comum prevenível e tratável, cuja progressão pode impor gradualmente, novos desafios no desempenho das atividades de autocuidado, reduzindo o nível de energia disponível e exigindo a integração com mestria de um regime terapêutico no quotidiano. Esse regime terapêutico tem por objetivo controlar a progressão da doença e preservar a autonomia no autocuidado dos clientes.

A partir do exposto e do proposto pelas entidades que a nível internacional^{112,113} e nacional¹¹⁴ se ocupam desta problemática, emerge como central para o controlo da progressão da doença, o desenvolvimento de competências de autocuidado dos clientes. Facto que evidencia a centralidade do exposto para a disciplina e para a profissão de enfermagem.

As estratégias de ação definidas por estas entidades apontam para a necessidade de melhorar o autocontrolo da doença pelo cliente e, para a melhoria do seu acompanhamento. Estas estratégias têm por objetivo melhorar a condição de saúde, a

funcionalidade, reduzir os internamentos hospitalares e reduzir os episódios de recurso ao serviço de urgência.

Do exposto, o desafio que se coloca ao sistema de saúde e à disciplina de enfermagem e aos enfermeiros, é o de desenvolverem soluções criativas que sejam custo-efetivas e concorram para o tratamento, para o controlo da progressão da DPOC e para ajudar os clientes a preservarem a autonomia no autocuidado. Estas soluções devem integrar aquilo que é a melhor evidência disponível e serem adequadas aos contextos de cuidados e à população alvo.

O desenvolvimento de estratégias de ação de enfermagem centradas na promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico deve plasmar a melhor evidência disponível e o contributo dos enfermeiros no domínio do seu mandato social.

A evidência demonstra a impossibilidade de definir orientações globais e consensuais para a prática clínica, dada a heterogeneidade das intervenções, das populações, dos períodos de acompanhamento e dos resultados avaliados nos estudos disponíveis¹¹⁵. Face a estes factos, os enfermeiros têm a oportunidade de desenvolver uma ação mais sistematizada, que nos contextos promova a capacidade dos clientes com DPOC assegurarem o autocuidado. Contribuindo, desta forma, para o controlo da doença e para a otimização do nível de saúde dos clientes.

O envolvimento e a participação dos enfermeiros dos contextos clínicos são decisivos para o aumento da sistematização da ação de enfermagem. O aumento da sistematização da ação pode ser influenciado positivamente pelo desenvolvimento de linhas de orientação da ação a partir da investigação, envolvendo sempre os atores locais.

Pelo exposto e pela oportunidade oferecida pela parceria estabelecida entre a ESEP e o CHP-HSA, delimitamos o desenvolvimento deste trajeto ao contexto hospitalar. O contexto da parceria era o local de referência para o internamento destes clientes na instituição.

O investigador principal, no âmbito das suas atribuições, enquanto professor da ESEP, dedicava a totalidade do seu tempo profissional, desde setembro de 2008, à persecução dos pressupostos desta parceria. Este facto permitiu ao investigador principal conhecer a realidade dos cuidados, os enfermeiros e os desafios colocados.

Durante o processo de aproximação ao contexto, o investigador principal, identificou duas oportunidades de mudança. A primeira centrada nos desafios que os clientes

internados com DPOC, e com potencial para gerirem a condição de saúde vivenciavam no quotidiano. A segunda associada, ao desafio percebido pelos enfermeiros, para darem maior sistematização à ação no âmbito do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

Face ao exposto, propusemo-nos a desenvolver um estudo centrado na viabilização de mudanças na prática clínica e na produção de conhecimento neste domínio, que agregasse maior sistemática à ação dos enfermeiros. Para a sua concretização, recorremos à investigação-ação, por esta ser a metodologia mais adequada à natureza da problemática.

Apresentado o desafio da promoção do autocuidado em clientes com DPOC, o conceito central e a justificação do estudo, evoluímos para o segundo capítulo desta tese onde apresentaremos as opções metodológicas que orientaram o percurso e que, como vimos radicam na investigação-ação.

1.4 - Referências bibliográficas

¹⁰INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Retrato territorial de Portugal, 2009, parte II, sustentabilidade demográfica dos territórios*. Lisboa; 2011. [consult. em 04/11/2011]. Disponível em linha <http://www.ine.pt>

¹¹INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Indicadores sociais 2009*. Lisboa 2010. Disponível em linha <http://www.ine.pt>

¹²INQUERITO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE – *Inquérito nacional de Estatística 2005/2006*. INE, IP; INSA, IP; 2009. [consult. em 04/11/2011]. Disponível em linha <http://www.ine.pt>
<http://www.insa.pt>

¹³OREM, Dorothea E. – *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993, p.71

¹⁴PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. 2004. *Plano nacional de saúde 2004/2010*. Lisboa.p.37.

¹⁵ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Adherence to a long-term therapies, evidence for action*. 2003, p.19.

- ¹⁶PROOT, Ireen, et al. - Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes: a Concept Analysis. *Scand J Caring Sci.* 12 (1998), p. 139–145.
- ¹⁷MELEIS et al – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci.* 23, n.º1 (2000), p.12-28.
- ¹⁸INQUERITO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE – *Inquérito nacional de Estatística 2005/2006*. INE, IP; INSA, IP; 2009. [consult. 04/11/2011]. Disponível em linha <http://www.http://www.insa.pt>.
- ¹⁹PADILHA, José Miguel SC – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. 2006. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto,p.46.
- ²⁰PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- ²¹YAM, B. – From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing; *British Journal of Nursing.* 13, n.º16 (2004), p. 978 – 982.
- ²²PADILHA, José Miguel SC – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. 2006. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- ²³BULL, M.; HANSEN, H.; GROSS, C. – Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing.* Vol. 14 (Abril- 2000), p. 76-87.
- ²⁴JACKSON, Marilyn, F. – Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing, a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing.* Nº 19 (1994), p. 492-502.
- ²⁵NAYLOR, M. D.; MCCAULEY, Kathleen, M.; – The Effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal Cardiovascular Nursing.* Vol.14, nº1 (1999), p.44-54.
- ²⁶ANTTILA, Sari K. et al. – Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. *Scand J. Public Health,* n.º 28 (2000), p. 41-

46.

²⁷IBIDEM.

²⁸NARDI, R. et al. - Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med.* Vol. 2 (2007), p.95-99.

²⁹JACKSON, Marilyn, F. – Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing, a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing.* Nº 19 (1994), p. 492-502.

³⁰NAYLOR, M. D.; MCCAULEY, Kathleen, M. – The Effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal Cardiovascular Nursing.* Vol.14, nº1 (1999), p.44-54.

³¹NAYLOR, M.D. – Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. *Nursing research.* Vol. Nº 39, n.º 3 (1990), p. 156-161.

³²HADDOCK, KS. - Collaborative discharge planning: nursing and social services. *Clinical Nurse Speciality.* Vol. 8, Nº 5 (September 1994), p. 248-252.

³³NAYLOR, M. D.; BOWLES, H. K.; BROOTEN, D. – Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public health nursing.* Vol. 17, n.º2 (2000), p.94-102.

³⁴CLOSS, José S; TIERNEY, Alison J. - The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of advanced Nursing.* Nº 18 (1993), p. 1279-1287.

³⁵NAYLOR, M. D.; BOWLES, H. K.; BROOTEN, D. – Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public health nursing.* Vol. 17, n.º2 (2000), p.94-102.

³⁶BULL, M.; HANSEN, H.; GROSS, C.; – Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing.* Vol. 14 (April 2000), p. 76-87.

³⁷ANTTILA, Sari K. et al. – Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. *Scand J. Public Health,* n.º 28 (2000), p. 41-46.

³⁸KALRA, L. et al. - Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *BMJ Journals.com.* Vol. 328 (May 2004).

³⁹KERZMAN, H. et al. – What do discharged patients know about their medication?. *Patient Education Counseling.* Vol. 56 (2005), p. 276-282.

⁴⁰SIMONET, M. L. et al. – Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medication. *The American Journal of Medicine*. Vol. 117 (2004), p. 563-568.

⁴¹BULL, Margaret J.; ROBERT, Julia – Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of advanced nursing*. Vol. 35 (August 2001), p. 571-581.

⁴²NAYLOR, M. D.; BOWLES, H. K.; BROOTEN, D.; – Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public health nursing*. Vol. 17, n.º2 (2000), p.94-102.

⁴³JEWELL, Sarah E. – Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. Nº 18 (1993), p. 1288-1296.

⁴⁴JAARSMA, T. et al. - Self-care behaviour of patients with Heart failure. *Scand. J. Caring Sci*. Nº 14 (2000), p. 112-119.

⁴⁵ HENDERSON, Amanda; ZERNIKE, W. – A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 35, nº 3 (2001), p. 435-441.

⁴⁶PADILHA, J. – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. 2006. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

⁴⁷CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA [em linha], 2009, [consult. 03/11/2009]. USA. Case Management Society of America, disponível em linha: <http://www.cmsa.org/>.

⁴⁸CHERYL, et al - Managed Care and Case Management: Roles for Professional Nursing. *American Nurses Publishing*. Washington, DC. (1996).

⁴⁹INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *International Classification for Nursing Practice* [em linha]. Versão 2011. Switzerland: International Council of Nurses, 2011, [consult. 05/11/2011]. Disponível em linha <http://www.icn.ch>

⁵⁰EILLOT, Rohan, A.; O'CALLAGHAN, Christopher J. - Impact of hospitalization on the complexity of older patients' medication regimens and potential for regimen Simplification. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. Volume 41, Nº. 1 (2011).

⁵¹ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Adherence to a long-term therapies*,

evidence for action.(2003), p.30.

⁵²MUIR, A.J.; et al - Reducing medication regimen complexity: a controlled trial. *J Gen Intern Med*. 16, n.º2 (2001), p.77-82.

⁵³DIORIO, C. et al. - The epilepsy medication and treatment complexity index: reliability and validity testing. *J Neurosci Nurs*. 35, n.º3 (2003), p.155-62.

⁵⁴STONE, V.E. et al - Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 28, n.º2 (2001), p.124-31.

⁵⁵CEMBE – *NOC de adesão terapêutica*. 1ª Ed. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência, 2004, p.9.

⁵⁶HAYNES, RB et al. - Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3

⁵⁷USA. DMMA. (2011) - Definition of disease management. Washington, D.C. Care Continuum Alliance, [em linha]. disponível em http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp

⁵⁸NOLTE, Ellen; MCKEE, Martin – Caring for people with chronic conditions a health system perspective. *European observatory on health system and policies*. Open University press. 2008.

⁵⁹GELMAN, R. – Domain specificity and variability in cognitive development. *Child development*. Vol. 71, 4. 2000, p. 854-56.

⁶⁰MELEIS, Afaf Ibrahim – *Theoretical Nursing, Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott & Williams & Wilkins, 2007, p. 33; 462.

⁶¹PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* N.º4/DGCG. 2005.

⁶²BÁRBARA, C.F. et al. A prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *REV PORT PNEUMOL*, 19 (3) (2013), p.96-105.

⁶³OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias, desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão, 2011.

⁶⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. World Health

Organization. Switzerland, 2008, p. 30.

⁶⁵GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010

⁶⁶PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Plano nacional de saúde 2004/2010*. Lisboa. 2004, p. 76.

⁶⁷OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias, desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão. 2011, p. 44.

⁶⁸PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Plano nacional de saúde, indicadores e metas em saúde parte 3. 20012/2016*. Lisboa. 2012, p. 25. [consult. 21/08/2012], disponível em linha <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

⁶⁹MELEIS et al – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 2, n.º31 (2000), p. 21.

⁷⁰GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010-2013.

⁷¹WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global surveillance, prevention and control of CHRONIC RESPIRATORY DISEASES- A comprehensive approach*. World Health Organization. 2007.

⁷²PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342.

⁷³GANTZ, S.B. – Self-care perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 4, n.º2 (1990), p. 1-12.

⁷⁴GANTZ, S.B. – Self-care perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 4, n.º2 (1990), p. 1-12.

⁷⁵MCCORMACK, Diane – An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing leadership*. Vol. 16, n.º 4 (2003), p. 48-65.

⁷⁶OREM, Dorothea E. – *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993.

⁷⁷OREM, Dorothea E. - *Nursing: concepts of practice*. McGraw-Hill Book. New York. 1985.

⁷⁸OREM, Dorothea E. - *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993.

⁷⁹IBIDEM.

⁸⁰ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. [Lisboa], Set. 2002.

⁸¹INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – International Classification for Nursing Practice [em linha]. Versão 2011. Switzerland: International Council of Nurses, 2011, [consult. 20/11/2011]. Disponível em linha <http://www.icn.ch>

⁸²McCORKLE, R., et al - Self-Management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*. Vol. 61 (2011), p.50–62.

⁸³CREER T; RENNE C; CHRISTIAN W - Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*. 1976, p. 226–232, 247.

⁸⁴BARLOW, JULIE et al – Self management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 48 (2002); p. 177-187.

⁸⁵MCGOWAN, Patrick - Self-management: A background paper. New perspectives: international conference on patient self-management. University of Victoria. [em linha] [Consult. 12-04-2012] Disponível em: http://www.coag.ubic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf

⁸⁶RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, n.º4 (2009), p. 217–225.

⁸⁷RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, n.º4 (2009), p. 217–225.

⁸⁸GREY, Margaret; KNAFL, Kathleen; McCORKLE Ruth. – A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. Vol. 54 (2006), p. 278-286.

⁸⁹LORIG, Kate R.; HOLMAN, Halsted R. - Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 26, n.º 1 (2003).

⁹⁰RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management

Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, n.º4 (2009), p. 217–225.

⁹¹McCORKLE, R., et al - Self-Management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*. Vol. 61; (2011), p. 50–62.

⁹²MCGOWAN, Patrick - Self-management: A background paper. New perspectives: international conference on patient self-management. University of Victoria. [em linha] [Consult. 12-04-2012] Disponível em: http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf

⁹³BARLOW, JULIE et al – Self management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 48 (2002) p. 177-187.

⁹⁴RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, n.º4 (2009), p. 217–225.

⁹⁵MCGOWAN, Patrick - Self-management: A background paper. New perspectives: international conference on patient self-management. University of Victoria. [em linha] [Consult. 12-04-2012] Disponível em: http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf

⁹⁶BANDURA, A. - *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall, 1986, p. 391.

⁹⁷CORBIN, Juliet M.; STRAUSS, Anselm - A Nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Research and Theory for Nursing Practice*. Vol.5, n.º 3 (1991), p. 155-174.

⁹⁸LORIG, Kate R.; HOLMAN, Halsted R. - Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 26, n.º1 (2003).

⁹⁹ADAMS Sandra G. et al - Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch intern med*. Vol. 167 (MAR 26, 2007), p. 551-561.

¹⁰⁰ADAMS Sandra G. et al - Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch intern med*. Vol. 167 (MAR 26, 2007), p. 551-561.

¹⁰¹TURNOCK, A.C. et al. - Action plans for chronic obstructive pulmonary disease.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005074. DOI: 10.1002/14651858.CD005074.pub2. 2009.

¹⁰²EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2. 2009.

¹⁰³EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2. 2009.

¹⁰⁴GADOURY, M.A. et al - Self-management reduces both short- and long-term hospitalization in COPD. *Eur Respir J*. Vol. 26 (2005), p. 853–857.

¹⁰⁵SIN, D.D. et al. - Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA*. Vol.290 (2003), p. 2301–12.

¹⁰⁶COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. 46 (2009), p. 508-528.

¹⁰⁷BOURBEAU, Jean. et al. - Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*. Vol. 130, n.º6 (2006), p. 1704-11.

¹⁰⁸PADILHA, J.M.; OLIVEIRA, F.; CAMPOS, J. – Promoção da gestão eficaz do regime terapêutico em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 44, n.º4 (2010), p. 1123-8.

¹⁰⁹EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2.

¹¹⁰PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. N.º4/DGCG. 2005, p. 5.

¹¹¹BÁRBARA, C.F. et al. A prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *REV PORT PNEUMOL*, 19 (3) (2013), p.96-105.

¹¹²GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

(GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010-2013.

¹¹³WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global surveillance, prevention and control of CHRONIC RESPIRATORY DISEASES- A comprehensive approach*. World Health Organization. 2007.

¹¹⁴PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342

¹¹⁵EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2.

Capítulo 2 - Enquadramento metodológico

Neste capítulo apresentamos as principais opções metodológicas que orientaram este estudo e a sua fundamentação. Iniciaremos este capítulo pela apresentação da finalidade do estudo, seguida dos aspetos relacionados com as orientações metodológicas adotadas. Evoluímos, de seguida, para a apresentação do desenho do estudo, dos aspetos éticos e das técnicas de recolha e análise dos dados.

A DPOC, pelas suas idiossincrasias, impõe uma redução no nível de energia disponível para os clientes assegurarem as atividades de autocuidado. O controlo da progressão da doença passa pela adoção de um regime terapêutico que se vai tornando mais complexo com a progressão da doença. Para lidarem com estes desafios, os clientes necessitam de desenvolver um reportório de recursos que lhes permitam gerir com eficácia o regime terapêutico e preservar a autonomia.

Para que os enfermeiros sejam mais significativos na promoção da gestão do regime terapêutico e na preservação da autonomia no autocuidado destes clientes, torna-se necessário que agreguem maior sistematização à sua ação profissional.

Todos os estudos de investigação em enfermagem, dado o carácter prático da disciplina, visam melhorar a qualidade dos cuidados. Face aos desafios vivenciados pelos clientes com DPOC e ao exposto, encontramos no serviço de medicina do CHP-HSA o contexto organizacional e as circunstâncias para desenvolver um percurso de investigação centrado na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.1 - Finalidade do estudo

O estudo desenvolvido teve por finalidade contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento, no contexto da ação das práticas de enfermagem, de uma abordagem terapêutica progressivamente mais sistematizada, tomando por foco a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Assumindo que a promoção das competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC é uma área decisiva no exercício profissional dos enfermeiros, à escala do contexto onde decorreu o estudo, as questões que guiaram o estudo aqui relatado apontam para uma mudança ao nível dos processos (intrínsecos) dos cuidados de enfermagem, e para uma mudança mais abrangente das lógicas de organização dos serviços e da assistência aos clientes com DPOC.

Face ao exposto, identificamos duas perguntas que delimitaram e orientaram o percurso

que desenvolvemos.

2.2 - Perguntas orientadoras da investigação

Neste percurso adotamos duas perguntas orientadoras:

- Quais os principais elementos da prática clínica de enfermagem que, à escala do contexto do estudo, podem ser melhorados, de forma a promover as competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC?
- Que mudanças se revelam prioritárias, ao nível das estratégias organizacionais em uso, no contexto do estudo, de forma a promover a ação dos enfermeiros, tendo em vista, a promoção de competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC?

Dada a natureza das questões adotadas, entendemos como adequado desenvolver o percurso iluminados por um paradigma de investigação construtivista.

2.3 - Paradigma de investigação

O desenvolvimento do conhecimento tem sido abordado de várias formas ao longo da história da ciência. Esta evolução foi orientada por um conjunto de valores, convicções e normas partilhados pelos membros da comunidade na qual os investigadores se inseriam¹¹⁶, isto é, pelo paradigma adotado. Um paradigma pode ser visto pela forma como o investigador “...aborda o mundo com um conjunto de ideias, uma estrutura (teoria, ontologia) que especifica um conjunto de questões (epistemologia) que são examinadas de formas específicas (metodologia) ... Essa rede que contém os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos...”¹¹⁷ do investigador, pode ser denominado de paradigma.

O desenvolvimento do conceito de paradigma está intimamente relacionado com Thomas Kuhn¹¹⁸, físico e historiador da ciência. Os paradigmas devem ser entendidos como sistemas de crenças básicas, pressupostos e princípios, intrinsecamente relacionados, sobre a natureza da realidade investigada (pressuposto ontológico); o modelo de relação entre o investigador e o investigado (pressuposto epistemológico) e o modo em que se realiza a aproximação à realidade (pressuposto metodológico)¹¹⁹.

Na enfermagem, temos assistido a um desenvolvimento da disciplina baseado em

diferentes paradigmas, não numa lógica de rutura e de prevalência de uns sobre os outros, antes numa lógica colaborativa. Esta lógica colaborativa da utilização de diferentes paradigmas tem por finalidade viabilizar o desenvolvimento do conhecimento disciplinar face à diversidade dos fenómenos com interesse para a disciplina^{120,121}.

Desenvolvemos este estudo “iluminados” por um paradigma construtivista. Baseamos-nos no pressuposto que a realidade, para além de algo em si mesmo, é também, à luz do entendimento humano, uma construção.

O paradigma construtivista teve origem em Immanuel Kant (1724 – 1804). Kant rompeu com a noção de objetividade da realidade e do conhecimento científico dos filósofos que o precederam e propôs no seu trabalho *Crítica da Razão Pura* (1781), que aquilo que conhecemos resulta da estrutura mental que dispomos, e que nos permite organizar aquilo que contemplamos através dos sentidos. Face a este pressuposto, o conhecimento humano está intimamente associado à nossa representação da realidade¹²². A argumentação apresentada por Kant sustentou que, posteriormente, outros trabalhos levassem à emergência de paradigmas que se fundamentam no facto da realidade social ser subjetiva.

A participação dos investigadores na criação dos objetos estudados é o postulado principal deste paradigma. O papel dos investigadores (investigador principal e enfermeiros do contexto) é assumido, não como o de sujeitos passivos exteriores à realidade, mas antes como, o de alguém que constrói uma interpretação da realidade. Nesta perspetiva, os investigadores pretendem que a interpretação que constroem seja útil e que funcione.

Neste estudo, pretendíamos conhecer os elementos da prática clínica de enfermagem e as mudanças que se afiguravam como prioritárias implementar ao nível das estratégias organizacionais para a promoção de competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico nos clientes com DPOC. Face a esta necessidade, adotamos uma abordagem construtivista, baseada no pressuposto ontológico que a realidade a ser estudada é o resultado do entendimento dos investigadores num determinado conjunto de circunstâncias envolventes (contexto social, profissional e pessoal). Assumimos que aquilo que podia ser conhecido acerca da realidade eram construções que os investigadores fariam dessa mesma realidade. Estas construções foram influenciadas por aspetos da história de vida de cada um, motivo pelo qual assumimos uma postura face à ciência de que esta não é isenta de valores¹²³.

Dada a natureza daquilo que podia ser conhecido da realidade, do ponto de vista epistemológico, assumimos que os investigadores estavam de forma consciente, subjetiva e interativa, envolvidos com aquilo que pretendiam conhecer. Dada a natureza do estudo desenvolvido, o investigador principal esteve envolvido, simultaneamente, no processo de mudança e de investigação, pelo facto destes serem “justapostos”.

Em termos metodológicos, recorremos a estratégias de procura da construção do conhecimento baseadas numa dialética de análise comparativa e iterativa dos dados que foram emergindo, fundamentalmente, a partir das perspetivas dos enfermeiros e dos clientes¹²⁴. Neste quadro, “...a atenção dos investigadores incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos”¹²⁵.

O estudo que aqui apresentamos, pela sua finalidade, tem uma orientação iminente centrada na prática clínica de enfermagem, facto sustentado na justificação da existência da própria disciplina¹²⁶.

Enquanto disciplina orientada para a prática, a enfermagem existe para disponibilizar cuidados aos clientes que experienciam a doença, ou àqueles, que experienciam problemas potenciais de saúde. A enfermagem é uma ciência orientada para a prática devido à natureza da profissão e do seu mandato social. O “*desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem, nesta perspetiva da disciplina orientada para a prática, deve ir para além do progresso do conhecimento em si mesmo e fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, famílias e comunidades*”¹²⁷.

A partir dos pressupostos paradigmáticos expostos, e dos desafios percebidos pelos enfermeiros do contexto para o desenvolvimento de uma abordagem terapêutica progressivamente mais sistematizada, conduzimos o estudo em parceria com os enfermeiros e baseados na sua interação com os clientes. Esta opção justificou-se pela necessidade de envolver os enfermeiros no desenvolvimento de soluções que, na especificidade do contexto, respondessem às necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes.

Certo que a construção da realidade que apresentaremos é o resultado da interação dos investigadores com o contexto da ação, não é nossa intenção que esta esteja incontrovertidamente certa. Antes, pretendemos ter a capacidade de, através da sua descrição, demonstrar a sua utilidade para o contexto, em vez de fazer prova da nossa posição. A redação da construção desta realidade e da sua argumentação, não pretende

obrigar o leitor à sua aceitação, antes pretende ser suficientemente clara.

Neste percurso, pela necessidade de produzir mudanças em contextos concretos, e tendo em consideração o carácter de dualidade do envolvimento dos investigadores na investigação e nos próprios processos de mudança, a investigação-ação apresentava-se como a opção metodológica mais adequada para a concretização do estudo.

2.4 – A Investigação-Ação como opção metodológica

O conceito de Investigação-ação (IA) surgiu pouco depois da II Guerra Mundial em 1946, proposto por Kurt Lewin nos Estados Unidos e no âmbito da Psicologia Social. Esta metodologia teve a sua génese na profunda preocupação que Kurt Lewin apresentava com os problemas sociais emergentes, como o fascismo; antissemitismo; a pobreza; os conflitos interétnicos e as minorias.

Desde a sua origem, a IA foi ganhando notoriedade em diversas disciplinas, emergindo na década de oitenta na enfermagem¹²⁸.

A IA, classicamente, caracteriza-se por se centrar num problema, num contexto específico, ser participativa e envolver intervenção no contexto da mudança, com o objetivo de gerar melhores resultados. É um processo baseado na interação contínua entre a investigação, a ação, a reflexão e avaliação¹²⁹. Os objetivos da IA podem ser orientados, entre outros, para a implementação de uma mudança e para gerar teoria¹³⁰, recorrendo à colaboração entre os intervenientes (do contexto e da investigação) para encontrar uma solução para o problema, implementar uma mudança na prática e desenvolver teoria^{131,132}.

A IA apresenta um carácter de dualidade, descrito como justaposição de “ação e investigação” e de “teoria e prática”. É neste contexto que se considera que, conceptualmente, a IA deve ser representada num ciclo justaposto de ação e de investigação. Justaposição dos interesses e responsabilidades sobre a resolução do problema com, o interesse e responsabilidades sobre a investigação do investigador^{133,134}.

No percurso que aqui apresentamos, preconizamos, também a existência de um ciclo justaposto:

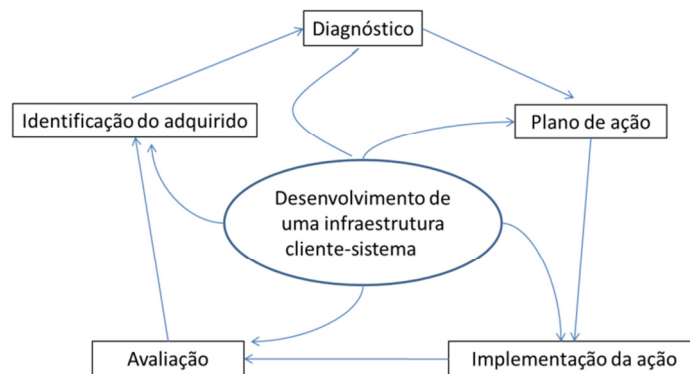
1. Orientado para a mudança, centrado no desenvolvimento de uma estratégia de

intervenção que faça avançar as terapêuticas de enfermagem dirigidas para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

2. Orientado para gerir a investigação, para produzir conhecimento centrado na gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Classicamente, a IA é um processo cíclico com cinco fases: diagnóstico, plano de ação, implementação da ação, avaliação e identificação do adquirido, como pode ser constatado na figura 1.

Figura 1 - O processo cíclico da investigação-ação (adaptado de Susman & Evered, 1978)



A IA pode apresentar diferentes perspetivas de interação entre o investigador principal e contexto/enfermeiros¹³⁵:

- IA diagnóstica: quando o investigador principal apenas se envolve na recolha de dados para o diagnóstico de situação e os disponibiliza ao contexto/envolvidos;
- IA empírica: quando o investigador principal apenas avalia as ações desenvolvidas no contexto/envolvidos;
- IA “experimental”*: quando o investigador principal e o contexto/enfermeiros participam em todas ou quase todas as fases;
- IA participativa: quando o diagnóstico de situação e a definição do plano de ação é desenvolvido em colaboração.

No percurso que desenvolvemos adotamos uma perspetiva participativa na interação entre o investigador principal e os co investigadores (enfermeiros). Pretendíamos, assim, facilitar e promover o envolvimento dos enfermeiros.

A adoção desta perspetiva tinha por finalidade, otimizar a compreensão da

problemática, facilitar o planeamento, a implementação e a avaliação da mudança. Ao recorrermos a esta estratégia pretendíamos, descentralizar o “poder” sobre a gestão do percurso, viabilizando a identificação de soluções, a partir das perspetivas dos enfermeiros que, no contexto, respondessem às suas necessidades e expetativas.

Ao longo do tempo, a comunidade científica (iluminada pelos critérios de rigor científico positivista) tem colocado questões sobre o rigor científico da IA. Face a estas questões, emergiu a necessidade de clarificar o conceito de rigor científico associado à IA. Marshall & Mckay (2002)¹³⁶ preconizam que a IA para ter rigor científico deve:

- Englobar um ciclo com dois objetivos inter-relacionados: um centrado na resolução do problema e outro na resposta às questões de investigação;
- Utilizar uma estrutura teórica, para enformar o desenho e a condução da IA, tendo por objetivo a obtenção de resultados de qualidade e com rigor;
- Utilizar um modelo processual para sustentar a conceção, o desenho e a gestão de toda investigação.

O contributo dado por Marshall & Mckay (2002)¹³⁷ permitiu agregar rigor metodológico à IA, assegurando-lhe maior respeitabilidade e aceitabilidade pela comunidade científica. Este contributo pretendia ser uma orientação para a estruturação do pensamento, um instrumento para desafiar/sustentar as decisões do investigador e, uma ajuda, para os investigadores se adaptarem à complexidade e incerteza do mundo real.

Apresentada a síntese dos aspetos centrais da metodologia escolhida, faremos agora uma incursão mais aprofundada pela IA, onde pretendemos clarificar alguns aspetos que enformaram as decisões que tomámos na conceção, desenho e gestão do nosso percurso de investigação.

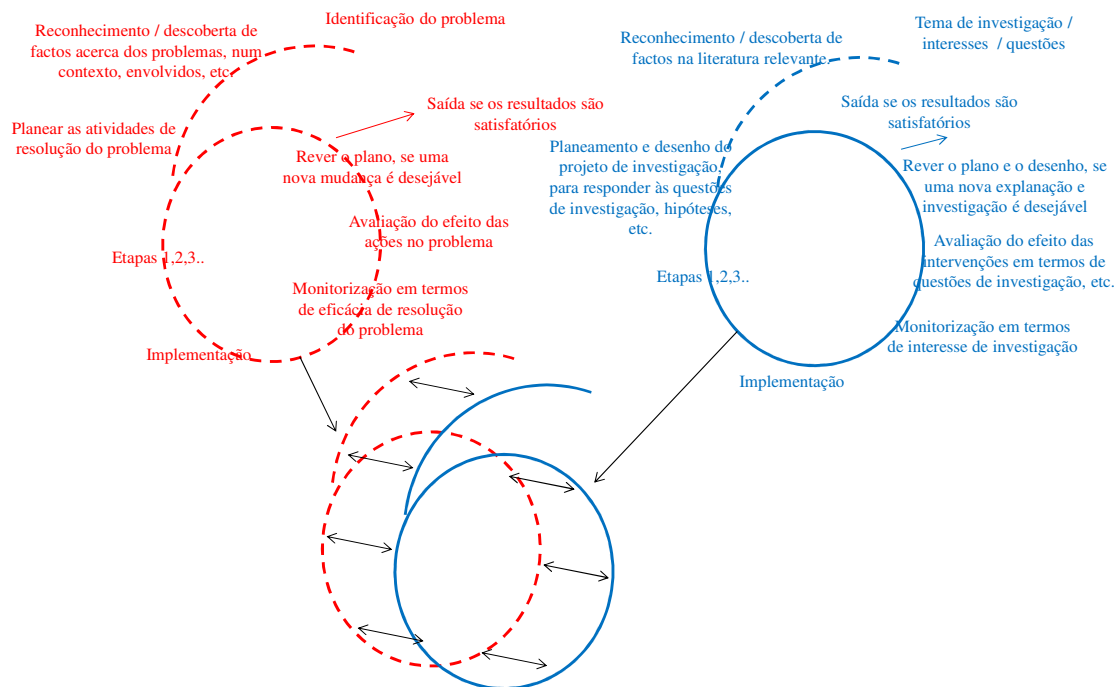
A IA tem uma forte ligação à prática clínica, lidando com problemas reais. É colaborativa e fomenta a simbiose entre os envolvidos. Nesta metodologia, os enfermeiros assumiram-se como os principais intervenientes no processo de investigação. A IA é auto avaliativa porque as modificações são continuamente avaliadas e tem um carácter cíclico, porque as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança a serem implementadas em ciclos seguintes.

A IA caracteriza-se, também, pelo papel que o investigador principal desempenha, nomeadamente, por este se centrar na transferência de conhecimento ao grupo que é

sujeito e objeto da investigação, dando-lhes a possibilidade de esclarecer a sua prática e as suas relações com o resto do sistema social. São os atores do sistema (enfermeiros do contexto) que têm a “solução do problema” e, as hipóteses do investigador só são úteis se forem compreendidas, aceites e reconhecidas pelo grupo. A IA procura unir teoria e prática, entre investigador e enfermeiros do contexto da prática clínica, mediante um processo de natureza cíclica.

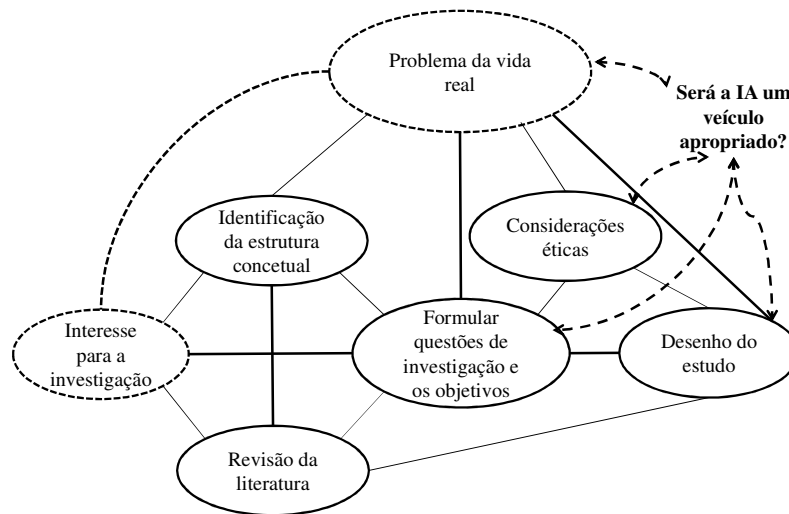
Face ao exposto, utilizamos uma estrutura teórica que orientou o percurso desenvolvido (figura 2).

Figura 2 - Ciclo de expressão da dualidade da IA, justaposição de “ação e investigação” e da “teoria e prática” (adaptado de Marshall & Mckay, 2002)



Na primeira fase da IA, ou como designado por Marshall & Mckay¹³⁸ de “warm-up” da IA, pretendíamos identificar o problema e as questões com interesse para a investigação, no contexto da ação (vida real). Esta primeira fase resulta da interação entre os diferentes elementos que a constituem (figura 3), e pretende responder à questão se a IA é o veículo apropriado à condução da investigação.

Figura 3 – A primeira fase da IA, traduzido e adaptado de Marshall & McKay (2002, p.8)



Neste estudo, na fase “*warm-up*” identificamos como problema “da vida real” no contexto dos cuidados, a necessidade de contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de uma abordagem terapêutica de enfermagem progressivamente mais sistematizada. Com esta sistematização pretendíamos contribuir para a promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC. A revisão da literatura e a identificação da estrutura concetual (discutidas e apresentadas no capítulo 1) permitiram-nos perceber o interesse do objeto de estudo para a investigação, o que nos possibilitou evoluir para a definição das questões orientadoras do percurso e para o desenho do estudo.

Dada a natureza do objeto em estudo, a finalidade e o paradigma adotados, a IA afigurava-se como a opção metodológica que melhor servia os interesses da investigação e da mudança pretendida.

A partir dos pressupostos paradigmáticos expostos, evoluímos para a delimitação e especificação da natureza da problemática. Para a sua consecução, recorremos a diferentes fontes de dados (observação; entrevistas com informantes chave: enfermeiros e clientes; e análise de conteúdo à documentação de enfermagem). A apresentação aos enfermeiros dos resultados emergentes viabilizou a discussão e a reflexão, que nos conduziu à identificação de oportunidades de mudança na prática clínica. A identificação das oportunidades de mudança possibilitou a evolução para o planeamento da mudança, a segunda fase da IA.

A segunda fase da IA teve por objetivo, planear a estratégia para a resolução do

problema (ciclo centrado na ação) e planear e desenhar o projeto, de acordo com as necessidades da investigação (ciclo centrado na investigação).

Na segunda fase da IA definimos e planeamos estratégias de ação que visavam dar resposta às oportunidades de mudança identificadas e dar resposta às questões de investigação. O planeamento da mudança e da resposta às questões de investigação alicerçaram-se nas oportunidades evidenciadas pelos três eixos fundamentais da problemática identificada (modelo de cuidados em uso; organização dos cuidados; documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros no SIE em uso). Estes eixos permitiram-nos planear e desenvolver estratégias de ação centradas no desenvolvimento do conhecimento e das competências dos enfermeiros no domínio em estudo. Desenvolver linhas de orientação da ação dos enfermeiros e intervir sob a organização dos cuidados, no domínio em estudo. O estudo viabilizou a construção de respostas às questões de investigação que nos orientavam.

A terceira fase da IA teve por objetivo implementar a mudança no contexto. Viabilizando a mudança na organização dos cuidados, no modelo de cuidados em uso e na documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros no SIE em uso.

A quarta fase da IA teve por objetivo avaliar o impacto da mudança sobre as oportunidades identificadas (ciclo de ação), e avaliar o efeito da intervenção nas questões de investigação (ciclo de investigação). Relativamente à avaliação do impacto da mudança centrámo-nos na avaliação dos efeitos da mudança sobre os três eixos fundamentais que enformavam a problemática identificada e as estratégias de ação que visavam dar-lhe resposta. Nesta fase, avaliamos, ainda, o impacto da mudança sobre as competências dos clientes para gerirem o regime terapêutico.

Nesta quarta fase podiam emergir duas possibilidades, face aos resultados da avaliação sobre o problema e sobre as respostas às questões de investigação. A primeira possibilidade, associada à necessidade de melhorar o planeamento e o desenho do estudo, para obter as mudanças desejadas e/ou mais explicações para as questões de investigação. Motivo face ao qual, poderia ser necessário iniciar um novo ciclo de IA. A segunda possibilidade, a verificada neste estudo, associada ao facto dos resultados serem satisfatórios, na perspetiva da resposta às oportunidades identificadas e às perguntas de investigação.

Dado o resultado ter sido avaliado como satisfatório pelos envolvidos, evoluímos para a identificação do adquirido neste percurso.

2.4.1 – Pressupostos que conduziram o percurso de IA

Neste estudo, para a consecução da mudança recorremos à utilização do modelo II de Argyris & Schon¹³⁹.

O modelo II de Argyris & Schon¹⁴⁰ baseou-se na predisposição dos enfermeiros para a análise e gestão da informação. Esta predisposição assentou na disponibilidade para questionar o existente, na incorporação do seu ponto de vista, na explicitação das decisões tomadas e, na disponibilidade para o seu teste no contexto da ação (exposição à avaliação dos outros). Neste modelo, a informação válida, a escolha livre e informada, e o comprometimento interno, foram os alicerces que potenciaram a defesa dos propósitos, a confrontação de ideias, de opiniões e de emoções. Estes alicerces viabilizaram a construção de soluções válidas que promoveram o compromisso interno dos enfermeiros¹⁴¹. Em simultâneo, viabilizamos a criação de um ambiente onde os enfermeiros puderam ser originais, e experimentaram o sucesso e o controlo sobre o percurso^{142,143}.

A utilização deste modelo alicerçou-se no sucesso já demonstrado na implementação de mudanças noutros contextos de cuidados em Portugal^{144,145}.

As estratégias utilizadas para concretizar o modelo exposto foram orientadas para a reflexão, enquanto elemento estruturador dos momentos de formação/reflexão e de implementação da mudança na prática clínica. Estes momentos encontraram na partilha, o pretexto ideal para atingir o nível necessário de reflexão crítica. As estratégias adotadas foram também dirigidas, para a promoção da aceitação do desafio, por parte dos enfermeiros para falarem sobre o que faziam, o que implicou, necessariamente, a análise e “*reflexão na ação e sobre a ação*”. Por último, as estratégias foram orientadas para a mudança, assumindo a necessidade de uma reflexão profunda sobre as crenças e as práticas e, por outro lado, a necessidade do diálogo se converter numa prática usual.

Para os enfermeiros falarem sobre o que faziam, recorremos à reflexão, “na e sobre a ação”. A reflexão na ação foi utilizada no momento em que se realizava uma atividade que influía sobre as decisões que se iam tomando no decurso da mudança. A reflexão sobre a ação teve um caráter retroativo, e foi utilizada quando pretendíamos situarmos de novo na atividade já decorrida para a (re)analisar. Este processo de reconstrução

da experiência vivenciada permitia descrever os elementos que intervinham na atividade e o contexto em que tinha tido lugar¹⁴⁶.

O modelo utilizado e as estratégias que o enformaram e lhe davam conteúdo pressupõem, a partilha do poder com qualquer um dos enfermeiros do contexto.

Em síntese, podemos referir que as estratégias utilizadas aumentaram o grau de exposição individual dos enfermeiros e da organização. Esta exposição possibilitou a redução das estratégias defensivas “dentro e entre os enfermeiros” e potenciou a escolha livre e o desenvolvimento de sentimentos de comprometimento interno com as decisões, viabilizando a implementação da mudança.

2.4.2 - Contexto do estudo

O investigador principal, no âmbito da parceria estabelecida entre ESEP e o CHP-HSA, orientava desde 2008 alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico neste contexto. O conhecimento do contexto permitiu-lhe identificar o desafio que os clientes com DPOC vivenciavam no desenvolvimento de competências para uma gestão eficaz do regime terapêutico e os desafios que os enfermeiros vivenciavam para desenvolverem abordagens terapêuticas mais sistematizadas neste domínio.

A identificação destes desafios, pelo investigador principal, possibilitou a sua apresentação aos representantes do CHP-HSA, que aceitaram envolver a instituição no desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais sistematizadas neste domínio.

Depois de garantida a aceitação e o envolvimento do CHP-HSA e, a intenção e disponibilidade dos enfermeiros do contexto, foi definido o serviço de medicina A do departamento de medicina e a consulta externa de medicina interna do departamento de ambulatório, como o contexto para o desenvolvimento do percurso de investigação.

A opção pela medicina A prende-se com o facto, deste serviço ser a referência no CHP-HSA para o internamento de clientes com patologia respiratória crónica e, por ser o contexto da parceria estabelecida entre a ESEP e o CHP-HSA. A parceria estabelecida tinha por finalidade desenvolver um espaço privilegiado para a formação pré graduada e pós graduada de enfermeiros, e desenvolver um ambiente privilegiado para o desenvolvimento da investigação e aplicação dos seus resultados. Facto que alicerçava a nossa intenção. A opção por este contexto alicerçou-se, também, no facto dos enfermeiros do serviço e da consulta terem manifestado, à partida, vontade de integrar e desenvolver o estudo.

O serviço de medicina A está integrado no departamento de medicina do CHP – HSA, juntamente com mais dois serviços de medicina. Dispõe de quarenta e nove camas de internamento (vinte e cinco na ala nascente e vinte e quatro na ala poente). O serviço era constituído por uma equipe de quarenta e cinco enfermeiros e por uma equipe médica, constituída por oito médicos especialista em medicina interna.

A escolha da consulta externa de medicina prendeu-se com o facto de este ser o espaço organizacional destinado ao acompanhamento ambulatorial dos clientes com DPOC. Pretendíamos, assim, incluir no estudo todos os contextos envolvidos no acompanhamento dos clientes com DPOC, à escala do CHP – HSA.

A consulta externa de medicina insere-se no departamento de ambulatório, ocupando um espaço físico fora do hospital de Santo António, na rua D. Manuel II. A organização da consulta externa adota, um conceito funcional ao invés da organização por serviços clássicos. Engloba consultas de especialidades médicas tradicionais, nas quais se engloba a de medicina interna, algumas consultas subespecializadas e algumas consultas pluridisciplinares. A consulta de medicina interna era assegurada pelos médicos especialistas dos diferentes serviços de internamento.

A equipe de enfermagem da consulta de enfermagem de medicina interna era, à data do início do projeto constituída por duas enfermeiras, cuja distribuição por turnos, assegurava o funcionamento semanal entre as 8 e as 18 horas, de segunda a quinta-feira e das 8 às 15 horas à sexta-feira. Estas enfermeiras asseguravam os cuidados de enfermagem aos clientes inscritos nas consultas de medicina interna.

As consultas estavam organizadas em função da distribuição do trabalho médico, sendo que as consultas das doenças respiratórias, eram realizadas predominantemente à segunda-feira à tarde, por três médicos e por uma enfermeira. Esta enfermeira à segunda-feira à tarde, acumulava a assistência aos clientes com DPOC com a assistência, a clientes das restantes consultas em funcionamento (gastroenterologia, e dermatologia).

O CHP-HSA utilizava à data do início do projeto, um suporte informático para a documentação dos cuidados médicos e de enfermagem. Para a documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros era utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), apenas no internamento. O SAPE utiliza como taxonomia a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão β_2

(CIPE[®] β_2).

Definido o envolvimento da organização e o contexto do estudo, evoluímos para a apresentação do desafio aos enfermeiros do contexto. A apresentação das ideias, a sua discussão e a recolha de contributos, ao longo de seis meses, permitiu desenvolver o projeto que esteve na origem do estudo aqui apresentado.

Definido o projeto com os enfermeiros do contexto, procedemos ao pedido formal de autorização para a realização do estudo, que foi obtida em janeiro de 2010 (anexo 1).

No início deste estudo participaram quarenta e sete enfermeiros (45 internamento e 2 consulta externa). No decurso do estudo foram incluídos cinco enfermeiros que substituíram a saída de outros cinco enfermeiros na fase de implementação da mudança (no total participaram 52 enfermeiros no estudo). Na tabela 1 podemos constatar a caracterização da idade, tempo de exercício profissional e de serviço, do total de enfermeiros envolvidos no estudo (52).

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros envolvidos no estudo através da idade, do tempo de exercício profissional e tempo de serviço (em anos)

	<i>Média</i>	<i>SD</i>	<i>Max.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Mo.</i>	<i>Med.</i>
Idade	32,97	8,79	62	24	28	30
Tempo de exercício profissional	9,66	8,65	36	1	6	6,33
Tempo de serviço	7,41	6,87	36	0	2	5,83

Dos cinquenta e dois enfermeiros que participaram no estudo, dois assumiam as funções de enfermeiros especialistas e um de chefe do serviço. Dos enfermeiros de cuidados gerais, seis eram detentores do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, quarenta e dois eram licenciados em enfermagem e um bacharel em enfermagem.

2.5 - Desenho do estudo

A consecução deste estudo assentou na concretização de cinco fases sequenciais da metodologia de IA. As diferentes fases do estudo estão inter-relacionadas e, cada uma, procura dar resposta a objetivos específicos que descreveremos nessas fases. A partir desses objetivos, descreveremos as opções relativas aos métodos de recolha de dados; aos métodos de análise e os resultados obtidos, bem como as sínteses operativas que nos permitiram avançar para as fases seguintes.

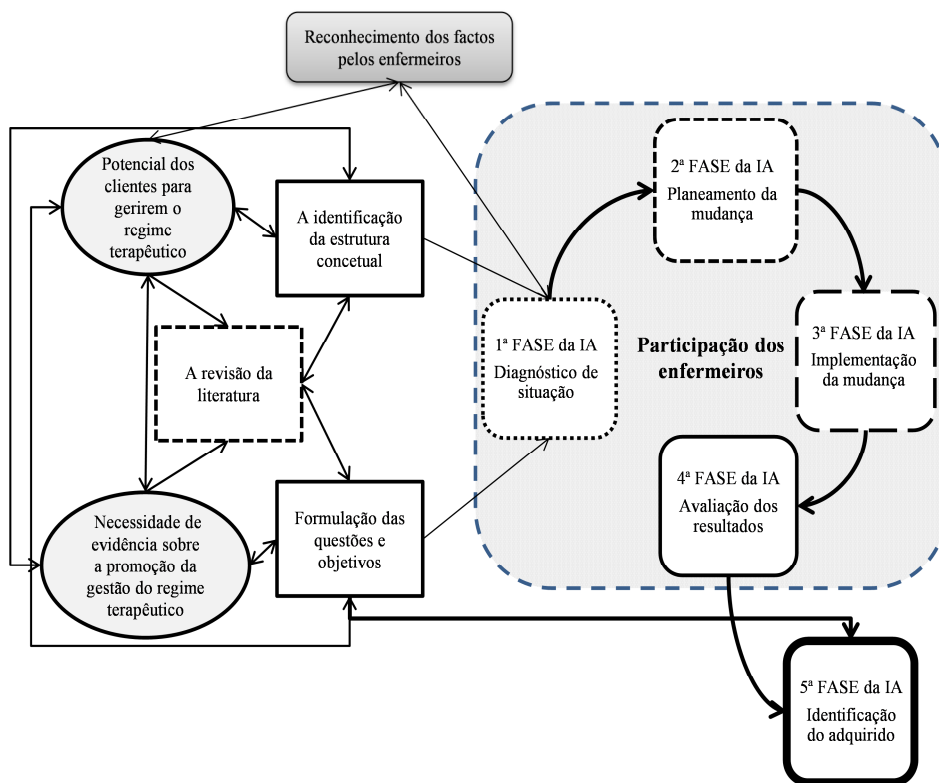
Na figura 4 apresentamos uma visão global do estudo. Na primeira fase da IA, identificamos a estrutura concetual, realizamos a revisão da literatura e, formulamos as questões de investigação. Para conhecermos, compreendermos e descrevermos a realidade e o contexto em que se desenvolveu a investigação, desenvolvemos um estudo de carácter exploratório e descritivo. Deste estudo, emergiram resultados, que foram disponibilizados e discutidos com os enfermeiros, o que viabilizou a identificação do problema e, a identificação das oportunidades de desenvolvimento da prática clínica. Oportunidades que orientaram o planeamento da mudança (a segunda fase da IA).

Planeada a mudança, evoluímos para a sua implementação na prática clínica (terceira fase da IA), e para a avaliação dos resultados (quarta fase da IA).

Com a avaliação do impacte da mudança na prática clínica e, na resposta às questões de investigação, procedemos à identificação do adquirido na prática clínica e nas respostas às questões de investigação.

Em cada um dos capítulos que se seguem procederemos, a partir da visão global do estudo, à sua especificação, explicitando as diferentes opções adotadas.

Figura 4 – Visão global do estudo



Apresentada a visão global do estudo evoluímos para apresentação da perspectiva ética que orientou a relação entre investigadores e, entre investigadores e clientes.

2.6 - Perspetiva ética do estudo

O desenvolvimento do percurso de mudança foi orientado pelos princípios da solidariedade¹⁴⁷ e da responsabilidade¹⁴⁸ entre os investigadores (investigador principal e enfermeiros). Estes princípios “iluminaram” a inter-relação e o comprometimento interno dos investigadores enquanto agentes individuais envolvidos num processo de mudança.

O princípio da solidariedade baseou-se na assunção que os atos individuais dos investigadores (investigador principal e enfermeiros) tinham repercussões sobre o grupo. Este facto alicerçou o comprometimento interno e viabilizou a manutenção da unidade do grupo, permitindo o percurso desenvolvido e a construção de objetivos comuns ao grupo. Este princípio conduziu os enfermeiros à procura de soluções que no contexto viabilizassem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes com DPOC. Desta forma de acordo com o mandato social, os enfermeiros orientaram a ação para a dignificação da profissão, para a solidariedade com os colegas e com a sociedade.

O princípio da responsabilidade permitiu que os investigadores (investigador principal e enfermeiros), a partir de uma atitude de permanente inquietude, evoluíssem para a procura das melhores respostas face às necessidades dos clientes que se lhes confiavam. Esta atitude possibilitou, o ultrapassar das preocupações consigo próprios em benefício do grupo e daqueles que se lhes confiavam.

A relação estabelecida entre os investigadores (enfermeiros) e os clientes foi iluminada pelos quatro princípios éticos de Beauchamp e Childress¹⁴⁹:

Nesta relação os investigadores asseguraram o princípio da autonomia dos clientes. Toda a informação que os clientes julgavam necessária para a decisão livre e informada foi disponibilizada, garantindo o espaço, a liberdade e a privacidade, para a escolha individual.

Aos clientes que participaram na recolha de dados, foi-lhes solicitado o consentimento informado, após terem sido explicados os motivos e objetivos do estudo.

Pretendíamos com o consentimento informado, garantir que os clientes possuíssem e compreendiam a informação para poderem decidir livremente pela sua participação. Neste sentido, para além do consentimento informado (anexo 2), foi disponibilizada uma carta explicativa do estudo (anexo 3).

Asseguramos aos clientes, a confidencialidade e anonimização dos dados, bem como a possibilidade de não responderem a alguma das questões colocadas e a possibilidade de terminarem a sua participação na recolha de dados sempre que assim o entendessem, sem que isso pudesse influenciar o normal desenrolar da prestação de cuidados. Pretendíamos assim, assegurar o respeito pela dignidade humana, e o direito à autodeterminação e à revelação completa¹⁵⁰.

Este estudo foi conduzido pelo princípio da não-maleficência - a obrigação de não infligir dano intencionalmente, *Primum non nocere*, que significa acima de tudo não causar dano, assegurando também a isenção de dano e de exploração do cliente¹⁵¹. Para a sua consecução, os enfermeiros no seu processo de decisão, tiveram presente o estado da arte e a opinião de diferentes atores, entre os quais os clientes com DPOC.

A intenção manifestada pelos investigadores (investigador principal e enfermeiros) foi orientada pelo princípio da beneficência - a obrigação moral de agir em benefício dos outros. Princípio que associado ao da responsabilidade e da solidariedade estiveram na origem do estudo dirigido à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes com DPOC.

No planeamento da mudança e na sua implementação, os enfermeiros orientaram a sua ação para a disponibilização de um tratamento justo, equitativo, apropriado e baseado na melhor evidência disponível, tendo por base aquilo que é devido aos clientes (Princípio da justiça).

No momento da alta clínica, procedemos sempre à referenciação dos clientes para os cuidados de saúde primários e, no caso da alta clínica do internamento, procedeu-se também, à referenciação para a consulta externa de enfermagem, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

No internamento e na consulta de enfermagem procedeu-se à implementação de ações de enfermagem em resposta às necessidades de cuidados identificadas, assegurando-se, sempre que necessário, a referenciação do cliente para os cuidados de saúde primários. A duração do acompanhamento na consulta externa e a sua intensidade foi ditada pelas necessidades de cuidados de enfermagem e pela vontade expressa do cliente em usufruir do acompanhamento.

2.7 - Técnicas de recolha e análise dos dados

Face à natureza do paradigma, da metodologia e da finalidade deste estudo, recorremos a diferentes técnicas de recolha de dados (entrevistas; observação; análise de conteúdo; questionários, formulários) de acordo com os objetivos e a necessidade de informação constatada em cada momento da IA.

Adotámos uma estratégia de triangulação de fontes de dados para a construção da realidade que aqui apresentamos. Quando falamos em triangulação referimo-nos à estratégia que “...reflete um esforço para assegurar uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão”¹⁵².

Dadas as diferentes técnicas de recolha de dados utilizadas, apenas abordaremos os seus aspetos particulares, nas fases da IA em que foram utilizadas.

No tratamento dos dados utilizamos abordagens qualitativas e quantitativas, pois acreditamos que, a partir da sua complementaridade, os resultados podem ser enriquecidos¹⁵³. Pelo exposto e face às divergências paradigmáticas entre os defensores das abordagens qualitativas e/ou quantitativas, subscrevemos a posição daqueles que “...acreditam que muitas áreas de indagação podem ser enriquecidas, através da mistura criteriosa de dados qualitativos e quantitativos...”¹⁵⁴.

Realçamos que nas abordagens quantitativas, quando verificamos a necessidade de recorrer à análise estatística inferencial, utilizamos testes estatísticos não paramétricos, dado as variáveis em estudo não cumprirem os pressupostos de adesão à normalidade.

Apresentadas as opções metodológicas adotadas neste percurso, evoluímos, de seguida, para o terceiro capítulo, onde apresentamos as oportunidades identificadas para o desenvolvimento da prática clínica, naquilo que se refere à promoção do autocuidado dos clientes com DPOC.

2.8 - Referências bibliográficas

¹¹⁶GUBA, E.; LINCOLN, Y. – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994.

¹¹⁷DENZIN, N. K., & LINCOLN, Y. S. - *Handbook of qualitative research (2nd ed.)*.

Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000, p. 18.

¹¹⁸KUHN, Thomas S. – A estrutura das revoluções científicas. Guerra e Paz, Editores S.A, 2009.

¹¹⁹GUBA, E.; LINCOLN, Y. – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994.

¹²⁰MELEIS, A. I. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p. 77-80.

¹²¹MONTI, E. J. & TINGEN, M. S. - Multiple Paradigms of Nursing Science. *Advances in Nursing Science*. Vol. 21, nº 4 (1999), p. 64-80.

¹²²DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1994.

¹²³DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. - Major Paradigms and Perspectives. *The landscape of qualitative research - Theories and Issues*. United States of America: Sage. Publicatoions, Inc, 1998.

¹²⁴GUBA, E.; LINCOLN, Y. – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994.

¹²⁵FORTIN, M. – *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, p. 149.

¹²⁶MELEIS, Afaf Ibrahim – *Theoretical Nursing, Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lppincott & Williams & Wilkins, 2007.

¹²⁷PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 37-38.

¹²⁸GREENWOOD J. – Action research: a few details, a caution and something new. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.20 (1994), p. 13-18.

¹²⁹HART, E. - Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.23 (1996), p. 454-461.

¹³⁰GREENWOOD J. – Action research: a few details, a caution and something new. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.20 (1994), p. 13-18.

¹³¹HART, E. - Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas.

Journal of Advanced Nursing. Vol.23 (1996), p. 454-461.

¹³²HOLTER & SCHWARTZ-BARCOTT - Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*. Vol.18 (1993), p. 298-304.

¹³³MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf.

¹³⁴MCKAY, J.; MARSHALL, P. - 2 x 6 = 12, or Does It Equal Action Research? Paper presented at the Australasian Conference on Information Systems (ACIS 1999), Wellington; New Zealand. December; 1999

¹³⁵SUSMAN, G.I. & EVERED R.D. - An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 23 (1978), p. 582-603.

¹³⁶MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf

¹³⁷MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf

¹³⁸MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf

¹³⁹ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

¹⁴⁰ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

¹⁴¹ARGYRIS C. – *Maus conselhos: uma armadilha gerencial, como distinguir os conselhos eficazes daqueles que não têm valor*. Porto Alegre: Artmed editora S.A., 2005, p. 51.

¹⁴²SILVA, A. – *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra. Formasau. 2006, p. 57-58.

¹⁴³SOUSA, P.A F. – *Sistema de partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra. Formasau. 2006, p. 134.

¹⁴⁴SILVA, A. – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. 2001. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

¹⁴⁵SOUSA, P. – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. 2005. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

¹⁴⁶Ibidem.

¹⁴⁷VIEIRA, Margarida – *Solidariedade e responsabilidade*. In *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra 2 – publicações, Lda., 2004.

¹⁴⁸VIEIRA, Margarida – *Solidariedade e responsabilidade*. In *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra 2 – publicações, Lda., 2004

¹⁴⁹BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J.; - *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

¹⁵⁰POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

¹⁵¹POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

¹⁵²DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1994, p. 2.

¹⁵³POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

¹⁵⁴POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P.– *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 277.

Capítulo 3 – Identificação das oportunidades de desenvolvimento da prática clínica

Neste capítulo apresentaremos e descreveremos as oportunidades identificadas no contexto do estudo, para o desenvolvimento da prática clínica no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico de clientes com DPOC.

Este capítulo está organizado em quatro partes distintas; a primeira centrada na apresentação do modelo de cuidados em uso, a segunda centrada na apresentação da organização dos cuidados, a terceira na representação do “fenómeno” na documentação dos cuidados de enfermagem. Na quarta parte deste capítulo apresentamos a síntese da problemática identificada.

A primeira fase deste percurso de IA teve um carácter exploratório e descritivo, fundamentado na necessidade de conhecer, compreender e descrever a realidade e o contexto em que se desenvolveu a investigação. Tínhamos por objetivo identificar as oportunidades de desenvolvimento da prática clínica.

Neste sentido, tornava-se fundamental conhecer como os enfermeiros pensavam e organizavam a ação terapêutica, conhecer a forma como a representavam na documentação dos cuidados de enfermagem, e conhecer as estratégias que utilizavam para assegurar a continuidade dos cuidados.

Para a concretização do exposto, recorreremos a uma estratégia de triangulação de dados¹⁵⁵. Para uma melhor compreensão do percurso desenvolvido apresentaremos de seguida as opções tomadas para a recolha de dados.

Para identificar os traços dominantes do modelo de cuidados em uso, em particular na abordagem dos clientes com DPOC, utilizamos a observação, entrevistas não estruturadas com informantes chave (enfermeiros peritos e clientes com DPOC) e reuniões de serviço, a partir das quais, realizamos análise de conteúdo ao discurso produzido.

O recurso a diferentes técnicas de recolha de dados tinha por objetivo revelar dimensões e outros aspetos que na perspetiva dos clientes e dos enfermeiros peritos¹⁵⁶, fossem centrais para a delimitação problemática. Aspetos que o investigador principal não poderia conhecer de outra forma¹⁵⁷.

A observação constitui uma técnica de investigação que, embora possa ser utilizada de forma exclusiva, usualmente é complementada por outras, como as entrevistas não estruturadas, semiestruturadas ou a análise documental¹⁵⁸.

Ao integrar o grupo no contexto da ação, procuramos observar a ação dos enfermeiros no domínio em estudo. A nossa imersão no contexto clínico foi apenas a de quem observa¹⁵⁹, tendo o investigador garantido a confiança da equipe de enfermagem previamente, procurando evitar assim, a “*fachada protetora do grupo*”¹⁶⁰. Para a aceitação pelo grupo e para a evicção da “*fachada protetora*” foi determinante, o facto do investigador enquanto professor da ESEP, acompanhar alunos do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico neste contexto desde 2008. Para a concretização da observação realizámos observação descritiva; focalizada e seletiva^{161,162}. Neste percurso, realizamos cerca de oitenta horas de observação no internamento e vinte horas na consulta externa.

Para o registo do observado procedemos à elaboração de um diário de campo, que incluía notas de campo. Para a sua concretização, elaboramos notas de natureza substantiva, com um objetivo de descrever as situações observadas e anotações metodológicas com a finalidade de descrever reflexões pessoais. Na elaboração das notas de natureza substantiva tivemos em consideração três aspetos: o princípio da identificação da linguagem; o princípio do *verbatim* e o princípio do concreto¹⁶³. Relativamente ao princípio da identificação da linguagem, identificamos sempre o enfermeiro a que se referia a “entrada” com um número. Relativamente ao *verbatim*, colocamos o nosso esforço na utilização exata das palavras expressas pelos enfermeiros e clientes. Na consecução do princípio do concreto, documentamos sem interpretação o que “vimos e ouvimos”. Na elaboração das notas metodológicas, centramos a nossa atenção no relato dos problemas identificados na observação, com a intenção de orientarem as observações futuras¹⁶⁴.

Para delimitar a problemática em estudo, complementamos a observação com a realização de entrevistas¹⁶⁵. As entrevistas foram realizadas a dois tipos de informantes chave: clientes com DPOC acompanhados no internamento e na consulta externa, e a enfermeiros peritos. Nestas entrevistas, utilizamos questões descritivas, estruturais e de contraste. Com as questões descritivas pretendíamos que os informantes expusessem a forma como agiam e pensavam. A utilização de questões estruturais pretendia contribuir para a identificação de como os informantes organizavam o conhecimento. A utilização de questões de contraste pretendia dar uma oportunidade aos participantes de discutir os significados das situações e dar-lhes a oportunidade de comparar situações e acontecimentos vivenciados¹⁶⁶.

As entrevistas

As entrevistas não estruturadas com os clientes foram realizadas em contexto de internamento e da consulta externa, de forma a maximizar as oportunidades de retorno teórico.

Embora as entrevistas utilizadas não tivessem um carácter estruturado, procedemos à identificação de objetivos que pretendíamos atingir. Assim, identificamos os seguintes objetivos:

- Conhecer a forma como os clientes procederam à integração no quotidiano das atividades propostas pelos profissionais de saúde, para lidarem com a situação de saúde/doença;
- Conhecer as principais dificuldades experienciadas na gestão do regime terapêutico;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos clientes com DPOC, no domicílio, para gerir o regime terapêutico;
- Conhecer a opinião dos clientes sobre o programa de tratamento dirigido e proposto pelos enfermeiros;
- Conhecer a opinião dos clientes sobre a articulação dos cuidados de enfermagem entre o serviço de internamento e da consulta externa;
- Conhecer a opinião dos clientes sobre o tipo de apoio disponibilizado pelos enfermeiros.

Para a seleção dos entrevistados procedemos a uma amostragem teórica¹⁶⁷. Pretendíamos, assim, maximizar as oportunidades de descobrir variações entre conceitos e acrescentar densidade às categorias e subcategorias. Realizámos seis entrevistas, a clientes:

- Com integridade das funções cerebrais superiores, para a participação na entrevista;
- De ambos os sexos (cinco homens e uma mulher);
- Em diferentes faixas etárias;
- Com diferentes graus de progressão da doença (um no grau II da doença; três no grau III; e dois no grau IV de GOLD);
- Clientes com diferentes competências para autocontrolar a doença
- Clientes com e sem episódios de recurso ao serviço de urgência;

- Clientes com diferentes tempos de evolução da doença;
- Clientes com diferentes níveis de escolaridade.

Para a seleção dos enfermeiros que participaram nas entrevistas, utilizamos uma amostragem teórica, com a finalidade de obter maior retorno teórico. Face ao exposto, identificamos os seguintes critérios de seleção:

- Enfermeiros com o título de especialistas em enfermagem de reabilitação do contexto, a exercer a função de enfermeiros especialistas;
- Enfermeiros do contexto que na sua atividade profissional estiveram envolvidos em outros percursos de acompanhamento de clientes com DPOC.

Com os critérios expressos identificamos e realizamos cinco entrevistas com enfermeiros que nomeamos de “enfermeiros peritos”.

Na realização das entrevistas com os clientes e enfermeiros peritos asseguramos os princípios éticos que nortearam o estudo. Recorremos à gravação em áudio das entrevistas com autorização dos participantes. Este facto tinha por objetivo facilitar a análise à posteriori do conteúdo das entrevistas.

Realizadas as entrevistas, procedemos à análise do seu conteúdo, sem a definição de categorias à priori, baseados num paradigma interpretativo e qualitativo¹⁶⁸, sendo o corpus da análise constituído pela totalidade do conteúdo das entrevistas.

No anexo 4 apresentamos o quadro de síntese das categorias e subcategorias e, alguns exemplos das unidades de registo da análise de conteúdo às entrevistas, com os clientes e enfermeiros peritos.

A análise de conteúdo à documentação de enfermagem

Para conhecermos e caracterizarmos como estava representado no SIE em uso a problemática do autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC, realizamos análise de conteúdo à documentação de enfermagem.

Para viabilizarmos a realização da análise de conteúdo à documentação dos cuidados de enfermagem, procedemos à identificação do número de episódios de internamento no serviço de medicina, entre um de janeiro de 2009 e trinta e um de dezembro de 2009, com o diagnóstico médico principal de DPOC (através dos códigos do CID9 MC). A partir deste critério, foram identificados quarenta e três episódios de internamento.

Relativamente aos clientes acompanhados na consulta de enfermagem, não se procedeu à análise de conteúdo, porque não existia nesta data, documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros ou notas gerais no SIE em uso (suporte de papel).

Para a concretização da análise de conteúdo, recorreremos à adoção de um modelo de análise *à priori*. Este modelo de análise baseou-se na versão $\beta 2$ da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]. Versão $\beta 2$ ¹⁶⁹). Esta taxonomia utiliza um sistema taxonómico do tipo “género/espécie”, no qual cada conceito está integrado num nível de abstração mais genérico e pode, simultaneamente, integrar conceitos de nível de abstração mais específico. Este sistema taxonómico viabilizou a análise de conteúdo à documentação de enfermagem, por permitir classificar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A utilização desta versão da taxonomia justifica-se por ser a mesma utilizada no SIE em uso, embora, já existissem versões mais atualizadas da CIPE[®].

O corpus da análise foi constituído pela totalidade da documentação dos cuidados de enfermagem referente aos episódios de internamento identificados. Os resultados foram organizados em diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Para caracterizar a condição de saúde destes clientes procedemos, ainda, à identificação do grau da doença e das comorbilidades associadas à DPOC. Para a sua viabilização, recorreremos à análise de conteúdo à documentação médica. Definimos como corpus de análise toda a documentação médica documentada no SI em uso, adotando categorias *à priori* (grau da doença - GOLD e, comorbilidades associadas – diagnósticos médicos).

Face à ausência de dados documentados que nos permitissem compreender a capacidade dos clientes para autocontrolarem a doença, procedemos à análise de três indicadores associados à utilização dos serviços de saúde (número de episódios de recurso ao serviço de urgência, o número de internamentos e o tempo médio de internamento). Estes são os indicadores mais utilizados na literatura, podendo ser concetualizados como indicadores indiretos do desenvolvimento de competências dos clientes para autocontrolarem a doença. Esta análise foi realizada a partir dos dados disponibilizados pelo serviço de sistemas de informação relativos aos clientes com episódios de internamento em 2009, no serviço de medicina A.

Os dados que emergiram das estratégias utilizadas, nomeadamente das entrevistas com os enfermeiros peritos evidenciavam, a necessidade de nutrir as categorias e

subcategorias emergentes da “ação dos enfermeiros” de maior densidade. Nomeadamente, ao nível do “conteúdo da ação”, das “estratégias utilizadas na ação” e, das estratégias utilizadas para “avaliação” dos resultados da ação nos clientes. Pelo exposto, realizamos duas reuniões de grupo com os enfermeiros do contexto.

As reuniões de grupo com os enfermeiros

As reuniões de grupo tinham por objetivo que os enfermeiros expressassem a sua opinião e experiências¹⁷⁰ no domínio da problemática do autocuidado - gestão do regime terapêutico nos clientes com DPOC. Estas reuniões geraram diálogo e viabilizam a reflexão entre os enfermeiros, permitindo ao investigador principal, uma maior clarificação da problemática. Estas reuniões foram conduzidas como entrevistas com o objetivo de transportar o investigador principal para o mundo dos sujeitos.

Neste sentido, e de acordo com as estratégias já mencionadas, viabilizamos a criação de um ambiente onde os enfermeiros puderam ser originais, viabilizando a criação de um ambiente informal, onde foram criadas as oportunidades para todos exporem a sua perspetiva da problemática. Estas estratégias viabilizaram a reflexão e a partilha, ajudando o investigador a conhecer melhor o “mundo” dos enfermeiros no contexto.

Realizamos duas reuniões para:

- Otimizar a possibilidade de todos os enfermeiros participarem;
- Ter a possibilidade de analisar os dados e aprofundar temáticas que necessitassem de atingir maior saturação teórica¹⁷¹.

A vantagem na utilização deste formato residiu na sua eficiência, e no facto de poderem gerar muito diálogo, ainda que uma das desvantagens fosse o facto de alguns enfermeiros poderem sentir-se pouco à vontade para falar em grupo.

Procedemos à gravação áudio das reuniões para facilitar a sua análise. O corpus de análise foi constituído pela totalidade das discussões excluindo os aspetos considerados marginais.

Na análise de conteúdo às entrevistas de grupo adotamos um modelo de análise com a definição de categorias *à priori*. Categorias que tinham emergido da análise de conteúdo às entrevistas com peritos e à documentação de enfermagem.

Expostas as técnicas de recolha e análise dos dados, o desafio que agora se colocava, era o de apresentar uma síntese dos elementos da problemática que permitissem evidenciar

o essencial para a resposta ao objetivo que nos propusemos, sem descaracterizar o percurso realizado.

De seguida apresentamos a problemática identificada organizada em torno de três eixos fundamentais: o modelo de cuidados em uso; a organização dos cuidados e a representação do autocuidado - gestão do regime terapêutico na documentação de enfermagem.

3.1 – No modelo de cuidados em uso

Da análise dos dados emergiu o modelo de cuidados em uso, como um dos eixos centrais da problemática identificada.

Nesta tese definimos modelo de cuidados em uso, como a representação tangível da forma como os enfermeiros no contexto da ação conceitualizam, implementam e avaliam os cuidados de enfermagem no contexto. Representação que evidencia a intenção para a ação, a conceção, os elementos utilizados na ação de enfermagem, a avaliação da ação e a continuidade de cuidados, excluindo desta discussão os aspetos organizacionais (físicos e processuais).

A intenção dos enfermeiros para a ação

Relativamente à intenção¹ para a ação, esta era influenciada negativamente pelo modelo biomédico¹⁷². O modelo biomédico influenciou o percurso de formação académico e profissional dos enfermeiros “...estamos muito no modelo biomédico... preocupamos muito com os sinais vitais, com os exames, com a medicação...”(R2E4). Os enfermeiros referiam que o percurso académico e profissional tinha sido muito direcionado para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais, essencialmente centrados na gestão de sinais e sintomas da doença² e das suas consequências sobre a autonomia no autocuidado “...desde o início da minha formação que a minha preocupação principal esteve centrada na administração da medicação e na deteção das complicações da doença... acho que desde sempre atribuímos menos relevância a tudo

¹Intenção pode ser conceitualizada como um indicador do esforço que os enfermeiros estão dispostos a empreender na persecução do comportamento profissional que a norma subjetiva e o controlo percebido condicionam (AJZEN, 1991).

²O conceito de gestão de sinais e sintomas refere-se à intenção dos enfermeiros para a ação centrada nos aspetos relacionados com a doença (processo patológico, sinais e sintomas associados). Traduz uma enfermagem mais próxima do que tradicionalmente se designa por modelo biomédico (SILVA, 2011, p.39; Pereira, 2007; SILVA, 2006, p.40).

o resto... bem... mas realmente não pode ser assim...senão quem o faz?” (NC8).

No domínio da intenção para a ação os enfermeiros, revelavam, congruência entre o que expunham (modelo exposto) e o que efetivamente implementavam (modelo em uso). Facto constatado na observação, nas entrevistas com os peritos e nas reuniões de grupo e, como abordaremos mais adiante, na representação da problemática no SIE em uso.

Foi na consulta externa onde verificamos a existência de uma prática profissional de enfermagem, onde a intenção para a ação mais se afastava do “*core*”³ da disciplina, facto associado a questões organizacionais que abordaremos adiante neste capítulo. A intenção para a ação na consulta centrava-se quase que exclusivamente na monitorização de sinais da doença e na administração de fármacos “*...aqui (consulta) a minha ação é quase exclusivamente centrada na monitorização da tensão arterial, do pulso, da saturação de oxigénio e do peso e em administrar medicação*” (NC27).

Relativamente à intenção para a ação, era perceptível o incómodo que os enfermeiros revelavam quando confrontavam o modelo em uso com a perceção dos desafios que os clientes enfrentavam no domínio do autocuidado “*... o que nos levou a aceitar este percurso foi a nossa inquietação com o facto de não conseguirmos ajudar estes doentes a gerir melhor o regime terapêutico, e consequentemente, a controlarem a evolução da doença...* (NC13).

Na observação, foi-nos possível constatar, as variações individuais na ação e na intenção para a ação neste domínio, embora sempre distante de um modelo centrado nas respostas humanas às transições⁴. Contudo, a atitude dos enfermeiros face à problemática em estudo, e o envolvimento que se vislumbrava, revelavam a intenção exposta, congruente com o desenvolvimento de um percurso centrado no desenvolvimento de uma ação mais sistematizada.

A conceção de cuidados

Da intenção exposta resultava uma conceção de cuidados, essencialmente, centrada na gestão de sinais e sintomas da doença. Conceção que refletia, a atitude face à profissão e

³“*Core*” – refere-se à clarificação daquilo que é a essência da disciplina, os elementos centrais e os objetivos da disciplina (Pereira, 2007).

⁴Respostas humanas às transições traduzem uma intenção centrada nos pressupostos teóricos definidores da enfermagem como disciplina do conhecimento, de acordo com os quais o enfermeiro é um profissional de saúde capaz de se constituir como uma ajuda profissional para a pessoa que está a viver uma transição (SILVA, 2011, p.45; SILVA 2007).

aos cuidados, a norma subjetiva⁵ e o controlo percebido¹⁷³.

Neste domínio os enfermeiros referiram que “... o facto de a formação ter sido pouco sustentada nas áreas centrais de enfermagem, levou-nos a aceitar o modelo biomédico, provavelmente por nos ser mais fácil de gerir e integrar no quotidiano...” (NC20).

Relativamente às áreas centrais que deveriam nutrir a conceção de cuidados, e a ação de enfermagem no domínio da problemática em estudo, os enfermeiros peritos referiam que “... devíamos intervir melhor no conhecimento dos doentes, para eles saberem mais sobre a doença, como evitar ficarem piores, quando iniciar a medicação de SOS... ajudá-los a deixar de fumar, fazê-los perceber a importância de utilizarem os inaladores...” (EEP1), “... é muito importante ajudá-los a viver com a falta de ar, a tomar banho; a andar; a comer,...” (EEP2), “ era muito importante eles terem consciência que são capazes de fazer... por exemplo de usar o inalador corretamente...” (EEP3).

A identificação feita pelos peritos é congruente com a evidência disponível, que aponta para a necessidade de ajudar estes clientes a desenvolverem conhecimento em domínios específicos. Aqui, incluem-se os fatores de risco; a natureza da doença; a utilização de inaladores; as estratégias para minimizar a dispneia; o reconhecimento e tratamento das exacerbações; as complicações da doença; a utilização da oxigenoterapia e os cuidados em fim de vida. A promoção da adoção de comportamentos adequados, como a cessação tabágica; a evicção da poluição interior e exterior; a gestão eficaz do regime terapêutico; exercício físico; autovigilância. E, por último, o aumento da perceção da autoeficácia para o desempenho das atividades do autocuidado^{174,175,176,177}.

Face à clareza e facilidade com que os peritos identificaram as áreas centrais a englobar na conceção de cuidados neste contexto, a pergunta que emergia era a de *porque é que não se utilizavam na prática clínica?* A resposta foi surpreendentemente simples e levou-nos, a outras perguntas não menos pertinentes: *como é que se faz?; quando se faz?; quando é que se começa?; em que clientes?; quantas vezes?; que estratégias podemos utilizar?; como se avalia?; como integrar no fluxo dos cuidados?; como garantir o envolvimento dos enfermeiros?; e como se assegura a continuidade de cuidados?*.

⁵Norma subjetiva consiste nas crenças dos indivíduos sobre o que as outras pessoas significantes pensam sobre o comportamento que deve ser adotado (Conner & Norman 2007, p.173).

Relativamente a estas questões literatura é insipiente, isto porque, a redação dos artigos não está orientada para a especificação dos conteúdos e das estratégias. Este facto pode indicar uma postura dos consumidores deste tipo de evidência, muito centrada na clarificação da efetividade, mais do que na conceção e no desenvolvimento de programas, o que acreditamos será o passo seguinte da divulgação do conhecimento neste domínio.

Na conceção de cuidados, os enfermeiros revelavam a necessidade de desenvolver e sistematizar competências sobre o processo de tomada de decisão em enfermagem no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico. Esta necessidade estava alicerçada num baixo nível de desenvolvimento de competências neste domínio disciplinar “... *sei muito pouco sobre gestão do regime terapêutico, e mesmo aqueles que sabem um pouco mais, não nos conseguem a ajudar no dia-a-dia...*” (R2E3).

No processo de tomada de decisão, os enfermeiros manifestavam, a necessidade de desenvolver competências para a identificação dos dados relevantes para o processo de tomada de decisão, nomeadamente na identificação dos diagnósticos de enfermagem, na identificação das intervenções de enfermagem e das atividades que as concretizavam. Esta necessidade era também constatável na definição dos critérios que viabilizavam a avaliação do resultado da ação de enfermagem.

Na conceção de cuidados os enfermeiros não utilizavam os condicionalismos internos aos clientes no seu processo de decisão. Contudo identificavam a literacia; alguns aspetos da adaptação; o status cognitivo; as capacidades instrumentais; a perceção do suporte; a volição; o compromisso dos processos corporais; os comportamentos aditivos; o efeito terapêutico percebido; o conhecimento; o estilo de autocuidado; as crenças; as preferências individuais; o custo, a complexidade e os efeitos secundários do regime medicamentoso como aspetos relevantes como de seguida descreveremos.

Os enfermeiros peritos referiram que a literacia assumia um papel fundamental no padrão de utilização da informação e na facilitação da integração de regimes terapêuticos no quotidiano “... *o facto de possuir baixa literacia.... perturba a utilização dos dispositivos, dos medicamentos e dos equipamentos que na sua conceção não preveem este tipo de dificuldades...*” (EEP1). Facto também constatável na evidência disponível, onde emerge que clientes mais velhos têm menor literacia, utilizam mais os serviços de saúde e têm pior nível de saúde^{178,179,180,181,182,183,184,185}.

Os enfermeiros peritos referiam também que aspetos da adaptação como a aceitação do estado de saúde; as estratégias adaptativas adotadas para o autocuidado; as estratégias adotadas para a gestão do stresse, tem grande relevância, sobre o desenvolvimento de competências de autocuidado.

Ainda segundo os enfermeiros peritos, a aceitação do estado de saúde é um fator determinante para o desenvolvimento da consciencialização da necessidade de implementar “mudanças” no quotidiano “...*cronicidade implica uma forma de estar... o doente que não aceita a sua limitação... porque é restritiva... tem uma reação diferente...*” (EEP3) e pela evidência disponível¹⁸⁶.

Relativamente às estratégias adaptativas utilizadas pelos clientes para preservarem a autonomia no autocuidado, baseavam-se, essencialmente, na redução do nível de atividade, em oposição ao esperado, que seria o desenvolvimento de estratégias que ajudassem a minimizar o impacte da falta de energia no autocuidado.

A manutenção da tolerância à atividade no quotidiano é um desafio para o qual os clientes muitas das vezes não conseguem desenvolver estratégias adaptativas eficazes, motivo pelo qual se gera stresse. Facto constatado nas notas de campo “... *estes doentes sentem muitas dificuldades para se habituarem à falta de energia, no início pensam que podem fazer tudo como dantes, e depois ficam com dispneia, depois é um ciclo vicioso em que dispneia gera mais dispneia, e os doentes perdem o controlo e acabam no serviço de urgência... claro que depois face a isto ficam com medo... e a estratégia que adotam é a de fazer o mínimo de atividade física possível... e o que acontece... são as limitações que depois apresentam...*” (NC23). A evidência corrobora estes factos ao demonstrar que o stresse pode ter consequências devastadoras sobre a qualidade de vida¹⁸⁷, sobre o controlo da doença¹⁸⁸, e sobre a utilização dos serviços de saúde^{189,190}.

O *status* cognitivo é um fator estrutural para a aceitação da condição de saúde, para o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora de “mudanças” no quotidiano e, para reter e utilizar a informação necessária ao desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico^{191,192}. Facto realçado pelos enfermeiros peritos: “... *existem doentes nos quais intervêns uma vez, e estão aptos... outros é necessário intervir uma, duas, três vezes, porque continuam a fazer mal... tens de perceber a capacidade e a disponibilidade para aprender...*” (EEP2).

As capacidades instrumentais emergiram como fundamentais para a realização da

técnica de inalação e para a utilização dos inaladores¹⁹³, tal como referiam os peritos “... o facto de ter a coordenação entre acionar o dispositivo com a mão e a inalação é complicado para alguns doentes...” (EEP2).

O suporte percebido era outro dos fatores referido como podendo influenciar a gestão do regime terapêutico. Neste contexto o suporte familiar¹⁹⁴ assume grande relevância, dada progressividade da doença e do seu impacto sobre a capacidade do cliente se autocuidar. A compreensão pela família das características da doença e dos desafios que se colocam aos clientes, pode ser determinante para o desenvolvimento de estratégias adaptativas pelos clientes e familiares.

O suporte familiar é reconhecido pelos enfermeiros como determinante para a gestão do regime terapêutico. Os enfermeiros realçaram o facto de “... muitas vezes, as pessoas significativas têm mais idade...” (EEP1) que os clientes com DPOC, e problemas de saúde que condicionam a sua efetiva disponibilidade para assumir o papel de apoio ou de membro da família prestador de cuidados. Os enfermeiros realçaram, ainda, o isolamento social como fator condicionador da gestão eficaz do regime terapêutico.

Clientes que percebem a existência e a disponibilidade de recursos nos serviços de saúde e, a sua preparação para responder às suas necessidades de cuidados, apresentam maior envolvimento no autocontrolo da condição de saúde. Os enfermeiros peritos realçam a debilidade e fraca articulação entre o CHP-HSA e os serviços de saúde da comunidade realçando, que “... o não acompanhamento por um profissional... com o intuito de ver como a pessoa está, e se está ou não a cumprir o regime terapêutico, é um dos fatores para que a pessoa seja reinternada...” (EEP1).

Relativamente ao suporte profissional, os clientes manifestaram o baixo suporte percebido, essencialmente de ações de enfermagem dirigidas à resolução de problemas que vivenciam no quotidiano. Os clientes referem que “...os enfermeiros pouco me oferecem..., é mais o médico... (EC1), “... os enfermeiros podiam ter essa ação mais próxima do doente... (disponibilizar informação)” (EC5). A evidência identifica também o suporte profissional como um dos fatores que condiciona o desenvolvimento de competências para a gestão do regime terapêutico¹⁹⁵.

A volição manifestada pelos clientes para desenvolverem competências de autocuidado é influenciada negativamente pela presença de depressão e pela ausência de projeto de vida.

A perceção que os desafios que se colocam diariamente são superiores à capacidade de desenvolvimento de respostas adaptativas está associada ao desenvolvimento de depressão. A depressão concorre para o isolamento progressivo do cliente do meio profissional, social e familiar. A depressão reduz a motivação do cliente para integrar no quotidiano o regime terapêutico, condiciona o envolvimento na gestão da condição de saúde e, pode resultar ou ser o resultado, da falta de esperança^{196,197,198,199,200,201}. Na observação foi-nos possível constatar que clientes com DPOC, com diagnóstico médico de depressão, apresentavam um nível de envolvimento na gestão da condição de saúde que condicionava o desenvolvimento de competências no autocuidado.

O projeto de vida do cliente pode ter grande repercussão sobre a motivação e disponibilidade para o desenvolvimento e implementação de estratégias adaptativas no quotidiano, independentemente da gravidade da condição de saúde. Clientes que encontram justificação para continuarem a “viver”, são mais proactivos no controlo da sua condição de saúde. Enquanto clientes que não têm projetos de vida, quer pela ausência de suporte familiar, profissional ou social, tendem a encarar a doença como uma inevitabilidade para a qual não têm, e não podem ter, capacidade de resposta aos desafios que se colocam. Estes clientes enfrentam a degradação da condição de saúde como inevitável e conducente à morte “... *estou velho, o que ando aqui a fazer, não tenho ninguém que me possa ajudar... vem um dia, vem outro... pouco importa...*” (EC6).

Este facto é realçado pelos enfermeiros peritos, tendo referido que os clientes “... *até podem não saber ler, não terem recursos económicos, mas... se querem que o filho chegue à faculdade e é importante para ele (cliente) ... manter-se vivo, e bem até ao filho ir para a faculdade, a pessoa vai fazer de tudo para gerir bem ...*” (EEP1) e pelos clientes que referem “... *vou querer ver os meus netos a crescer, a família é uma motivação muito grande...e as crianças mais...a família os mais pequeninos...*” (EC5).

O estilo de autocuidado (Cfr. BACKMAN, K. & HENTINEN, M, 1999)²⁰² assume-se como um condicionalismo pessoal. Este estilo é influenciado pela postura pessoal face ao envelhecimento, aos outros e ao futuro. E influencia a forma como os clientes percecionam a condição de saúde, como lidam com os desafios, como interagem com os profissionais de saúde e como se posicionam face ao tratamento negociado.

O estilo de autocuidado influencia e é influenciado pela capacidade funcional para o autocuidado, a autoestima e a satisfação com a vida. Dada a sua relevância face à gestão

do regime terapêutico verificamos, na observação, que este não era contemplado na conceção de cuidados.

O compromisso dos processos corporais é uma causa e uma consequência da redução da energia disponível, influenciando a autonomia no autocuidado. Os clientes com DPOC referem menor autonomia nos domínios do autocuidado: andar; atividade recreativa; atividade doméstica; higiene; vestuário e alimentar, como pode ser constatado nos exemplos “... sinto-me cansado... a tomar banho...” (EC1), “... lavar as pernas e depois secar é que é mais complicado...” (EC2), “... deixei de fazer alguma coisa como nadar que gostava muito... não tenho resistência...”, (EC5). A evidência realça também que estes são os domínios de autocuidado mais afetados pelos compromissos corporais decorrentes da progressão da doença^{203,204}.

Outro fator que pode assumir relevância na atitude face ao regime terapêutico é o conhecimento que o cliente tem sobre a doença, a sua génese, a sua evolução e o potencial de controlo. Este facto é referido pelos enfermeiros peritos “... algo que leva a pessoa a não aderir ao regime terapêutico que lhe é oferecido para controlar a sua doença, passa pelo conhecimento sobre as oscilações da doença quer a nível sazonal, quer a nível de questões que despoletam as crises de agudização ...” (EEP 1). A evidência aponta estes fatores como concorrentes para uma gestão ineficaz do regime terapêutico^{205,206,207,208,209}.

Os clientes que mantêm comportamentos aditivos de uso do tabaco, ou o consumo excessivo de álcool, são identificados pelos enfermeiros como sendo os mais desafiantes para a promoção a gestão do regime terapêutico. Facto constatável na nota de campo “... os doentes nos quais a nossa ação é mais complicada e por vezes com piores resultados são aqueles, que mesmo percebendo a gravidade da doença, continuam a fumar. Depois, existem os outros, que por contextos sociais complicados ou por distúrbios do comportamento abusam do álcool...” (NC25), este facto é também corroborado pela evidência disponível²¹⁰.

O efeito terapêutico de alguns dos fármacos utilizados no controlo da progressão da doença não possibilita a perceção de efeitos de “alívio” imediato da dispneia, como no caso de outras doenças (ex.: asma). Este facto, é descrito como um dos principais preditores da sua não utilização e, está associado à falta de conhecimento do seu efeito terapêutico^{211,212,213}. Este fator é também referido pelos enfermeiros peritos quando referem “... se não sentir melhorias não toma...” (EEP2) e pelos clientes “... não via

melhoras... olhe... deixei de fazer...” (EC1) e “... não noto diferença nenhuma... contínuo a ter cansaço na mesma, aliás, aquilo também não deve ser para o cansaço...” (EC4).

A experiência passada destes clientes, ou a experiência que perceberam noutras pessoas com problemas de saúde similares, pode também determinar o comportamento. “... *Estes clientes, muitas das vezes, são influenciados pela experiência passada com os profissionais, com os fármacos e até pela opinião de outras pessoas com quem partilham o dia-a-dia... o que nem sempre contribui para uma gestão adequada do regime terapêutico...*”(NC17), este facto também é referenciado na literatura²¹⁴.

As crenças associadas aos fármacos e aos seus efeitos terapêuticos ou adversos, podem também ser condicionadoras da gestão do regime terapêutico^{215,216}. Este fator também é constatável entre os clientes entrevistados: “... *ao princípio não tomava os medicamentos, eram muitos e eu tinha medo... de ficar pior ...*” (EC1).

As preferências individuais dos clientes sobre as modalidades de regime terapêutico assumem-se como um dos fatores concorrentes para a gestão ineficaz²¹⁷. Os clientes podem apresentar preferências sobre as formas de apresentação dos fármacos ou das diferentes modalidades de exercício pelo que, a inclusão da preferência do cliente deve ser um dos elementos a considerar na prescrição farmacológica ou não farmacológica. “... *Muitas das vezes não estamos atentos e não privilegiamos as preferências dos clientes, deixamos que a prescrição do tratamento ideal se sobreponha, e em consequência disso, o resultado não é o melhor...*”(EEP5).

O custo dos fármacos pode condicionar a sua utilização, como referem os enfermeiros peritos “... *são caríssimos... estes doentes não fazem só esta medicação... às vezes dizem-me Sra. enfermeira só faço a medicação até meio do mês se não, não como!...*” (EEP2) e pelos clientes que referem “... *o pior de todos é o redondinho (inalador), só nesse vai um quarto da reforma ...*” (EC1), facto também realçado pela evidência disponível²¹⁸.

A complexidade percebida na utilização dos dispositivos farmacológicos pode também concorrer para a sub-otimização da terapêutica. Os enfermeiros realçam este fator quando referem: “... *o tipo de inalador que os doentes têm... porque existem alguns, difíceis de utilizar ...*” (EEP2). Os clientes realçam também a complexidade percebida na utilização dos dispositivos de inaloterapia, como um dos fatores para a sua não

utilização, referindo que *“aquele redondinho (inalador) é muito difícil, primeiro que percebesse ...”* (EC1) e *“a bombinha (inalador) não é fácil de usar ...”* (EC2). A complexidade percebida na utilização dos dispositivos farmacológicos é identificada na evidência como concorrente para uma gestão ineficaz do regime terapêutico^{219,220}.

Os efeitos secundários dos fármacos são outros dos aspetos que podem condicionar a atitude face ao regime terapêutico. Os enfermeiros peritos referem que devido aos *“... efeitos simpáticomiméticos... os doentes podem ter alterações da sua mobilidade fina e isso vai prejudicar o autocuidado ...”* (EEP1). A evidência também explora estes aspetos^{221,222,223,224,225}.

Os resultados que emergiram revelaram que os enfermeiros não integravam com sistemática os condicionalismos pessoais dos clientes na conceção de cuidados *“... esse conhecimento que nos falta, e isso dificulta-nos, é por isso que nos sentimos impotentes... depois a nossa reação não foi a mais adequada, deixamo-nos influenciar pela tradição dos cuidados...”* (R2E8).

Os elementos utilizados na ação de enfermagem

Relativamente aos elementos utilizados na ação de enfermagem constatamos através da observação, que os conteúdos da ação eram definidos pelos enfermeiros individualmente, baseados na experiência; na formação e nas oportunidades do contexto, variando entre três polos de ação: resposta à prescrição farmacológica, à gestão dos sinais e sintomas da doença e das suas consequências sobre a autonomia no autocuidado. Os enfermeiros referiam que no domínio da gestão do regime terapêutico apenas abordavam aspetos centrados na utilização dos dispositivos de inaloterapia *“... vou apenas falar na utilização do inalador, no resto não me sinto muito à vontade...”* (NC4). Referiam, ainda, que a sua ação era essencialmente direcionada para a vigilância dos processos corporais *“... o que faço está muito centrado na identificação de situações que possam indicar alguma complicação do quadro clínico... e depois... compensar a dependência que resulta no autocuidado...”* (NC5).

Relativamente às estratégias para a ação dos enfermeiros, verificamos que não existia uma estratégia partilhada, quer de natureza implícita ou explícita, baseada em conhecimento tácito ou formal *“... infelizmente, cada um faz como sabe... de ver o que resulta e o que não resulta... temos muito para evoluir...”* (NC12). As estratégias utilizadas centravam-se, essencialmente, na transmissão oral de informação ao cliente e,

na assistência e demonstração para a utilização dos dispositivos de inaloterapia.

Os enfermeiros que exerciam as funções de especialistas em reabilitação centravam a sua ação na ajuda ao cliente para a otimização da respiração” ... *a minha ação centra-se na dinâmica respiratória, e na facilitação da mobilização de secreções... depois tudo o resto não consigo fazer... o turno não é suficiente para tudo...*” (NC6). Relativamente a este aspeto voltaremos a ele na apresentação dos resultados associados à organização dos cuidados.

Os enfermeiros utilizavam como estratégia central para a promoção da gestão do regime terapêutico a interação com os clientes. Nesta interação, recorriam a uma estratégia “face a face”, com recurso à veiculação de informação por via oral. Em complemento, procediam à demonstração e à assistência ao cliente na utilização do dispositivo de inaloterapia. A utilização destas estratégias tinha por finalidade a capacitação do cliente para a utilização dos dispositivos “... *na primeira ou segunda vez explica-se para que é que é a medicação... demonstro... explico como ele deve manipular...*” (R1E8). Para concretizar a demonstração referiram “... *seno-me à beira do doente... mostro o material com calma... e tento explicar...*” (R2E6). Estes factos puderam ser também constatados na observação.

Os enfermeiros identificavam a necessidade de desenvolver outras estratégias de ação que fossem facilitadoras da aprendizagem dos clientes “... *era muito importante ter alguns livros ou imagens para facilitar aprendizagem dos doentes, porque senão, eu digo de uma forma, ele depois já diz de outra ligeiramente diferente... e assim não facilitamos a vida ao doente*” (NC18).

Embora referissem a necessidade de desenvolver recursos informacionais ainda não tinham desenvolvido nenhuma estratégia para além da utilização criteriosa das bulas dos medicamentos. Reconhecendo-lhes limitações à utilização em clientes com baixa literacia, ou baixa acuidade visual “... *se os doentes têm capacidade para ler... entrego as bulas já que têm mais tempo para lerem e verem como o inalador funciona...*” (R1E3). Nas entrevistas de grupo os enfermeiros assumiram que a ausência de desenvolvimento de recursos informacionais estava alicerçada na perceção da falta de controlo sob as variáveis envolvidas no seu desenvolvimento “... *vontade não nos falta, até já falamos nisso numa reunião, o problema é outro... o fazer... não é fácil... surgem muitas questões...*” (R2E8).

Nas entrevistas com os clientes com DPOC, a informação sobre os diferentes aspetos do regime terapêutico, emergiu como um fator que influenciava a promoção do autocuidado. Os clientes realçaram a relevância da fiabilidade da informação; da sua disponibilidade; da sua utilidade; da oportunidade da sua disponibilização e, da sua acessibilidade. O discurso produzido pelos clientes revela aspetos sobreponíveis aos princípios da informoterapia²²⁶.

Os clientes referiam a necessidade de ter disponíveis recursos informacionais que disponibilizem informação fiável *“até leio umas coisas, mas tenho medo, nuns sítios leio uma coisa, noutra, outra e fico confuso... tenho medo de fazer asneira...”* (EC4). Informação que devia estar disponível *“...a informação que tenho sobre isso foi da escrita... do que li ... que fui apanhando lá fora ... devia de existir mais...!? no hospital e no posto de saúde acho que não encontrei nada...”* (EC4). Que fosse efetivamente útil *“já me deram uns papéis pequeninos para ler, mas olhe, para que é que queria aquilo, era para deixar de fumar, e eu já não fumo à anos!!! ...”*(EC5), que correspondesse às suas necessidades quotidianas *“...isso do exercício é que precisava de saber agora... para reduzir o peso... e para ajudar aqui esta membrana (aponta para o diafragma)...”* (EC5). Os clientes referiam a necessidade da informação estar acessível quando era precisa e que fosse apresentada de forma facilmente compreensível *“...a gente até vê umas coisas, nas revistas, na farmácia, nos medicamentos e nas paredes dos centros de saúde, mas olhe, as letras são miudinhas, eu leio passado duas linhas ou três já não sei o que estão a dizer...aquilo é só para doutores...e eu só fiz a 4ª classe...”* (EC1).

No internamento os clientes tendencialmente passavam por três “fases” distintas. Fases que influenciavam a ação de enfermagem e, conseqüentemente, o modelo de cuidados em uso. Uma “primeira fase” em que os processos corporais não estavam estabilizados e em que os enfermeiros dirigiam a conceção de cuidados e a ação para a vigilância dos sinais e sintomas da doença e para a compensação dos défices no autocuidado. Variando entre dois polos de um sistema totalmente ou parcialmente compensatório. Nesta fase, a ação de enfermagem era dirigida por métodos de agir ou fazer pelo cliente no âmbito do sistema totalmente compensatório e/ou guiar ou orientar no âmbito de um sistema parcialmente compensatório (Cfr. Orem, 1993).

Numa “segunda fase” do período de internamento, os clientes apresentavam estabilidade dos processos corporais e a ação de enfermagem centrava-se essencialmente no domínio do autocuidado, no âmbito de um sistemas parcialmente

compensatório e com métodos de ajuda do tipo agir ou fazer pelo outro e/ou guiar ou orientar.

Os clientes “passavam ainda por uma terceira fase” no internamento, que se reportava aos dias anteriores ao regresso a casa. Nesta fase, os clientes apresentavam estabilizados os processos corporais e, assistíamos, à prescrição do regime farmacológico “para casa”. Nesta fase a ação dos enfermeiros era dirigida para o desenvolvimento de competências dos clientes para utilizarem os dispositivos farmacológicos, com recurso a métodos de ajuda do tipo informar. Neste âmbito, constatamos que os resultados da ação terapêutica do domínio dos métodos de ajuda do tipo informar, dirigida ao desenvolvimento de competências para a utilização dos dispositivos de inaloterapia, não eram documentados no SIE em uso. Relativamente a este facto, os enfermeiros referiam “... *concebemos a nossa intervenção nesse domínio (desenvolvimento de competências para a utilização dos inaladores) como uma intervenção decorrente da prescrição médica, motivo pelo qual não a identificamos como uma necessidade de cuidados e de intervenções no domínio autónomo...*” (NC 9).

Relativamente à avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros não utilizavam linhas de orientação que agregassem alguma sistematização e regularidade ao processo. Ficando a avaliação ao critério individual dos intervenientes, como pode ser verificado no discurso dos enfermeiros “... *não temos nenhum guia (avaliação), cada um faz como acha melhor...*” (R1E1). Os resultados das avaliações realizadas pelos enfermeiros tinham pouca influência sobre a redefinição das estratégias de ação e das intervenções de enfermagem a implementar.

3.2 – Na organização dos cuidados de enfermagem

Na apresentação deste eixo da problemática identificada, procederemos, à sua organização em função: do espaço físico; da organização do processo assistencial; da continuidade de cuidados.

Relativamente às características físicas do serviço, constatamos, que este era limitador da ação dos enfermeiros e da aprendizagem dos clientes. Esta limitação orientou-nos para que a delimitação da problemática se centrasse nos processos de organização dos cuidados, dado que, a intervenção nas condições físicas envolviam meios e recursos indisponíveis.

A dinâmica de funcionamento dos serviços (visita médica; visitas de pessoas significativas; deslocação para a realização exames auxiliares de diagnóstico), influenciavam negativamente a atenção e a disponibilidade dos clientes para desenvolverem competências cognitivas e instrumentais no internamento.

A atenção e a disponibilidade dos clientes para desenvolverem competências de gestão do regime terapêutico eram ainda, influenciadas negativamente, pelo stresse associado à condição de saúde.

Relativamente ao espaço físico da consulta de enfermagem, este reduzia-se a um gabinete onde decorriam as consultas. Este gabinete reunia as condições de espaço e de recursos técnicos necessários ao modelo de cuidados em uso.

Na categoria da organização assistencial, verificamos que os clientes no internamento tinham um médico especialista responsável pela gestão dos cuidados médicos. Os enfermeiros utilizavam um modelo de organização do trabalho individual, sendo a gestão da distribuição dos clientes realizada em função das necessidades de gestão do serviço, constatando-se o esforço, de manter sempre que possível, a distribuição dos enfermeiros pelos mesmos clientes em diferentes turnos. Neste contexto, o enfermeiro especialista era o responsável pela gestão dos cuidados, dada a natureza do seu papel profissional, e pelo facto de estar presente de segunda a sexta-feira, entre as oito e as quinze horas.

Relativamente à consulta de enfermagem esta contava com dois enfermeiros que asseguravam o funcionamento de segunda à sexta-feira, assegurando os turnos individualmente, em função das necessidades de organização do serviço. Os clientes que tinham agendadas consultas médicas da especialidade de medicina interna, eram consultados primeiro por uma enfermeira. Esta enfermeira era a única para todos os clientes da consulta da especialidade de medicina, realizada por seis médicos em simultâneo de medicina interna (três deles centrados nas doenças respiratórias). Esta enfermeira dava ainda apoio à realização de exames auxiliares de diagnóstico e administração de terapêutica a clientes das consultas médicas de gastroenterologia e dermatologia.

Na observação constatamos que, em média, eram realizadas sessenta consultas de enfermagem em cada tarde e destas, em média, dez a clientes com DPOC. A acumulação sistemática de clientes no exterior e o tempo de espera, condicionavam quer

o tempo disponível para a consulta de enfermagem, quer a disponibilidade dos clientes para receberem e integrarem qualquer tipo de informação. “... *Como é que eu posso fazer melhor, com os doentes sob este stresse, porque têm de ir embora por causa dos transportes, ou por causa dos encargos familiares... estou aqui sozinha...*” (NC26).

No contexto da consulta externa, o SIE em uso era um elemento dificultador da partilha de informação entre elementos da equipe de saúde. Constatamos que não existia partilha de informação entre o contexto do internamento e da consulta e entre enfermeiros e médicos na consulta. Facto que influenciava negativamente a promoção da continuidade de cuidados. Na consulta externa não existia um sistema de informação em suporte informático, que viabilizasse a continuidade de cuidados e avaliação dos resultados de enfermagem. Relativamente à documentação dos cuidados médicos, estes eram realizados em suporte de papel, o que restringia o acesso à informação pelos enfermeiros. Restrição colocada por aspetos logísticos de transporte de processos entre gabinetes.

Os enfermeiros que exerciam a atividade na consulta externa documentavam apenas as intervenções resultantes da prescrição médica. Os enfermeiros, para efeitos do agendamento de consultas de enfermagem, utilizavam uma agenda em suporte de papel, onde documentavam o nome a hora e o motivo da consulta agendada (ex.: *dia 10, 15 horas Sr. A.M.J.P administração de vacina pneumocócica*).

A gestão do tempo foi um fator considerado como determinante pelo grupo de enfermeiros do internamento. Estes referiam que, “... *o grau de dependência dos doentes... tendo seis doentes à tarde quatro deles totalmente dependentes... todos sabemos que nos doentes com DPOC nós nem intervimos (gestão do regime terapêutico) ... porque estamos centrados nos outros porque temos de alimentar, posicionar, fazer pensos...*” (R1E1).

Como verificamos no discurso produzido, a dificuldade de gestão do tempo pode ser atribuída à dependência dos outros clientes a cargo do enfermeiro, à comunicação interdepartamental (farmácia) e ao tempo mediado entre a prescrição dos fármacos e o regresso a casa. Este facto pode ser constatado pelo referido pelos enfermeiros “... *depende muito de quando sabemos... tive uma doente que ia ter alta à tarde, os nebulizadores chegaram no dia antes... teve de ser tudo muito rápido, e muitas das vezes não dá tempo para avaliar...*” (R1E3).

Os enfermeiros que assumiam as funções de especialistas referiram, nas entrevistas, que o facto da otimização do processo respiratório e do desenvolvimento do autocontrolo da dispneia ser quase exclusivamente centrado na sua ação, reduzia as possibilidades de intervirem com sistemática nos clientes. Este facto era justificado pelo elevado número de solicitações que se lhes colocavam, como podemos constatar na afirmação “... a gestão do tempo é muito complexa, tenho de assegurar a gestão das solicitações organizacionais que me ocupam uma parte significativa do tempo, depois tenho de avaliar os doentes e seleccionar as prioridades de intervenção, e temos muitos doentes, tenho de ajudar os colegas a tomar decisões sobre tratamentos às úlceras, ajudar nas transferências da cama para a cadeira, viabilizar a preparação das altas... claro que os outros aspetos não são abordados” (EEP4). Neste contexto, os especialistas referiram que a descentralização do processo de tomada de decisão sobre os cuidados seria uma estratégia com potencial para aumentar a sistematização da ação no domínio em estudo.

Na opinião dos enfermeiros a comunicação interprofissional e o *timing* de prescrição dos fármacos (para o domicílio) influenciava negativamente a sistematização da ação.

Na observação, percebemos a dificuldade experimentada pelos enfermeiros na organização dos cuidados. Esta dificuldade emergia da ausência de linhas de orientação para a ação, como pode ser constatado na nota de campo “... vou ver se consigo perceber o que o Sr. A sabe, sobre a doença, e se alguém já falou com ele... já cá está há seis dias!?!... Como é que eu vou agora resolver isto, provavelmente vai embora amanhã e, ainda nem sei que inalador vai fazer...” (NC10).

Outros dos aspetos que os enfermeiros realçavam como influenciando negativamente a organização dos cuidados, estava relacionado com a organização da equipe médica.

A transmissão de informação para assegurar a continuidade dos cuidados no domínio em estudo, no contexto do internamento, era essencialmente realizada por via oral na passagem de turno e, assentava em alguns aspetos relacionados com a competência para a utilização dos dispositivos de inaloterapia. Os enfermeiros assumiram que a informação relacionada com a problemática em estudo era pouco valorizada, bem como a forma e o momento da disponibilização dessa informação.

O fluxo de informação entre instituições de saúde com a finalidade de viabilizar a continuidade de cuidados era assegurado, pela emissão da carta de transferência de

enfermagem. Esta carta de transferência era um *output* automático da informação documentada no SIE (diagnósticos e intervenções de enfermagem implementadas). A informação documentada no SIE relativa ao domínio em estudo revelou-se como insipiente, facto que descreveremos à frente neste capítulo, e que se traduzia na sua pouca expressão na carta de transferência. O SIE contemplava a possibilidade dos enfermeiros documentarem outra informação em texto livre, contudo os enfermeiros verbalizaram que não a utilizavam.

Relativamente à documentação de enfermagem, na observação constatamos que os diagnósticos documentados centravam-se, quase que exclusivamente nos processos corporais (cardíacos, respiratório e tegumentares), bem como na descrição do grau de comprometimento da autonomia do cliente no autocuidado. Não tendo sido possível constatar a existência de diagnósticos no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

As intervenções de enfermagem descritas restringiam-se, também, a ações centradas num processo compensatório ou parcialmente compensatório (Cfr. Orem, 1993), essencialmente centradas em ações do tipo observar, gerir e executar (Cfr. CIPE versão β_2). Do exposto resulta claro que a informação disponibilizada refletia o modelo de cuidados em uso e, a organização dos cuidados. Facto que nos aponta para as limitações que a informação partilhada na carta de transferência poderia encerrar para a continuidade de cuidados, em outros contextos com modelos de cuidados em uso diferentes.

A informação que viabilizasse a continuidade de cuidados entre os espaços de internamento e da consulta externa era inexistente. Os enfermeiros da consulta, dada a natureza do modelo de cuidados, não tinham e não utilizavam informação do internamento.

Os enfermeiros identificaram o défice de articulação entre o internamento e a consulta como um fator concorrente para o deficiente desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com DPOC.

3.3 – Na representação do “fenómeno” no SIE em uso

Muitas das vezes o motivo do internamento é classificado como o diagnóstico médico do internamento, facto que acentuou a dificuldade em identificar os clientes com DPOC,

dado que estes muitas das vezes são internados com descompensações de comorbilidades associadas. Pelo exposto optámos por identificar apenas aqueles com diagnóstico médico principal de internamento de DPOC (com critérios anteriormente descritos).

Foram identificados quarenta e três episódios de internamento no ano 2009, que correspondiam a quarenta e um clientes. Destes clientes, vinte e três eram homens e os restantes mulheres e, tinham uma idade média de 74,1 anos ($SD\pm 13,1$; $Med.=78$; $Mo.=61$; $Max.=98$; $Min.=41$). Cinco destes clientes faleceram durante um dos episódios de internamento.

O pequeno número de clientes/episódios de internamentos identificados constituiu-se como uma surpresa para os enfermeiros. Estes revelavam a perceção da existência de um número superior de episódios de internamento e de clientes com DPOC. Os clientes identificados representavam aproximadamente 5% do total de clientes internados no ano 2009. A discrepância entre os clientes identificados e a perceção dos enfermeiros pode ser explicada pela lógica de classificação dos clientes nos grupos de diagnósticos homogéneos⁶.

Face ao exposto, e à pequena representação dos clientes com DPOC no âmbito dos clientes internados, tornava-se necessária clarificar o motivo pelo qual este grupo de clientes era um alvo prioritário da mudança percebida pelos enfermeiros.

Os enfermeiros revelaram que estes clientes, dadas as idiossincrasias da doença, constituíam um dos maiores grupos de clientes com doenças crónicas e com potencial para serem desafiados a gerirem o regime terapêutico. No discurso produzido pelos enfermeiros, resultava claro que na maioria dos clientes internados a ação de enfermagem era dirigida para a gestão de sinais e sintomas da doença e para a compensação défices no domínio do autocuidado. No domínio do autocuidado recorriam a métodos de ajuda essencialmente centrados no fazer /agir pelo outro. Facto que, na opinião dos enfermeiros, estava associado ao carater agudo das manifestações da doença e/ou, à ausência percebida de potencial nos clientes para readquirirem a autonomia.

Dos clientes com DPOC que no ano 2009 estiveram internados, 97,6% tiveram um

⁶Os grupos de diagnósticos homogéneos (GDH) constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos (ACSS, 2012).

episódio de internamento e 2,4% três episódios de internamento. Verificamos que estes clientes não tinham episódios de internamento noutros serviços do CHP-HSA, desconhecendo-se a possibilidade de terem episódios de internamento noutros hospitais. O tempo médio de internamento foi de 12,88 dias ($SD\pm 8,95$; $Med.=11$; $Mo.=11$; $Max=43$; $Min=4$).

Estes clientes tiveram, em média, 3,2 episódios de recurso ao serviço de urgência ($SD\pm 3,37$; $Med.=2$; $Mo.=1$; $Max.=20$; $Min.=0^7$). A partir da análise das frequências dos dados documentados na documentação médica, verificamos que os clientes com número de episódios de recurso ao serviço de urgência acima da média, tinham maior número de comorbilidades associadas à DPOC e referência a: antecedentes de depressão; comportamentos aditivos (uso de drogas; álcool e tabaco); estadios mais avançados da doença. Ou, eram clientes que apresentavam as primeiras exacerbações da doença, e que ainda não eram acompanhados no hospital em regime de ambulatório.

Na análise da documentação de enfermagem, os clientes com episódios de recurso ao serviço de urgência acima da média, apresentavam maior dependência no autocuidado e uma idade superior à média dos restantes clientes em análise.

Não foi possível analisar os dados relativos ao grau da doença (FEV_1/FVC) por estes não estarem documentados com sistemática e com um critério uniforme, e/ou por terem data de realização anterior à entrada em funcionamento do SI em uso, motivo pelo qual, não estavam disponíveis.

Nesta análise 68,3% dos clientes apresentavam comorbilidades associadas à DPOC, sendo as mais frequentes as do foro cardíaco (28,57%).

Na tabela 2 apresentamos os domínios da ação terapêutica representados no SIE em uso no internamento (anexo 5). Os domínios diagnósticos apresentados (gestão de sinais e sintomas; consequências da doença sobre o autocuidado e gestão do regime terapêutico) resultam da agregação dos focos de atenção por domínios (ex.: respiração: dispneia; expetorar; aspiração;...)

⁷Dois clientes acederam ao internamento de forma programada (consulta) para a realização de exames auxiliares de diagnóstico.

Tabela 2 – Domínios da ação de enfermagem representados no SIE em uso em 2009

Diagnósticos centrados:	Antes
Na gestão sinais e sintomas (respiração e circulação)	16,7%(n=91)
Nas consequências da doença sobre o autocuidado	37,2%(n=203)
Na gestão do regime terapêutico	0,37%(n=2)
Total nos domínios expostos	54,2%(n=296)
Outras	45,8%(n=250)
Total dos diagnósticos identificados	100% (n=546)
Intervenções de enfermagem com integridade referencial	
Gestão sinais e sintomas (respiração e circulação)	29% (n=385)
Para as consequências da doença sobre o autocuidado	19,6(n=261)
Para a gestão do regime terapêutico	0,15%(n=2)
Total das intervenções	48,8%(n=648)
Outras	51,2%(n=681)
Total de intervenções identificados	100% (n=1329)

Na tabela 2 podemos constatar que a documentação do processo de tomada de decisão de enfermagem no SIE em uso, era centrada na gestão de sinais e sintomas da doença no domínio dos processos corporais não intencionais (funções: respiração e circulação) e nas suas consequências sobre a autonomia para o autocuidado dos clientes (tomar banho, alimentar-se...).

A representação da gestão do regime terapêutico era praticamente inexistente. Os restantes diagnósticos representavam a gestão de sinais e sintomas nos domínios dos processos corporais gastrointestinais, e tegumentar (ex.: risco de úlcera de pressão).

Na tabela 3 apresentamos a totalidade das intervenções de enfermagem documentadas organizadas por tipo de ação (CIPE, versão β_2).

Tabela 3 – Intervenções de enfermagem documentadas no SIE em 2009, organizadas por tipo de ação (CIPE, versão β_2).

Tipo de ação	n	% do total
Observar	545	41,01
Gerir	309	23,25
Executar	303	22,80
Atender	123	9,26
Informar	49	3,69
Total	1329	100

A análise das intervenções de enfermagem com integridade referencial⁸ para o autocuidado apontava, para uma ação alicerçada entre dois pólos de um sistema totalmente compensatório e parcialmente compensatório (Cfr. Orem, 1993). Neste

⁸Integridade referencial refere-se à relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação (SILVA, 2006, p.75).

sentido, os enfermeiros utilizavam ações de enfermagem essencialmente centradas no agir e fazer pelo outro (Cfr. Orem, 1993). Este facto foi constatado a partir da análise das intervenções de enfermagem documentadas com integridade referencial para o autocuidado do tipo executar (42,5%), atender (41%), gerir (16,5%), e do tipo informar (0%). A análise de conteúdo permitiu-nos perceber um modelo de cuidados pouco assente numa lógica de apoio educativo e de desenvolvimento da autonomia no autocuidado.

A análise das intervenções de enfermagem com integridade referencial para os processos corporais: respiratório e circulação, revelavam também, uma intervenção de enfermagem centrada em ações do tipo observar (70%), (ex.: monitorizar a frequência respiratória; vigiar as secreções;...).

Nos clientes cuja dependência no autocuidado diminuiu durante o internamento verificamos que a ação de enfermagem esteve centrada numa lógica de um sistema totalmente ou parcialmente compensatório. Facto corroborado pela inexistência de ações terapêuticas direcionadas para guiar ou ensinar o cliente, para o desenvolvimento de estratégias adaptativas para a reaquisição ou preservação da autonomia no autocuidado.

Esta constatação levou-nos a contemplar duas possibilidades. A primeira associada ao facto destes clientes aumentarem a autonomia no autocuidado por via da melhoria dos processos corporais e, a segunda, associada ao facto da documentação dos cuidados de enfermagem não traduzir a totalidade da ação terapêutica desenvolvida no internamento. Para dar resposta às possibilidades que se nos colocavam, auscultamos os enfermeiros envolvidos no percurso de IA, nas reuniões realizadas. Da análise do discurso dos enfermeiros percebemos, que não tendem a implementar ações de enfermagem no domínio da promoção do autocuidado, para além das documentadas.

A análise de conteúdo à documentação de enfermagem permitiu identificar dois diagnósticos no domínio da problemática do autocuidado - gestão do regime terapêutico (ex.: gestão ineficaz do regime terapêutico) e duas intervenções com integridade referencial (ex.: incentivar a gestão do regime terapêutico).

Dada a pequena representação da problemática do autocuidado - da gestão do regime terapêutico na documentação de enfermagem, recorreremos à análise de conteúdo das notas gerais de enfermagem e da avaliação inicial, para uma melhor compreensão da

problemática. Nesta análise verificamos a inexistência de referência à implementação de ações de enfermagem, que tivessem por alvo a gestão do regime terapêutico, ou resultados da sua avaliação. Verificamos também, a ausência de dados sobre este domínio na avaliação inicial.

A análise de conteúdo à documentação de enfermagem permitiu verificar uma baixa representação do “fenómeno” no SIE em uso. Este facto está associado à dificuldade expressa pelos enfermeiros em identificar e nomear os diagnósticos de enfermagem e em proceder à sua documentação no SAPE “... *passo a informação oralmente, não sei como registar...*” (R2E8), aspeto para o qual, segundo os enfermeiros também concorria a parametrização em uso no SIE.

Os enfermeiros referiram ainda que a informação documentada no SIE representava o modelo de cuidados em uso como pode ser constatado na afirmação “... *não identificamos diagnósticos sobre a gestão do regime terapêutico... é verdade...*” (R1E6).

Os resultados revelavam uma baixa expressão da problemática da gestão do regime terapêutico no sistema de informação em uso, o que nos podia levar a admitir a existência de três possibilidades: a primeira associada ao facto dos clientes não apresentarem necessidades de cuidados no domínio da gestão do regime terapêutico; a segunda associada ao facto da problemática não estar representado de todo no SIE em uso; e a terceira possibilidade associada, ao facto dos enfermeiros não desenvolverem com sistematicidade a sua ação terapêutica neste domínio.

Do exposto emerge que os enfermeiros não intervinham de forma sistematizada no domínio em estudo, motivo pelo qual, também não procediam à sua documentação no SIE.

Desenvolvidas as estratégias de recolha e análise de dados planeadas, reunimos com os enfermeiros, seguindo as estratégias já expostas (duas reuniões; dois momentos distintos). Com estas reuniões, tínhamos por finalidade, apresentar os resultados que emergiram e auscultar a opinião dos enfermeiros. Desta forma, viabilizamos a delimitação da problemática e a definição das soluções mais adequadas ao contexto, soluções que respondessem às necessidades e expectativas dos enfermeiros.

Destas reuniões, emergiu a intenção de desenvolver um percurso direcionado para uma maior sistematização da ação no domínio em estudo – promoção da gestão do regime

terapêutico em clientes com DPOC.

Síntese sobre a delimitação da problemática

A problemática, estava organizada em torno de três eixos fundamentais: o modelo de cuidados em uso; a organização dos cuidados; e a documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros no SIE em uso.

Relativamente ao modelo de cuidados em uso, verificou-se que estava quase exclusivamente centrado em aspetos associados à gestão de sinais e sintomas da doença e nas suas consequências sobre a autonomia no autocuidado.

O modelo de cuidados em uso era influenciado, pela ausência de linhas orientadoras da ação dos enfermeiros, para o desenvolvimento de competências nos clientes no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico. Salientou-se ainda, a ausência de suportes informacionais que facilitassem o desenvolvimento de competências nos clientes e, a ausência de linhas orientadoras para a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O modelo de cuidados em uso alicerçava-se em sistemas total ou parcialmente compensatórios, e em métodos de ajuda de enfermagem centrados no substituir o cliente, mais do que em métodos que proporcionassem ambientes promotores do desenvolvimento pessoal e em métodos de ensinar os clientes a gerirem com eficácia o regime terapêutico.

No modelo de cuidados em uso, os enfermeiros privilegiavam na conceção, na organização e na ação, uma enfermagem mais direcionada para gestão de sinais e sintomas.

A intenção dos enfermeiros, enquanto objeto mental influenciado por um propósito de ação baseado no “*core*” da disciplina, era influenciado negativamente, pelos seus trajetos de formação académico, e profissional.

A aceitação do desafio colocado, a disponibilidade manifestada para falarem do que faziam sem “fachadas protetoras” e a motivação manifestada para dar maior sistematização à ação, evidenciavam uma intenção promotora do processo de mudança.

Os resultados demonstravam a influência negativa da organização dos cuidados de enfermagem sobre a continuidade dos cuidados. Para este facto concorria:

- A deficiente comunicação interprofissional;

- A insuficiente partilha de informação entre os enfermeiros e entre o internamento e a consulta;
- A ausência de coordenação entre o internamento e a consulta externa para viabilizar a continuidade de cuidados;
- A dificuldade de integrar no fluxo de cuidados de enfermagem aspetos relacionados com o autocuidado - gestão do regime terapêutico, no internamento e na consulta;
- A deficiente organização funcional da consulta de enfermagem;
- O elevado número de solicitações clínicas na consulta face aos enfermeiros disponíveis (segunda-feira no turno da tarde);
- A excessiva centralização do processo de tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem no âmbito da otimização do processo respiratório e do autocontrolo da dispneia nos enfermeiros especialistas;
- A ausência de um SIE na consulta que viabilizasse a continuidade dos cuidados e a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

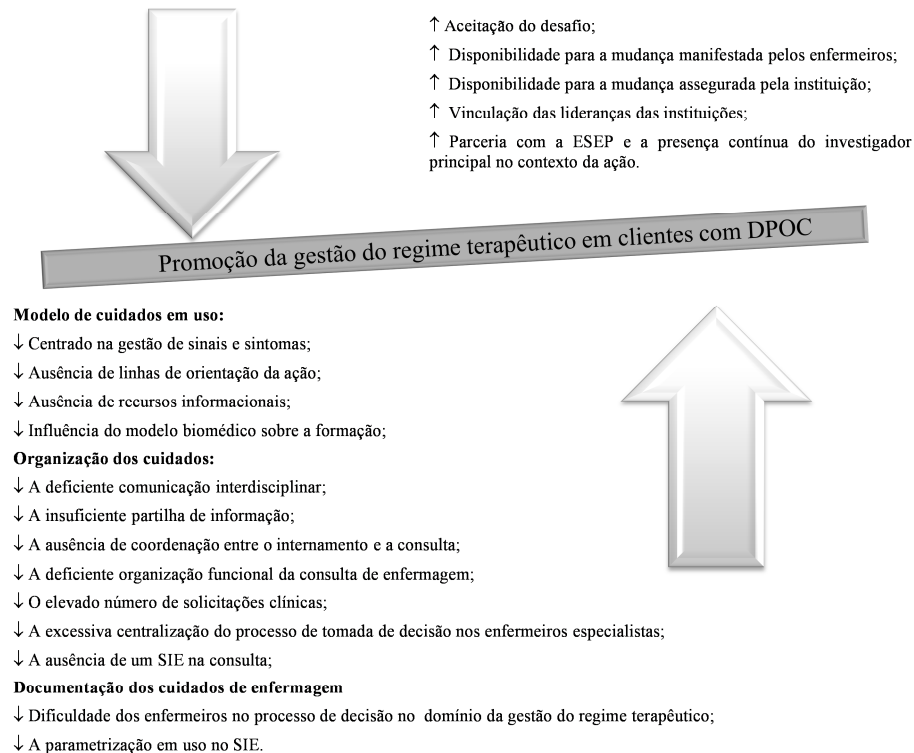
A documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros evidenciava as dificuldades dos enfermeiros no processo de tomada de decisão no domínio da gestão do regime terapêutico. Estas dificuldades alicerçavam-se nos processos formativos dos enfermeiros no domínio em estudo, nas limitações da parametrização do SIE em uso no internamento e na ausência de um SIE na consulta externa, que viabilizasse a continuidade de cuidados e a monitorização dos resultados.

O percurso desenvolvido até ao final da primeira fase da IA permitiu identificar a oportunidade de planear e implementar uma mudança capaz de agregar maior sistematização à ação dos enfermeiros no domínio da promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico. Esta oportunidade alicerçava-se na:

- Disponibilidade para a mudança manifestada pelos enfermeiros;
- Disponibilidade para a mudança assegurada pela instituição;
- Vinculação das lideranças das instituições;
- Parceria com a ESEP e a presença contínua do investigador principal no contexto da ação.

Na figura 5 apresentamos os fatores que no contexto influenciavam a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Figura 5 – Fatores que influenciavam a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC, no contexto estudado



A primeira fase da IA e as estratégias utilizadas permitiram aos participantes delimitar a problemática e identificar oportunidades de mudança e, simultaneamente, ao investigador principal, identificar as questões que orientaram o percurso (já apresentadas no enquadramento metodológico). Terminada a primeira fase da IA e identificados os três eixos fundamentais da delimitação da problemática, evoluímos de seguida para a apresentação do quarto capítulo, onde apresentaremos o planeamento e a implementação da mudança.

3.4 - Referências bibliográficas

¹⁵⁵STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002, p. 331-342.

¹⁵⁶POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - *Fundamentos de*

Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 251.

¹⁵⁷QUIVY R; CAMPENHOUDT, L.V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa; 5ª ed. Gradiva, 2005, p. 69.

¹⁵⁸BURGESS, R. G. – *A pesquisa no terreno, uma introdução*. Oeiras; Celta editora, 1997.

¹⁵⁹STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002.

¹⁶⁰POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 267.

¹⁶¹BURGESS, R. G. – *A pesquisa no terreno, uma introdução*. Oeiras; Celta editora, 1997, p. 111-32.

¹⁶²STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002.

¹⁶³STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002.

¹⁶⁴STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002, p. 188.

¹⁶⁵BURGESS, R. G. – *A pesquisa no terreno, uma introdução*. Oeiras; Celta editora, 1997, p. 111-32.

¹⁶⁶BURGESS, R. G. – *A pesquisa no terreno, uma introdução*. Oeiras; Celta editora, 1997, p. 122.

¹⁶⁷STRAUSS, A.; CORBIN, J. – *Pesquisa qualitativa, técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2º Ed. São Paulo: Artmed, 2009.

¹⁶⁸MORSE, J.; FIELD, P. – *Nursing Research: the application of a qualitative approaches*. 2ª ed. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd, 1998.

¹⁶⁹CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão beta 2*. Lisboa. APE, 2003.

¹⁷⁰POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 167.

¹⁷¹STRAUSS, A.; CORBIN, J. – Pesquisa qualitativa, técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2º Ed. São Paulo: Artmed, 2009.

¹⁷²RIBEIRO, L. - Cuidar e Tratar - *Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa, 1995.

¹⁷³AJZEN, I - The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process*. Vol. 50 (1991), p. 179-211.

¹⁷⁴GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010.

¹⁷⁵THORAX - Appendix C: Educational packages. *Thorax*. Vol.59 (Suppl. I) (2004), p.1-232. doi: 10.1136/thx.2004.022707

¹⁷⁶AMERICAN THORACIC SOCIETY and EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY – Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. New York, 2004.

¹⁷⁷PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. N.º4/DGCG. 2005.

¹⁷⁸CENTRE FOR HEALTH CARE STRATEGIES. Centre for Health Care Strategies Health Literacy Factsheets [online]. 2008. [citado em 2010 10 Maio]. Disponível em: http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf

¹⁷⁹ROBERTS, N. J. et al. - Health Literacy in COPD. *International Journal of COPD*. Vol.3, n,º4 (2008), p. 499-07.

¹⁸⁰SCHILLINGER D. et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*. Vol.288 (2002), p. 475–82.

¹⁸¹WILLIAMS, M. V. et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. Vol.114 (1998), p. 1008–15.

¹⁸²WILLIAMS, M. V. et al - Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients With Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med*. Vol. 158 (1998), p. 166–72.

¹⁸³BAKER, D.W. et al - The relationship of patient reading ability to self-reported

health and use of health services. *Am J Public Health*. Vol. 87 (1997), p. 1027–30.

¹⁸⁴BAKER D.W. et al. - Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. Vol.13 (1988), p. 791–8.

¹⁸⁵WEISS, B.D. et al - Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract*. Vol. 5 (1992), p. 257–64.

¹⁸⁶GEORGE, J. et al. -Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.

¹⁸⁷SCHARLOO, M. et al. – Illness perceptions and quality of live in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*. Vol. 44 (2007), p. 575-581.

¹⁸⁸KAPTEIN, A. et al – Illness perceptions and COPD patient management. *Journal of Asthma*. Vol. 45 (2008), p. 625-629.

¹⁸⁹BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p. 831-8.

¹⁹⁰GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010

¹⁹¹BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p. 831-8.

¹⁹²GEORGE J. Kong DC; STEWART K. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 2, n.º3 (2007), p. 253-62.

¹⁹³GEORGE J. Kong DC; STEWART K. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 2, n.º3 (2007), p. 253-62.

¹⁹⁴BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p. 831-8.

¹⁹⁵BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p. 831-8.

¹⁹⁶BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p. 831-8.

¹⁹⁷KAPTEIN, A. et al – Illness perceptions and COPD patient management. *Journal of Asthma*. Vol. 45 (2008), p. 625-629.

¹⁹⁸SCHARLOO, M. et al. – Illness perceptions and quality of live in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*. Vol. 44 (2007), p. 575-581.

¹⁹⁹PADILHA, José Miguel – Influência da perceção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Vol. 16, n.º4 (Julho/Agosto; 2010).

²⁰⁰CARNEIRO et al - Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica - Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. XVI, n.º 5, (Setembro-Outubro. 2010), p. 759-777.

²⁰¹MANEN VAN et al - Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. Vol. 57 (2002), p. 412–416.

²⁰²BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.30, n.º3 (Set, 1999), p. 564-572.

²⁰³MORO-GONZALEZ, et al - Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *Int J Clin Pract*. Vol.63, n.º5 (may; 2009), p.742–750 doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02040.x.

²⁰⁴ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Fevereiro de 2012.

²⁰⁵BOURBEAU, U.J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol. 63 (2008), p. 831-8.

²⁰⁶GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.

²⁰⁷GEORGE, J. et al. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 2, nº3 (2007), p. 253-62.

- ²⁰⁸GEORGE, J. et al. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 2, nº3 (2007), p. 253-62.
- ²⁰⁹GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest.* Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.
- ²¹⁰RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3, n.º3 (2008), p.371-84.
- ²¹¹BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax.* Vol. 63 (2008), p. 831-8.
- ²¹²GEORGE, J. et al. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 2, nº3 (2007), p. 253-62.
- ²¹³RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3, n.º3 (2008), p. 371-84.
- ²¹⁴RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3, n.º3 (2008), p. 371-84.
- ²¹⁵RAND C.S. - Patient adherence with COPD therapy. *Eur Respir Rev.* Vol. 11, n.º 96 (2005), p. 96-101.
- ²¹⁶GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest.* Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.
- ²¹⁷RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3, n.º3 (2008), p. 371-84.
- ²¹⁸RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3, n.º3 (2008), p. 371-84.
- ²¹⁹BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax.* (2008); 63:p. 831-8.
- ²²⁰RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* Vol. 3(3) (2008), p. 371-84.
- ²²¹BOURBEAU, U.J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax.* Vol. 63 (2008), p. 831-8.
- ²²²GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients

with COPD. *Chest*. Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.

²²³RAND C.S. - Patient adherence with COPD therapy. *Eur Respir Rev*. Vol. 11, n.º 96 (2005), p. 96-101.

²²⁴RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 3(3) (2008), p. 371-84.

²²⁵GEORGE, J. et al. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 2, nº3 (2007), p. 253-62.

²²⁶METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics*. Vol. 377 (2006).

Capítulo 4 – O percurso da mudança

Neste capítulo abordaremos o percurso de mudança planeado e implementado sobre os três eixos fundamentais da problemática identificada.

Iniciamos o capítulo pela apresentação dos objetivos identificados para a mudança. De seguida, apresentamos e discutimos as estratégias que alicerçaram a mudança e os pressupostos que a viabilizaram.

Expostas as estratégias e os pressupostos que alicerçaram a mudança, apresentamos e discutimos o planeamento, e a implementação da mudança em cada um dos três eixos da problemática definida.

Terminamos este capítulo com a discussão sobre os fatores que facilitaram e dificultaram o percurso de mudança.

A primeira fase do trajeto de IA permitiu que os enfermeiros identificassem oportunidades de mudança na prática clínica. Mudanças que, na sua perspetiva, contribuiriam para uma maior sistematização da ação no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

A partir da identificação dos três eixos fundamentais da problemática, foram definidos os objetivos para a mudança que a seguir descrevemos.

Relativamente ao modelo de cuidados em uso:

- Introduzir na conceção de cuidados e na ação terapêutica elementos e orientações que fossem para além de uma lógica de gestão de sinais e sintomas da DPOC, que englobassem a gestão do regime terapêutico;
- Introduzir maior sistematização no diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados da ação de enfermagem;
- Desenvolver e disponibilizar recursos informacionais para a promoção de conhecimentos e capacidades nos clientes no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

Relativamente à organização dos cuidados:

- Melhorar a articulação entre o internamento e a consulta externa;
- Otimizar os recursos disponíveis, em particular no contexto da consulta externa;
- Promover a continuidade de cuidados intra e interprofissional.

Relativamente à documentação dos cuidados:

- Otimizar o SIE em uso no internamento para assegurar a continuidade dos cuidados e a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Implementar um SIE na consulta que viabilizasse a documentação do processo de tomada de decisão de enfermagem, a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e a continuidade de cuidados;
- Adequar os conteúdos disponíveis no SIE em uso às mudanças desejadas para o modelo de cuidados.

O percurso que agora apresentamos envolveu o planeamento e implementação de uma mudança sobre os três eixos da problemática identificada. A mudança, como descrito no enquadramento metodológico, alicerçou-se no modelo II de Argyris & Schon²²⁷. A utilização deste modelo permitiu-nos contribuir para a otimização da predisposição dos enfermeiros para analisarem e gerirem a informação. Viabilizando o envolvimento e o comprometimento interno com a mudança²²⁸. Isto viabilizou a construção de soluções que, na perspetiva dos enfermeiros, eram válidas e completas para o contexto.

As estratégias utilizadas na mudança

A construção destas soluções alicerçou-se no desenvolvimento de aprendizagem no domínio individual e do grupo. O desenvolvimento da aprendizagem foi orientado pelos pressupostos da aprendizagem organizacional preconizados por Senge²²⁹.

As dinâmicas de organização da prestação dos cuidados de enfermagem estiveram durante um longo período da evolução da enfermagem centradas em modelos com filiação biomédica²³⁰. Modelo em que a proficiência na gestão de sinais e sintomas²³¹ imperava. A evolução da enfermagem, enquanto profissão e disciplina, viabilizou a clarificação do seu contributo para a saúde dos clientes, e direcionou-a enquanto disciplina prática, para uma enfermagem avançada²³².

O desenvolvimento do conhecimento disciplinar das últimas décadas nem sempre foi traduzido, com a mesma intensidade, no desenvolvimento dos processos de formação académicos e, na prática clínica dos enfermeiros. Sendo possível constatar, algumas diferenças entre o estado da arte disciplinar e os modelos de cuidados em uso em alguns contextos.

Na atualidade, as alterações sociodemográficas da população resultantes de aspetos já discutidos no primeiro capítulo, redirecionam as políticas de saúde e, por consequência,

as políticas organizacionais, para a inclusão de outras dimensões na conceção dos cuidados de saúde como, as respostas humanas à doença e as respostas humanas às transições. Este facto, não pode ser dissociado da crescente influência do conhecimento disciplinar de enfermagem e do reconhecimento da sua efetividade no âmbito da saúde.

A este prepósito, temos assistido em Portugal ao longo da última década, ao esmorecer da dicotomia entre o desenvolvimento da prática clínica e do ensino. A aproximação entre o desenvolvimento do conhecimento e a sua implementação clínica tem viabilizado, a progressiva emergência de uma enfermagem mais avançada.

A evolução de modelos de cuidados em uso, quase exclusivamente centrados na gestão de sinais e sintomas, para modelos de cuidados que progressivamente englobem aspetos da gestão das respostas humanas às transições, cria novos desafios e oportunidade às organizações e aos enfermeiros.

A mudança organizacional necessária para a evolução dos modelos de cuidados em uso, constituiu-se como um desafio à liderança dos recursos humanos e à liderança das organizações. Nas organizações, o conhecimento, os produtos, os serviços disponibilizados, a cultura e a estratégia são o resultado da interação das várias pessoas que nela trabalham. Estes resultam do somatório dos valores, da visão do mundo e da perceção da realidade de cada um (individualmente)²³³.

O recurso a estratégias centradas na promoção da participação e do comprometimento interno dos enfermeiros com a conceção e implementação da mudança, pode influenciar positivamente o percurso de mudança; viabilizando o retorno constante de conhecimento e inovação nos cuidados de enfermagem.

A implementação de mudanças nas organizações pode ser viabilizada por estratégias de aprendizagem organizacional. Estas estratégias podem ser implementadas sob duas perspetivas teóricas: em circuito simples ou em circuito duplo²³⁴. A aprendizagem em circuito simples, visa uma mudança sustentada na correção de erros, embora preservando as premissas subjacentes ao comportamento. A aprendizagem em circuito duplo, processo que procuramos utilizar neste percurso, sustenta a mudança e o estabelecimento de novas prioridades, atribuindo nova importância aos factos e às variáveis envolvidas.

Face aos objetivos que os enfermeiros identificaram para a mudança, e aos pressupostos das estratégias de aprendizagem e de mudança que utilizamos, tornava-se imperativo

viabilizar a criação de “espaços” formais e informais que possibilitassem a transferência de informação e que viabilizassem o diálogo e a reflexão.

Neste sentido foi negociado com a instituição a disponibilização de espaços de formação/reflexão em sala de reunião, espaços informais antes, durante e após as passagens de turno (do turno da manhã para a tarde). A gestão das horas para a viabilização destes espaços enquadrou-se na lei vigente²³⁵, e no comprometimento dos enfermeiros e das lideranças com a mudança.

A aprendizagem em circuito duplo viabilizou o desenvolvimento de competências nos enfermeiros para questionarem as estratégias de ação e as variáveis envolvidas, individualmente e em grupo. A utilização desta estratégia tinha por finalidade, que os enfermeiros contemplassem e explorassem novas soluções para a ação de enfermagem. Soluções que resultassem da análise da informação disponibilizada (resultados da primeira fase da IA e estado da arte) e sua comparação com o modelo de cuidados em uso. Esta estratégia viabilizou a reflexão e discussão sobre o modelo de cuidados em uso e sobre organização dos cuidados, factos que influíram positivamente sob a mudança.

Neste percurso, a aprendizagem em circuito duplo foi utilizada, para viabilizar a criação de novos valores, regras, princípios orientadores e critérios a serem considerados no processo de tomada de decisão dos enfermeiros²³⁶. A aprendizagem em circuito duplo revelava-se aquela que potencialmente seria a mais efetiva para otimizar as competências dos enfermeiros para tomarem decisões informadas no domínio, em ambientes, que por vezes são incertos e sujeitos a mudanças, como são os das instituições de saúde.

O conhecimento resultante desta estratégia emergiu sob duas formas. A primeira, sob a forma explícita e de fácil disponibilização como o aqui reportado. A segunda sob a forma de conhecimento tácito (o que está na mente das pessoas, fruto das experiências individuais) e cujo processo de divulgação está dificultado²³⁷. A gestão do novo conhecimento gerado pela mudança, a sua disponibilização e utilização pelos restantes membros da organização, tornou-se um processo importante para a evolução dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, no final do percurso de mudança fomos convidados pela instituição para alargar o percurso de mudança aos restantes serviços de medicina. No domínio da divulgação do conhecimento explícito, apresentamos comunicações sobre o percurso de mudança em eventos científicos nacionais e

internacionais. Publicamos artigos científicos^{238,239,240} e, disponibilizamos alguns dos recursos desenvolvidos para a utilização em contextos nacionais de cuidados de saúde.

No contexto de mudança organizacional em que decorreu este estudo, tivemos presente que a esfera pessoal dos indivíduos (ideias/conhecimentos/motivações) estava interligada com o “mundo” da organização (políticas e contextos)²⁴¹. Relativamente a esta interligação, Argyris & Shon²⁴² referem que os indivíduos, mesmo inconscientemente, têm “mapas mentais” que estruturam o seu comportamento profissional no quotidiano, que denominam por “teoria em uso”. Esta pode ser significativamente diferente da “teoria exposta” para a justificação do comportamento^{243,244}. No contexto estudado, constatamos que a “teoria exposta” no discurso produzido pelos enfermeiros era congruente com a “teoria em uso” constatada no modelo de cuidados em uso e na documentação produzida no SIE em uso.

Ao abordarmos o desenvolvimento da aprendizagem organizacional, não podemos deixar de discutir alguns dos “domínios” que Senge²⁴⁵ identificou como fundamentais para o seu desenvolvimento. Domínios que enformaram as estratégias de aprendizagem que implementamos neste percurso. O autor definiu cinco domínios que influenciam a “aprendizagem” organizacional: o domínio pessoal; os modelos mentais; o objetivo comum; a aprendizagem em grupo e o pensamento sistémico.

Para contribuirmos para a expansão do domínio pessoal dos enfermeiros, adotamos como estratégia, o desenvolvimento duma perceção clara sobre a “realidade” do modelo de cuidados em uso, da organização do serviço e da documentação. Recorrendo à sua comparação constante com o estado da arte e com as necessidades percecionadas pelos clientes com DPOC. Ao contribuirmos para esta clarificação da “realidade”, tínhamos por intenção que os enfermeiros tornassem “consciente” algumas das “premissas operativas” que estavam na base da sua ação.

Para a clarificação sobre a “realidade”, utilizamos os resultados emergentes da primeira fase da IA, com o recurso à reflexão “na e sobre a ação”. Estas estratégias de reflexão foram utilizadas, numa primeira fase, individualmente e, depois em grupo. Nestes momentos, dirigimos parte da nossa atenção para o suporte à clarificação dos objetivos pessoais dos enfermeiros no domínio profissional. A clarificação do objetivo pessoal viabilizou a manutenção da tensão criativa⁹ e a convergência dos enfermeiros para os

⁹Tensão criativa – força que entra em ação no momento em que os enfermeiros identificavam um objetivo

objetivos definidos pelo grupo.

No desenvolvimento do domínio pessoal dos enfermeiros, a incorporação da sua visão da problemática no grupo, e a otimização/direcionamento da tensão criativa positiva, foram estratégias que nos iluminaram. Associado a estas estratégias, foi nossa intenção, contribuir para a clarificação de conflitos estruturais pessoais no domínio profissional¹⁰, bem como, promover o comprometimento individual.

Esta abordagem do desenvolvimento individual possibilitou que os enfermeiros construíssem uma compreensão mais clara da realidade. Facto que foi estruturante para o comprometimento interno com o percurso de mudança.

Neste percurso, direcionamos a nossa ação junto dos enfermeiros para o desenvolvimento da convicção que aprender não é significado de adquirir informação; antes, resulta na expansão da capacidade de produzir resultados²⁴⁶. Neste sentido, a nossa ação foi direcionada para a necessidade do diálogo e da reflexão se converterem numa prática usual ou seja, para a efetivação da mudança na prática clínica. Para o sucesso desta estratégia, tornou-se fundamental que os enfermeiros, individualmente, clarificassem o que é realmente importante (objetivo pessoal), e que desenvolvessem uma “imagem” clara da realidade dos cuidados, da organização e da disciplina, no domínio em estudo.

Assim direcionamos o desenvolvimento do domínio pessoal dos enfermeiros para aumentar a sua capacidade de enfrentarem a realidade de uma forma criativa em oposição a formas reativas²⁴⁷. Para a sua concretização, viabilizamos a construção de sínteses sobre o estado da arte e potenciamos o diálogo e a reflexão “na e sobre a ação”.

Para que o desenvolvimento individual concorresse para a aprendizagem do grupo e para o objetivo comum, recorremos à reflexão sobre a ação em grupo, em contexto de reunião de serviço e na “passagem” de turno e, à reflexão individual com os enfermeiros em momentos informais que utilizamos como potenciadores da aproximação do investigador principal ao grupo.

Relativamente à reflexão sobre a ação nos momentos de “passagem” de turno, utilizamos como pretexto, situações vivenciadas pelos enfermeiros e sobre as quais já

pessoal que estava além da realidade atual do contexto.

¹⁰Presença de crenças contrárias no domínio pessoal, que por vezes estão abaixo do limiar da consciência, e que limitam a capacidade criativa. Crenças associadas à impotência, ou à incapacidade para lidar com os aspetos que realmente importam para cada pessoa.

tinham tomado decisões. Esta estratégia tinha por objetivo a discussão das premissas da decisão, dos pressupostos da ação e da avaliação. Pretendíamos, desta forma, viabilizar a disseminação do conhecimento tácito e explícito ao grupo e influenciar a proficiência em futuras decisões. A reflexão sobre a ação permitiu a problematização de situações hipotéticas, com o objetivo de delinear estratégias convergentes para a ação. Da utilização desta estratégia, realçamos as oportunidades de aprendizagem que emergiram para os enfermeiros individualmente e em grupo, a partir do diálogo e da reflexão sobre experiências concretas.

Na utilização da reflexão em grupo, tivemos como premissas operativas, a proteção dos enfermeiros, evitando a sua exposição, e a promoção do desenvolvimento de controlo sobre a situação.

Para o sucesso desta estratégia de aproximação ao grupo contribuiu a nossa proximidade ao contexto, que nesta fase do percurso (2010) já tinha dois anos e que permitia o conhecimento e reconhecimento mútuo. Esta proximidade permitiu atenuar as barreiras à autenticidade do grupo, mantendo os pressupostos inerentes aos papéis desempenhados.

A natureza da aproximação realizada também possibilitou a utilização da reflexão na ação, como estratégia para a mudança. Para a reflexão na ação desenvolvemos múltiplas estratégias baseadas nas oportunidades e nas características individuais de cada um dos enfermeiros, bem como, nas características e dinâmicas do grupo.

A utilização da reflexão na ação foi viabilizada pela presença do investigador no contexto, e decorreu em dois momentos distintos e complementares. O primeiro momento, sempre que o contexto e o pretexto o viabilizaram, antes, durante ou imediatamente após a ação de enfermagem. O segundo momento, em contexto da passagem de turno, em que a reflexão incidia sobre a decisão para a ação. Decisão que tinha influência direta sobre a continuidade de cuidados em situações concretas.

Nesta fase, nunca tivemos ação direta sobre os cuidados prestados aos clientes com DPOC. Garantimos que o apoio técnico-científico disponibilizado era centrado no desenvolvimento das competências pessoais dos enfermeiros, e na sua capacitação para a mudança das práticas clínicas. Estivemos presentes no serviço ao longo do percurso de IA nos turnos da manhã à semana entre janeiro de 2010 e Julho de 2010, e nos turnos da manhã e tarde, entre setembro de 2010 e final de fevereiro de 2011.

Neste percurso verificamos que as alterações no domínio pessoal foram subtis, mas influenciaram determinadamente a participação e o comprometimento interno dos enfermeiros com o processo de mudança.

Senge refere que a preparação do contexto para uma constante expansão do domínio pessoal é um dos aspetos críticos das organizações que aprendem, e que concorre para a otimização dos resultados da aprendizagem. Face ao exposto, foi nossa intenção, na gestão e dinamização da mudança, contribuir para a apropriação pelos enfermeiros e pelo grupo, das competências necessárias para conduzirem a discussão e a reflexão, de forma a viabilizarem a geração de tensões criativas.

Relativamente aos modelos mentais, estes representavam as perspetivas internas dos enfermeiros que enformavam a visão e a interpretação que faziam do mundo exterior, em cada momento, facto que era indissociável, da intenção demonstrada para os cuidados. Estes modelos mentais condicionavam a forma de pensar e agir.

Dirigimos a nossa ação individualmente com cada enfermeiro e com o grupo, para a reflexão enquanto estratégia promotora da “desaceleração dos processos de raciocínio”, de forma a desenvolver a autoperceção dos modelos mentais utilizados, e a forma como estes influenciam a ação.

Na estratégia adotada, assumimos que os modelos mentais podiam ser obstáculos à implementação da aprendizagem e da mudança organizacional. Especialmente quando estavam abaixo do “limiar de consciência” individual dos enfermeiros. Pelo exposto, a clarificação e o desenvolvimento dos modelos mentais assumiam-se, como determinantes para o sucesso do percurso de mudança. Dado que os modelos mentais representam, no domínio individual, o comprometimento com a verdade¹¹ e por consequência, a tensão criativa. Esta tensão criativa, foi a força motriz que moveu os enfermeiros no sentido da mudança desejada.

Para contribuirmos para o desenvolvimento de modelos mentais que fossem potenciadores da mudança, adotamos como estratégias a exposição e clarificação das premissas básicas para a ação definidas pelo grupo. Tivemos em consideração que modelos mentais diferentes podiam e deviam coexistir, desde que, testados no contexto da ação e direcionados para o objetivo comum.

¹¹Disposição para descobrir o que limita ou impede a contemplação da realidade. Esta disposição desafiava a visão “tradicional” dos enfermeiros sobre a problemática.

Neste sentido, a discussão e a reflexão em grupo contribuiu para o desenvolvimento pessoal dos modelos mentais. Enquanto facilitadores da reflexão, tivemos presente que a aprendizagem efetiva em grupo emerge a partir do equilíbrio entre a defesa da posição individual e o questionamento sobre a mesma. Pelo que, adotamos uma postura de convite contínuo ao grupo para a exposição e partilha das ideias, sobre “como fazer melhor”.

Na gestão da discussão e da reflexão, não foi nossa intenção consensualizar os modelos mentais no domínio em estudo. Contudo, assistimos ao emergir de algum consenso no modelo mental adotado entre os enfermeiros, o que na opinião de Senge²⁴⁸ podia revelar que o processo de aprendizagem adotado estava a funcionar.

O diálogo e reflexão em grupo possibilitaram a definição de objetivos comuns para a ação, que alicerçaram a mudança e contribuíram para reforçar os laços entre os enfermeiros. Facto que podemos constatar na nota de campo “... *é curioso como ao discutirmos estes assuntos, acabamos por nos aproximar mais do que nos distanciamos... e a influência positiva que tem no próprio ambiente da equipa...*” (NC31).

Enquanto facilitadores da definição de um objetivo comum ao grupo, tivemos presente que este podia constituir-se, como um fator aglutinador dos desejos e expectativas individuais. Fator que poderia conduzir ao sucesso da mudança. Senge refere que a existência de um objetivo comum pode fazer “*surgir uma coragem¹² que as pessoas nem sabiam que possuíam*”²⁴⁹. Facto que constatamos nas decisões tomadas pelo grupo no percurso que apresentamos.

Enquanto dinamizadores da aprendizagem individual, tivemos presente que esta não concorre isoladamente para a aprendizagem em grupo. Contudo, sem aprendizagem individual não seria possível desenvolver a aprendizagem em grupo.

A aprendizagem em grupo resultou da interação entre os enfermeiros, através do diálogo e da reflexão que viabilizaram a vinculação e partilha. Tendo o resultado para o grupo sido superior à soma das aprendizagens individuais²⁵⁰ “... *tenho aprendido muito desde que começamos, mas o melhor deste percurso tem sido a forma como temos conseguido mudar... agora as discussões da passagem de turno... até parece que estamos à espera delas... agora já não discutimos os aspetos periféricos dos*

¹²Coragem é simplesmente fazer o que é preciso para alcançar o objetivo.

cuidados... mas aquilo que é mesmo importante... todos sabemos e podemos dar a nossa opinião...” (NC42).

A estratégia adotada para a aprendizagem em grupo permitiu que os enfermeiros individualmente não sacrificassem a sua visão em função da visão do grupo. Antes, permitiu que através diálogo e da reflexão, fosse possível desenvolver um objetivo comum, vinculado com a verdade e integrador das diferentes visões individuais. Facto que alicerçou o “sucesso” da mudança. Como podemos constatar na nota de campo “... *antes as discussões que tínhamos sobre os cuidados acabavam quase sempre, com o prevalecer da ideia de uma ou de duas pessoas, agora já conseguimos acrescentar os contributos de muita gente... e é um facto que concordamos que as decisões e os cuidados têm melhorado... é muito mais fácil fazer aquilo em que acreditamos...*” (NC45).

Na aprendizagem em grupo podem ser identificadas três dimensões críticas: pensamento reflexivo; ação inovadora e coordenada; e o papel dos seus membros noutras equipas. O pensamento reflexivo constitui-se como um desafio e implicou a otimização da participação e dos recursos de cada um dos enfermeiros. Relativamente à ação inovadora e coordenada, tornou-se fundamental otimizar a interação dos enfermeiros, para que a sua ação fosse complementar. Para efeitos da nossa tese não discutiremos o papel dos membros do grupo noutras equipas dado que, os enfermeiros desenvolviam a sua ação na organização, no contexto em estudo.

Na gestão construtiva da reflexão, identificamos alguns desafios como pode ser constatado na nota de campo “... *quando comecei, isto não era nada assim, agora isto obriga-nos a ser melhores... tenho receio de não fazer as coisas como os outros...*” (NC30).

Senge²⁵¹ refere que existem duas formas de expor e intervir sobre as rotinas defensivas¹³. A primeira centrada no enfraquecimento da “solução sintomática”. A segunda, centrada no fortalecimento da solução que o grupo elege como fundamental. Neste percurso utilizamos ambas as estratégias. Uma das formas identificadas pelo autor e utilizadas neste percurso para reduzir a “solução sintomática” foi a de contribuir para a redução da ameaça emocional percebida pelos enfermeiros e que estava na origem das rotinas defensivas. Para a sua consecução, recorreremos à facilitação da expressão

¹³São hábitos enraizados que usamos para nos protegermos do embaraço e do perigo, que nos ameaça quando expomos as nossas ideias (Peter Senge, 1990, p.225).

individual dos sentimentos condicionadores e à identificação de soluções individuais, direcionando o apoio técnico-científico e a gestão da reflexão “na e sobre a ação”, para os espaços e momentos adequados às características individuais de cada um dos enfermeiros. Viabilizamos, ainda, a criação de um ambiente onde os enfermeiros pudessem ser originais, experimentassem o sucesso e o controlo sobre a situação^{252,253}.

A dinâmica construída no grupo viabilizou a discussão e a reflexão verdadeira, direcionada por um objetivo comum, e alavancou o ultrapassar das rotinas defensivas, fortalecendo a solução fundamental identificada pelo grupo.

A reflexão em grupo foi alicerçada na “suspensão” dos pressupostos individuais, no reconhecimento da mesma finalidade entre os enfermeiros e, na nossa presença, como um recurso facilitador do processo. A “suspensão” dos pressupostos permitiu a análise e comparação constante dos pressupostos emergentes no grupo, com os de índole individual.

Para Senge²⁵⁴, o pensamento sistémico é o elemento agregador de tudo o que anteriormente foi exposto sobre os outros quatro domínios que influenciam a aprendizagem organizacional. Este pensamento criou a referência para que os enfermeiros percebessem os diferentes elementos da aprendizagem como partes de um todo. Elementos que viabilizaram a fusão entre a teoria e a prática, entre a intenção e a ação. Colocamos o nosso esforço na construção deste pensamento sistémico no contexto, viabilizando a articulação entre os enfermeiros no grupo, entre os enfermeiros e as lideranças e entre instituições (CHP-HSA e ESEP).

Em síntese, podemos referir que, viabilizamos a criação de um ambiente onde os enfermeiros puderam ser originais, onde a liderança formal teve pouca influência sob a direção do pensamento individual e do grupo. Mas, garantindo que essa liderança fosse um alicerce de segurança e de estabilidade para o processo. Neste contexto, funcionamos como dinamizadores da reflexão e facilitadores da comunicação no grupo, fomentando a experiência do controlo e do sucesso do processo de aprendizagem e mudança entre os enfermeiros.

Neste sentido, potenciamos a predisposição dos enfermeiros para analisarem a informação, para questionarem o existente, para incorporarem os seus pontos de vista e, tomarem consciência das decisões tomadas. Potenciamos, também, a disponibilidade dos enfermeiros para testarem na clínica as soluções que emergiram.

Para potenciarmos esta predisposição, viabilizamos a construção de sínteses sobre o estado da arte, em função das necessidades percebidas pelo grupo. Fomentamos o diálogo e a reflexão em espaços de tempo e contextos programados para essa finalidade. Garantindo o “espaço” para a defesa autêntica dos propósitos, para a confrontação de ideias, emoções e opiniões. Estas estratégias viabilizaram a reflexão sobre as premissas que orientavam os propósitos individuais, do grupo e da organização. Desta forma, garantimos condições para a escolha livre e informada.

As estratégias utilizadas tiveram por intenção viabilizar a amplificação dos valores profissionais (individuais) dos enfermeiros, para que potenciais circunstâncias envolventes negativas (contexto/profissão/sociais) não conduzissem e influenciassem no futuro o comportamento e a aprendizagem.

Otimizamos a intenção manifestada pelos enfermeiros para a consecução da mudança e, potenciamos as condições individuais e do grupo para a expansão do conhecimento no futuro. A potenciação das condições expressas poderá continuar a influenciar positivamente a ação e a qualidade dos cuidados de enfermagem neste contexto.

Expostas as estratégias utilizadas para alicerçar a mudança e os pressupostos que a viabilizaram, evoluímos agora para a apresentação e descrição, das soluções transversais a todo o planeamento realizado. Soluções que tinham por finalidade, criar as condições para responder a cada um dos objetivos identificados para a mudança.

A edificação da mudança

A disponibilidade para a mudança manifestada pelos enfermeiros resultava, também, da sua experiência na tutoria de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem. Da qual, emergia a perceção que a orientação do desenvolvimento de competências dos estudantes direcionava-se para um modelo de cuidados diferente daquele em uso no contexto. Esta perceção e os desafios colocados pelos estudantes, contribuíram para uma maior predisposição para a mudança. Em simultâneo, os enfermeiros percecionavam a necessidade de dar maior sistematização à sua ação no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico nos clientes com DPOC, para contribuírem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste contexto, assistimos ao emergir progressivo de uma norma subjetiva positiva, alicerçada nas expectativas criadas nos enfermeiros, nos estudantes e nas organizações, a partir da parceria estabelecida entre o CHP-ESEP. Parceria que tinha por objetivo

viabilizar a construção de um espaço de excelência para a prestação de cuidados e para o ensino de enfermagem. Estes factos criaram também, condições para a mudança. O diálogo e a reflexão com os enfermeiros, sobre os fatores que influenciavam a problemática identificada e, sobre os aspetos associados à atitude face aos cuidados, viabilizaram a intenção de planear e implementar o percurso que aqui apresentamos.

Para a concretização dos objetivos propostos para a mudança, tornava-se fundamental a incorporação da melhor evidência. A evidência disponível apontava para que o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades dos clientes com DPOC para gerirem o regime terapêutico fosse facilitado, pela implementação de estratégias de ação de enfermagem. Embora existisse pouca evidência sobre a efetividade das intervenções para a promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico²⁵⁵. Não sendo possível identificar orientações globais e consensuais neste domínio para clientes com DPOC²⁵⁶; pelo que, as soluções deveriam ser desenvolvidas e testadas nos contextos.

A evidência demonstrava, ainda, que programas baseados em componentes cognitivas e comportamentais podiam trazer importantes benefícios aos clientes²⁵⁷, bem como as intervenções dirigidas para a promoção da autoeficácia²⁵⁸. A evidência permitia, também, identificar, a existência de um efeito positivo de programas de intervenção em clientes com DPOC sobre: o conhecimento para a gestão do regime terapêutico²⁵⁹; o número de reinternamentos^{260,261}; o número de exacerbações; o número de hospitalizações; a mortalidade; e o aumento da qualidade de vida²⁶². Preconizando, para a sua consecução, a adoção de recursos informacionais como agentes facilitadores do processo, desde que, adequados às características dos clientes e às suas reais necessidades de informação^{263,264,265}. Fundados nestes factos, desenvolvemos o percurso que apresentamos de seguida.

Para a concretização dos objetivos propostos recorreremos à formação/reflexão em sala de reunião, disponibilizando de um conjunto de sessões (\pm 20 horas por enfermeiro). Conduzimos estes momentos com a intenção de desenvolver o autoquestionamento sobre as estratégias de ação e sobre as variáveis envolvidas na ação. Pretendíamos possibilitar a contemplação e a exploração de novas soluções, baseadas na informação disponibilizada.

A conceção da estratégia a utilizar nestes espaços foi orientada pelos objetivos definidos pelos enfermeiros para a mudança. A partir desses objetivos definimos (em conjunto) que os espaços de formação em contexto de reunião deviam ser orientados para

viabilizar a construção de novas soluções a partir:

- Da reorientação da intenção da ação dos enfermeiros;
- Da promoção da aprendizagem individual e do grupo, a partir da reflexão sobre os condicionalismos internos ao cliente que influenciavam o desenvolvimento de competências para o autocuidado - gestão do regime terapêutico;
- Da promoção da aprendizagem individual e do grupo que viabilizasse uma maior sistematização no diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados da ação de enfermagem.

A concretização destes objetivos alicerçou-se em três estratégias. A primeira, centrada numa breve exposição dos aspetos centrais dos domínios abordados (a doença; o regime de tratamento; a teoria das transições; o estado da arte sobre a gestão do regime terapêutico), feita pelo investigador principal. A segunda, centrada na participação dos enfermeiros na construção de sínteses sobre a melhor evidência nos domínios abordados, recorrendo a trabalho de grupo e individual. E a terceira, centrada na reflexão nos espaços definidos.

A partir do exposto para a concretização da reorientação da intenção para a ação, procedemos à clarificação do domínio e perspetiva da disciplina e dos seus fundamentos concetuais. Baseamo-nos no enquadramento concetual que apresentamos no primeiro capítulo.

Esta clarificação resultou no emergir da necessidade de identificar e utilizar um referencial teórico que operacionalizasse a conceção e a organização dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, foi definido pelos enfermeiros a utilização da teoria das transições com significado para a enfermagem, proposto por Meleis e colaboradoras (2000)²⁶⁶, como referencial teórico.

A opção por esta teoria justifica-se pelo limitado número de conceitos que utiliza, por ser mais operacional para o contexto de cuidados e, por criar a oportunidade de agregar um modelo teórico explícito, e de fácil integração na prática clínica, capaz de orientar a ação de enfermagem. Em síntese, este modelo teórico possibilitava a agregação de um modelo teórico de fácil operacionalização e que permitia “iluminar” a conceção de cuidados de enfermagem e, responder aos objetivos e expectativas dos enfermeiros.

A DPOC, pelas suas idiossincrasias, coloca desafios às competências de autocuidado dos clientes. Estes desafios tornam-se mais complexos com a progressão da doença,

exigindo ao cliente a percepção da necessidade de implementar “mudanças” duradouras no quotidiano. Estas “mudanças” são mais do que simples alterações, porque exigem a incorporação de novos conhecimentos; novos comportamentos; a alteração no padrão de relações sócio/familiares e profissionais; a alteração das expectativas e/ou habilidades e a gestão das emoções. Estes desafios, que implicam mais do que uma simples substituição de alguma coisa por outra, que ocorrem durante um período de tempo e que têm um sentido e um movimento para atingir um objetivo, denominam-se por transições²⁶⁷.

Uma transição é sempre o resultado da interação entre o cliente, ambiente, condição de saúde e significados, podendo ou não, resultar em mudanças no quotidiano, na saúde, nas relações e no meio ambiente.

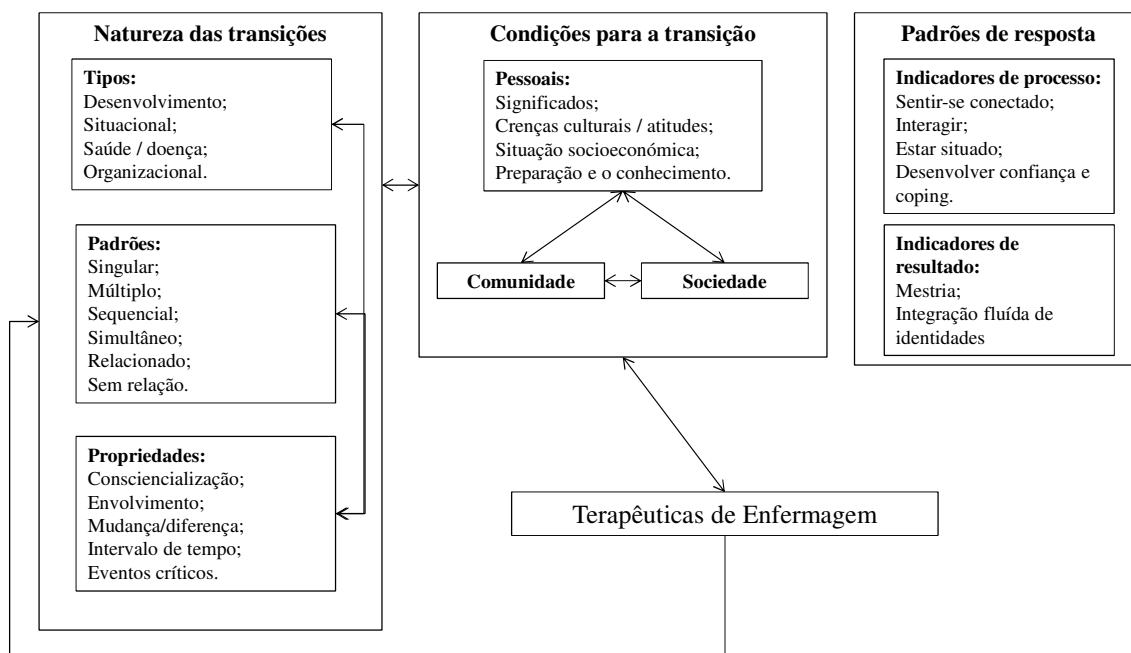
Como conceito central de enfermagem, transição tem sido alvo de análise e clarificação, da qual resultou uma teoria de médio alcance descrita por Meleis. Esta teoria reflete a relação entre os seus diferentes elementos, enfatizando um processo longitudinal e multidimensional. De uma forma geral a sua estrutura consiste em três fases: entrada, passagem e saída. Nestas fases podemos encontrar algumas comunalidades como a existência de um processo, uma descontinuidade, o desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudanças” e, padrões de resposta.

Uma transição caracteriza-se por ser uma passagem de uma fase da vida para outra, implica um processo que tem uma sequência, e que envolve simultaneamente uma rutura e uma resposta do cliente. Este processo implica um intervalo de tempo que decorre desde a necessidade de rutura até à aquisição de novo equilíbrio. Em síntese, a transição refere-se tanto o processo como ao resultado da interação complexa entre cliente e ambiente, podendo envolver mais que um cliente.

A estrutura desta teoria (figura 6) organiza-se pela sua natureza: em tipos; padrões; propriedades; condições nas quais ocorrem (fatores facilitadores e inibidores) e padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e terapêuticas de enfermagem^{268,269}.

270

Figura 6 – Modelo de uma transição em enfermagem (traduzido e adaptado de Meleis et al., 2000, p. 661)



A consciencialização é uma das propriedades das transições, referindo-se ao desenvolvimento da perceção da necessidade de implementar “mudanças” duradouras no quotidiano, para dar resposta aos desafios vivenciados.

Quando um cliente com DPOC perceciona a necessidade de integrar no seu quotidiano novos conhecimentos, capacidades, expectativas, padrões de relações sociais e profissionais, inicia um processo que o expõe à possibilidade de não reunir os recursos que permitam mover-se no sentido da integração fluída e do desenvolvimento de mestria na gestão da condição de saúde.

A ausência de consciencialização da necessidade de “mudança” pode resultar, no “não envolvimento” do cliente na gestão da condição de saúde, na dificuldade de interação com os profissionais e com as pessoas significativas. Pode resultar, ainda, na incapacidade para se sentir integrado no local para o qual mudou (ex.: em casa de familiares prestadores de cuidados) e na ausência de desenvolvimento de confiança no seu reportório de recursos. Como consequência, o cliente com DPOC pode não se adaptar à nova condição de saúde, facto que se traduzirá negativamente no seu nível de saúde, no bem-estar, na capacidade de mobilizar energia e, consequentemente, na qualidade de vida.

Uma transição é um processo e, enquanto processo, tem fases ao longo das quais o

cliente passa durante um período de tempo. Nestas fases, o cliente pode (ou não), desenvolver estratégias adaptativas que lhe permitam readquirir o equilíbrio e vivenciar uma transição saudável.

Exposto o referencial teórico que viabilizou a operacionalização da conceção e a organização dos cuidados de enfermagem, evoluímos para a apresentação da solução desenvolvida para a promoção da aprendizagem individual e de grupo sobre os condicionalismos internos aos clientes, que influenciavam o desenvolvimento de competências para o autocuidado - gestão do regime terapêutico.

Procedemos à identificação dos condicionalismos, a partir da delimitação da problemática apresentada no terceiro capítulo e, implementamos as estratégias já expostas, que viabilizaram a construção e disponibilização de sínteses informativas.

Para a promoção de uma aprendizagem individual e de grupo, que concorresse para uma maior sistematização da integração destes condicionalismos internos aos clientes na conceção de cuidados, recorreremos às estratégias anteriormente expostas. Estas estratégias viabilizaram a reflexão sobre o processo de tomada de decisão em enfermagem e o desenvolvimento de sínteses informativas sobre as atividades de diagnóstico (dados), diagnósticos, intervenções (ações que as concretizam) e critérios de resultado.

A disponibilização da informação sobre as sínteses da melhor evidência nos domínios abordados foi concretizada a partir da disponibilização de um repositório de informação em suporte *web*. A utilização deste repositório foi uma decisão unânime do grupo, a partir da facilidade de utilização percebida.

A utilização deste repositório tinha por finalidade facilitar o acesso à informação, facto possibilitado a todos os enfermeiros pela disponibilização de uma chave de acesso. O acesso a este repositório possibilitava a adição e edição de conteúdos e a partilha de opiniões. A utilização desta estratégia viabilizou a participação dos enfermeiros na adição e edição de conteúdos, de uma forma dinâmica. Esta estratégia viabilizou a identificação de dois tipos de utilizadores. Enfermeiros que utilizavam o repositório para apenas aceder à informação e, os que o utilizavam para participar ativamente na adição e edição de conteúdos. Contudo, devemos realçar a vinculação demonstrada por todos na utilização do repositório. O perfil de utilização do repositório alicerçou-se na disponibilidade de tempo de cada enfermeiro, no comprometimento como o processo,

na apropriação do percurso e no controlo percebido sobre os domínios abordados.

Devemos realçar que as estratégias apresentadas foram, como anteriormente expresso, complementadas pela reflexão “na e sobre a ação” ao longo de todo o percurso.

Na delimitação da problemática tinha sido identificada pelos enfermeiros a ausência de suportes informacionais que facilitassem o desenvolvimento de competências nos clientes. Face a este facto, os enfermeiros tinham definido como objetivo para a mudança, desenvolver e disponibilizar recursos informacionais para o desenvolvimento de competências dos clientes no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico. O percurso e as estratégias utilizadas exacerbaram a necessidade de operacionalizar este objetivo.

No processo de tomada de decisão sobre este domínio, os enfermeiros tiveram em consideração, que o desenvolvimento de recursos informacionais devia basear-se para além da melhor evidência técnica para a sua construção e disponibilização, nas necessidades informacionais percebidas pelos clientes. Os enfermeiros tiveram em consideração que estes recursos deviam ser conceptualizados e desenvolvidos de acordo com a literacia, a literacia tecnológica¹⁴, a utilidade percebida, a intenção e a facilidade para a utilização percebida pelos clientes. Bem como, nas suas preferências individuais para a aprendizagem.

Os enfermeiros tiveram ainda em consideração que os recursos informacionais e os suportes tecnológicos utilizados podiam contribuir para o envolvimento do cliente na gestão da condição de saúde, para a melhoria da capacidade de tomar decisões e, para a promoção do autocuidado. Factos que podiam agregar maior segurança ao processo terapêutico^{271,272}.

No desenvolvimento dos recursos informacionais, tivemos como pressuposto a necessidade de sermos criteriosos na escolha dos suportes tecnológicos que pretendíamos utilizar na veiculação da informação. A informação a veicular devia atender a critérios de qualidade, acessibilidade e de oportunidade.

A partir dos princípios expostos, foi construído um questionário (anexo 6) que utilizamos neste estudo e, que esteve na origem de um outro estudo com uma amostra

¹⁴Literacia tecnológica – a habilidade dos indivíduos usarem com propriedade as tecnologias da informação e comunicação para aceder, gerir e avaliar a informação, desenvolvendo um novo entendimento, e comunicando com os outros de forma a participarem efetivamente na sociedade. (National Assessment Program Information and Communication Technology Literacy 2005).

mais alargada²⁷³.

A utilização deste questionário tinha por objetivo, junto dos clientes com DPOC:

- Caraterizar a literacia e a literacia tecnológica dos clientes;
- Conhecer a necessidade percebida de informação para a gestão do regime terapêutico;
- Conhecer a que recursos informacionais os clientes tiveram acesso durante a evolução da condição e saúde;
- Conhecer a utilidade, intenção e facilidade para a utilização de diferentes suportes tecnológicos, para acesso à informação.

O constructo teórico do questionário baseou-se na revisão da literatura sobre modelos de aceitação da tecnologia^{274,275} e sobre a informoterapia^{276,277}.

O modelo de aceitação da tecnologia contempla, a utilidade e a facilidade percebida pelos clientes para a utilização dos recursos, e a sua intenção para os utilizar. Bem como as normas sociais subjacentes à sua utilização.

Os resultados permitiram clarificar que os clientes, deste contexto, com DPOC, possuíam literacia para a utilização de informação em saúde. Em paralelo constatamos, que os clientes referiam maior utilidade, facilidade e intenção para a utilização do telemóvel para aceder à informação, seguido dos livros e dos vídeos. Emergindo a pouca valorização atribuída aos recursos em suporte *web*.

Os resultados indicavam-nos que clientes mais velhos apresentavam menor literacia tecnológica, referiam menor utilidade percebida, menor facilidade e menor intenção para a utilização dos diferentes suportes tecnológicos, para acederem à informação em saúde. Verificamos, também, que eram os clientes com maior literacia, os que referiam menores necessidades informacionais globais sobre a condição de saúde.

Os resultados permitiram-nos identificar nos clientes, a perceção da existência de suporte familiar para os ajudar a utilizarem os recursos informacionais em suportes *Web*.

Relativamente às necessidades informacionais, constatamos que os clientes apresentavam maiores necessidades informacionais no domínio do exercício físico, da gestão das atividades do dia-a-dia, do autocontrolo da dispneia e da gestão do regime medicamentoso.

Expostas as soluções transversais adotadas, evoluímos para a apresentação do planeamento e implementação da mudança em cada um dos três eixos fundamentais da mudança.

4.1 – A mudança no modelo de cuidados em uso

Para dar resposta ao objetivo de introduzir na conceção de cuidados e na ação de enfermagem elementos e orientações que fossem para além de uma lógica de gestão de sinais e sintomas da DPOC, os enfermeiros decidiram desenvolver linhas de orientação para a ação de enfermagem.

O desenvolvimento de linhas de orientação da ação

O desenvolvimento das linhas de orientação alicerçou-se na especificação dos conteúdos para a ação, nomeadamente das atividades de diagnóstico, definição de intervenções (atividades que as concretizam) e critérios de resultado.

O desenvolvimento de linhas de orientação para a ação assume um carácter complexo, pela necessidade de associar à especificação dos conteúdos, mudanças no quotidiano dos cuidados nos domínios: organizacional (espaços físicos, recursos económicos); estrutural (adequação dos sistemas de informação; otimização da comunicação interprofissional; modelos de cuidados em uso) e, na avaliação resultados (definição de uma estratégia de monitorização e de avaliação).

No desenvolvimento das linhas de orientação para a ação, os enfermeiros definiram que a especificação dos conteúdos da ação deveria ser complementada, com a especificação das estratégias facilitadoras da aprendizagem dos clientes.

Os enfermeiros tiveram em consideração, que a evidência demonstrava a existência de baixas taxas de adesão dos profissionais da saúde à implementação de *guidelines* clínicos, facto associado a questões multidimensionais e multifatoriais^{278,279,280}.

O desafio que emergia era o de definir os conteúdos integráveis e exequíveis no fluxo de cuidados, essencialmente do internamento. Este desafio fundamentava-se na necessidade das linhas de orientação serem, integráveis no fluxo de cuidados de enfermagem, responderem às necessidades, expectativas e intenções dos enfermeiros e, funcionarem à escala do serviço.

Os enfermeiros alicerçaram a tomada de decisão sobre os conteúdos das linhas de

orientação para a ação, na identificação dos objetivos para ação no domínio em estudo. Estes objetivos foram identificados a partir da revisão da literatura (2004-2010); e da opinião dos informantes-chave (clientes e enfermeiros).

Das estratégias utilizadas, resultou a identificação de um conjunto muito abrangente de objetivos para a ação (n=54).

Dada a complexidade e abrangência do desafio de consensualizar a partir dos objetivos identificados, os conteúdos das linhas de orientação em contexto de reunião, os enfermeiros decidiram, proceder à avaliação individual da relevância atribuída a cada objetivo.

Construímos um questionário (anexo 7) que englobava a totalidade dos objetivos identificados. Neste questionário, os objetivos foram apresentados por ordem alfabética (língua Portuguesa), de forma a não influenciarem a decisão. Foi solicitada a avaliação da relevância atribuída para a sua integração nas linhas de orientação da ação para o espaço do internamento e da consulta, através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (5-Muito alta relevância, 4-Alta relevância, 3-Relevante, 2-Pouco relevante, 1-Nada relevante).

Para apoiar a decisão na atribuição da relevância a cada um dos objetivos, foi disponibilizado em suporte de papel e no repositório em ambiente *Web*, um documento com a sua explicação (anexo 7), e um documento com a especificação dos conteúdos que concretizam a ação de enfermagem para cada um dos objetivos, construído a partir do NIC²⁸¹ e NOC²⁸² e das ligações NANDA/NOC/NIC/²⁸³.

Para a definição de consenso utilizámos como critérios: moda e mediana \geq a 4 na relevância atribuída aos objetivos e, simultaneamente, uma concordância¹⁵ >75% entre os respondentes^{284,285,286,287} (anexo 7).

Da análise da relevância atribuída pelos enfermeiros aos objetivos da ação de enfermagem, para o espaço de internamento, verificamos que dezasseis objetivos obtiveram consenso.

Os objetivos consensualizados para o internamento organizavam-se em torno do desenvolvimento de: uma consciencialização facilitadora das “mudanças”; envolvimento na gestão da condição de saúde; esperança; conhecimentos e capacidades

¹⁵ Por concordância entendíamos mais de 75 % das respostas em que o item se aplicava, com *scores* 4 ou 5, numa escala ordinal que variou de 1 a 5.

para a gestão do regime medicamentoso (técnica inalação; dispositivo inaloterapia; oxigenoterapia), e para o regime não medicamentoso (gestão da doença; exercícios respiratórios e autocontrolo da dispneia).

Os resultados do consenso indicavam uma evolução da intenção para a ação dos enfermeiros, em comparação com a identificada na delimitação da problemática. Estes resultados evidenciavam o sucesso das estratégias e dos pressupostos utilizados na mudança.

Os resultados do consenso evidenciavam uma intenção para a ação, mais direcionada para a integração progressiva da promoção da gestão do regime terapêutico na prática clínica. Os resultados traduziam, também, a utilização de uma estrutura concetual subjacente à decisão dos enfermeiros.

O consenso estabelecido permitia identificar a relevância atribuída pelos enfermeiros ao desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora das “mudanças” nos clientes com DPOC. Facto sustentado no reconhecimento da importância de desenvolver nos clientes a perceção da necessidade de implementarem mudanças no quotidiano, de identificarem os desafios que poderiam emergir e os recursos que reuniam e/ou que poderiam ser disponibilizados pelos enfermeiros.

Em síntese, a evolução da intenção para a ação dos enfermeiros evidenciava o reconhecimento da centralidade da consciencialização, do envolvimento e da esperança para o sucesso da gestão eficaz do regime terapêutico. Evidenciava ainda, a necessidade de ajudar os clientes a desenvolverem conhecimentos e capacidades para gerirem o regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso; o que denota uma evolução face ao modelo de cuidados em uso antes da mudança.

O consenso obtido realçava ainda, a necessidade das linhas de orientação serem direcionadas para o desenvolvimento de componentes cognitivas/instrumentais e comportamentais que viabilizassem, o desenvolvimento da perceção da autoeficácia²⁸⁸ na gestão do regime terapêutico. Factos também evidenciados noutros estudos^{289,290,291}.

O consenso para o internamento evidenciava a ausência do objetivo da promoção da cessação tabágica. Esta decisão do grupo poderia ser interpretada como uma oposição à evidência disponível, onde a cessação tabágica é identificada como a medida mais eficaz para alterar a história natural da doença^{292,293}. Contudo, a decisão do grupo revela um aprofundar da natureza da problemática no domínio disciplinar e, a clarificação do

potencial da ação de enfermagem. Facto que se fundamenta, na utilização de uma estrutura concetual que identifica o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano como propriedade fundamental, para iniciar um processo de transição. A decisão do grupo fundamenta-se também no condicionalismo atribuível ao tempo disponível no internamento para implementar a ação de enfermagem.

Relativamente ao acompanhamento na consulta externa, e dada a possibilidade de acompanhar estes clientes durante longos períodos, os enfermeiros apresentaram elevada concordância na inclusão de quarenta e nove dos cinquenta e quatro objetivos (anexo 7). Realçamos que apenas cinco não obtiveram consenso, verificando-se uma concordância média de 89,24% entre os objetivos consensualizados. Os objetivos não consensualizados reportavam-se ao desenvolvimento: de iniciativa para a procura de recursos da comunidade; conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada; iniciativa para a procura de informação relacionada com a saúde; autoestima; desenvolvimento da perceção sobre o suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde.

Estabelecido o consenso sobre os objetivos da ação dos enfermeiros no internamento e na consulta externa, evoluímos para a definição dos domínios da ação de enfermagem que concretizariam estes objetivos.

Os domínios da ação resultaram da agregação teórica dos objetivos consensualizados. Para a agregação teórica dos objetivos em domínios de ação, utilizamos como estrutura concetual a teoria das transições e a taxonomia em uso no SIE no contexto. Identificamos vinte e um domínios da ação de enfermagem, que constituíam a totalidade do conteúdo das linhas de orientação para a ação (anexo 7).

Identificados os domínios da ação dos enfermeiros, evoluímos para a definição e especificação dos seus conteúdos, de forma a viabilizar a agregação de maior sistemática à ação de enfermagem.

A especificação dos conteúdos das linhas de orientação da ação e a estratégia para a sua implementação

Para a especificação dos conteúdos, recorremos às estratégias já expostas que sustentaram a mudança, aos pressupostos utilizados para viabilizar a aprendizagem e ao NIC, NOC e ligações NANDA/NOC/NIC, do que resultou um manual de especificação dos conteúdos da ação (anexo 8).

Definidos os domínios, e especificados os conteúdos das linhas de orientação da ação de enfermagem, tornava-se agora fundamental definir uma estratégia que iluminasse a sua implementação.

Para a definição desta estratégia, os enfermeiros, baseados no referencial teórico adotado e, nos resultados do consenso sobre os objetivos da ação de enfermagem (internamento/consulta), decidiram proceder a uma distribuição dos domínios identificados por três fases distintas. Estas fases realçam a noção de um processo que decorre durante um período de tempo. Aspeto fundamental para o desenvolvimento de competências para gerir com eficácia o regime terapêutico.

A primeira fase da estratégia de implementação definida centrava-se no desenvolvimento: de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudanças” no quotidiano; do envolvimento na gestão da condição de saúde; da esperança e de dar a conhecer as estratégias adaptativas disponíveis para o autocuidado.

A segunda fase centrava-se no desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para: gerir o regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso. Estas duas primeiras fases englobavam a totalidade dos domínios da ação que emergiram dos objetivos consensualizados para o internamento.

A terceira fase incorporava os objetivos consensualizados para a consulta e, centrava-se no desenvolvimento conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico não medicamentoso (conservar energia nas atividades de autocuidado; gestão e autocontrolo do stresse); para gerir o regime terapêutico medicamentoso (broncodilatadores; vacinação); e para desenvolver a perceção de suporte e a interação de papéis.

Face ao referencial teórico utilizado, os enfermeiros definiram que a passagem da primeira para a segunda fase da implementação das linhas de orientação da ação nos clientes teria como condição subjacente, o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudanças” no quotidiano.

Esta condição à progressão entre as duas primeiras fases justificava-se, pela necessidade do cliente se consciencializar da necessidade de mudar e da relevância da aquisição de conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico.

Na definição desta estratégia, os enfermeiros tiveram em consideração, a possibilidade de um cliente poder passar a ser alvo da ação relativa à segunda fase em situações de

exceção. Situações em que o cliente tivesse alta hospitalar ou, estando em ambiente de consulta externa, necessitasse de desenvolver competências associadas à utilização de inaladores. A decisão tomada teve subjacente, o pressuposto que o desenvolvimento da competência para a utilizar os inaladores, podia ser influenciado negativamente pela ausência de uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano. Facto que expunha o cliente a uma maior vulnerabilidade ao gerir o regime terapêutico.

Assim os enfermeiros definiram que nestas situações de exceção, os clientes passariam a ser alvos prioritários para o acompanhamento na consulta externa. Procedendo-se ao agendamento de acompanhamento no menor espaço de tempo (em função da disponibilidade de agendamento do enfermeiro e da disponibilidade do cliente) e/ou referenciando o cliente também para os cuidados de saúde primários.

A estratégia para a intervenção de enfermagem nos clientes com DPOC

As exacerbações da doença eram identificadas pelos enfermeiros como um dos principais motivos do recurso do cliente com DPOC ao serviço de urgência. Nas entrevistas, os clientes referiam só recorrer ao serviço de urgência quando percecionavam uma maior gravidade da dispneia, facto que segundo os enfermeiros só acontecia alguns dias após estar instalada a exacerbação. E que concorria, para a instabilidade verificada nos processos corporais destes clientes nos primeiros dias de internamento.

Pelo discurso produzido pelos enfermeiros e clientes, o adiamento do recurso à ajuda de um profissional de saúde estava associado, à incapacidade de gerirem com eficácia a condição de saúde e à baixa perceção de suporte profissional.

O internamento é frequente nos episódios de exacerbação da doença e pode constituir-se como um evento crítico²⁹⁴, na opinião de clientes e enfermeiros. Dado que, durante a exacerbação da doença, os clientes percecionam a vulnerabilidade e suscetibilidade da sua condição da saúde. Sendo comum, a perceção do risco eminente de morte associado aos períodos de dispneia em repouso, como pode ser constatado no discurso do cliente “...vi a minha vida muito má, aqui à minha frente (referindo-se ao momento em que recorreu ao serviço de urgência) ... agora não quero estragar... (referindo-se à condição atual no internamento) ” (EC1).

Estes factos podem concorrer para que o cliente esteja mais disponível para identificar o que mudou, o que necessita de mudar e os recursos e as dificuldades que antecipa. Este

período pode constituir-se, ainda, como uma oportunidade para os profissionais de saúde ajudarem o cliente a perceber o suporte profissional, as soluções que oferecem e a sua disponibilidade.

A partir das estratégias expostas para a mudança, e dos pressupostos para a aprendizagem, os enfermeiros definiram como objetivos para a primeira fase das linhas de orientação:

- Desenvolver uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”;
- Promover a esperança;
- Promover o envolvimento na gestão da condição de saúde;
- Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado.

Assim, os enfermeiros consensualizaram que, após a admissão dos clientes no serviço, centrariam a sua ação na gestão dos sinais e sintomas da doença, até estarem estabilizados os processos corporais.

Definiram como condição para dar início ao desenvolvimento de competências para a gestão do regime terapêutico, a presença de estabilidade clínica no processo respiratório. Para avaliarem a presença da estabilidade definiram os critérios: $SpO_2 > 88\%$; FiO_2 estável; sem referência a dispneia em repouso.

Verificada a estabilidade clínica, definiram que deveriam avaliar a integridade das funções cerebrais superiores (através da utilização da BAEM²⁹⁵). Esta avaliação era feita a partir da avaliação das dimensões da orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação e linguagem da BAEM.

Constatada a integridade dos processos cerebrais superiores, o enfermeiro avaliaria se o cliente estava ou não consciencializado da necessidade de implementar “mudanças” no seu quotidiano. De acordo com as linhas orientadoras da ação definidas.

Nesta fase, não era objetivo da ação terapêutica desenvolver competências cognitivas ou instrumentais dirigidas ao desenvolvimento de estratégias adaptativas centradas na resolução de problemas. Nesta primeira fase, os enfermeiros pretendiam ajudar o cliente a perceber as mudanças necessárias no quotidiano; a conhecer o suporte profissional disponível e a identificar as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico sobre o controlo da condição de saúde.

Nos primeiros dias do internamento os clientes experienciavam, muitas das vezes, o agravamento da sua dependência no autocuidado (higiene, vestir, andar, alimentar). Este agravamento da dependência no autocuidado, na opinião dos enfermeiros, poderia constituir-se como um evento crítico facilitador do processo de consciencialização, facto também corroborado nas entrevistas realizadas com os clientes.

Para a primeira fase da implementação das linhas de orientação da ação foi ainda definido como objetivo para a ação a promoção da esperança; e do envolvimento na gestão da condição de saúde. As ações terapêuticas que concretizam cada um destes objetivos estão descritas no anexo 8.

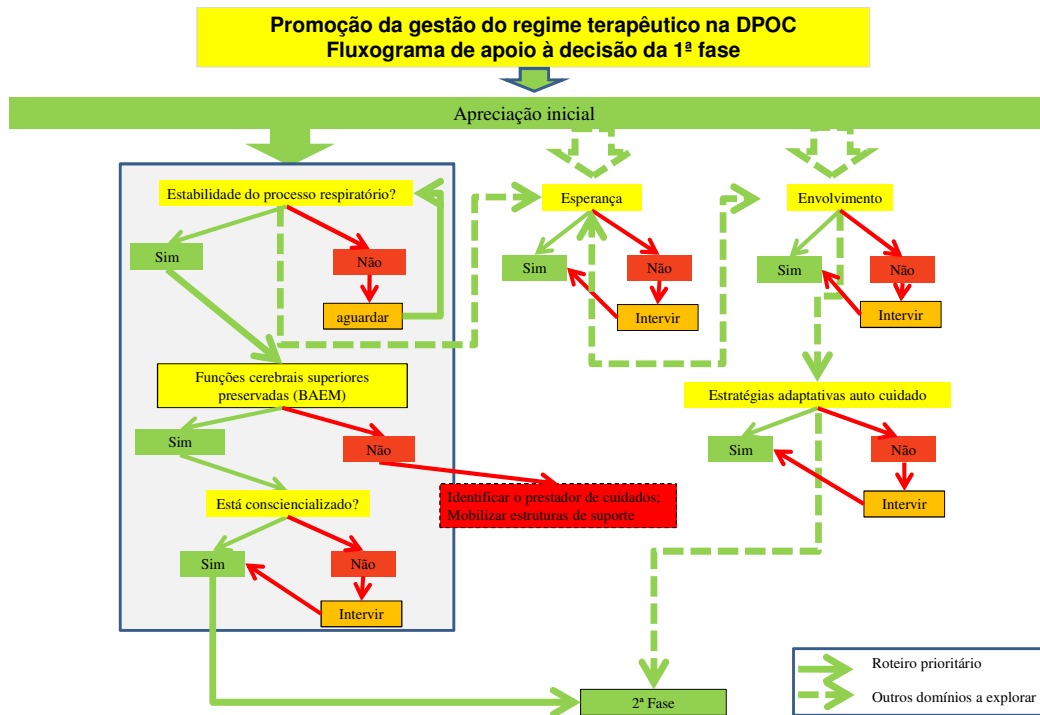
As linhas de orientação definidas para o desenvolvimento de esperança e do envolvimento podiam contribuir positivamente para o desenvolvimento de motivação que sustentasse a mudança de comportamentos no quotidiano.

Neste período inicial do internamento estavam, também, reunidas as condições para ajudar o cliente a perceber o conjunto de estratégias adaptativas disponíveis no domínio do autocuidado, que podiam contribuir para a reacquirição da autonomia.

Nas situações em que os clientes apresentavam alteração das funções cerebrais superiores foi definido, proceder-se à identificação de um prestador de cuidados ou, à mobilização de estratégias formais de apoio. Desenvolvendo os enfermeiros as ações necessárias para assegurar a continuidade dos cuidados.

Na figura 7 apresentamos o fluxograma de decisão definida pelos enfermeiros para a primeira fase do programa.

Figura 7 – Fluxograma de apoio à decisão na 1ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



A construção dos fluxogramas de apoio à decisão emergiu das estratégias utilizadas para a mudança e tinham por objetivo contribuir para uma maior sistematização no diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados da ação de enfermagem.

Quando o cliente estava consciencializado da necessidade de implementar “mudanças” no quotidiano, era considerado preparado para iniciar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso.

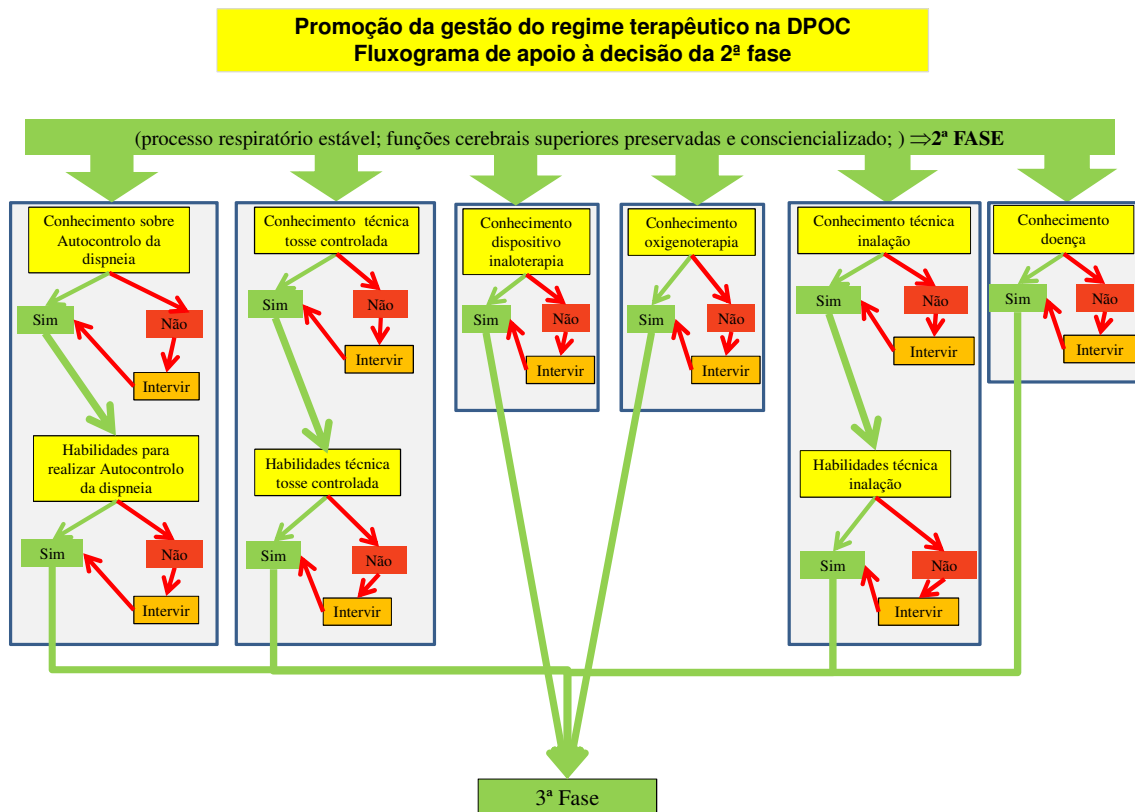
Na figura 8 apresentamos o fluxograma de apoio à decisão na segunda fase da implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem.

A entrada na segunda fase podia ser feita por qualquer um dos domínios identificados, ficando a sua priorização dependente de tomada de decisão do enfermeiro, em função das particularidades do cliente. Adquiridos os conhecimentos e capacidades inerentes a esta fase, a estratégia de implementação das linhas de orientação evoluía para a terceira fase.

Realçamos que o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades em cada um dos domínios especificados era precedido da sua avaliação, em cada um dos clientes alvo da ação de enfermagem. Motivo pelo qual, se justifica, também, que a entrada na segunda

fase ficasse dependente da opinião clínica do enfermeiro.

Figura 8 – Fluxograma de apoio à decisão da 2ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



Realçamos que nas linhas de orientação definidas, o cliente inicia sempre o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades relativas ao regime terapêutico não medicamentoso: autocontrolo da dispneia, pela dissociação dos tempos respiratórios. E, só depois inicia o desenvolvimento de outras estratégias para o autocontrolo da dispneia. Esta decisão dos enfermeiros teve em consideração o estado da arte^{296,297,298,299,300,301,302}, a condição clínica do cliente (no internamento) e os recursos disponíveis na consulta externa.

As duas primeiras fases da estratégia de implementação das linhas de orientação para a ação dos enfermeiros dão resposta aos objetivos consensualizados para o internamento.

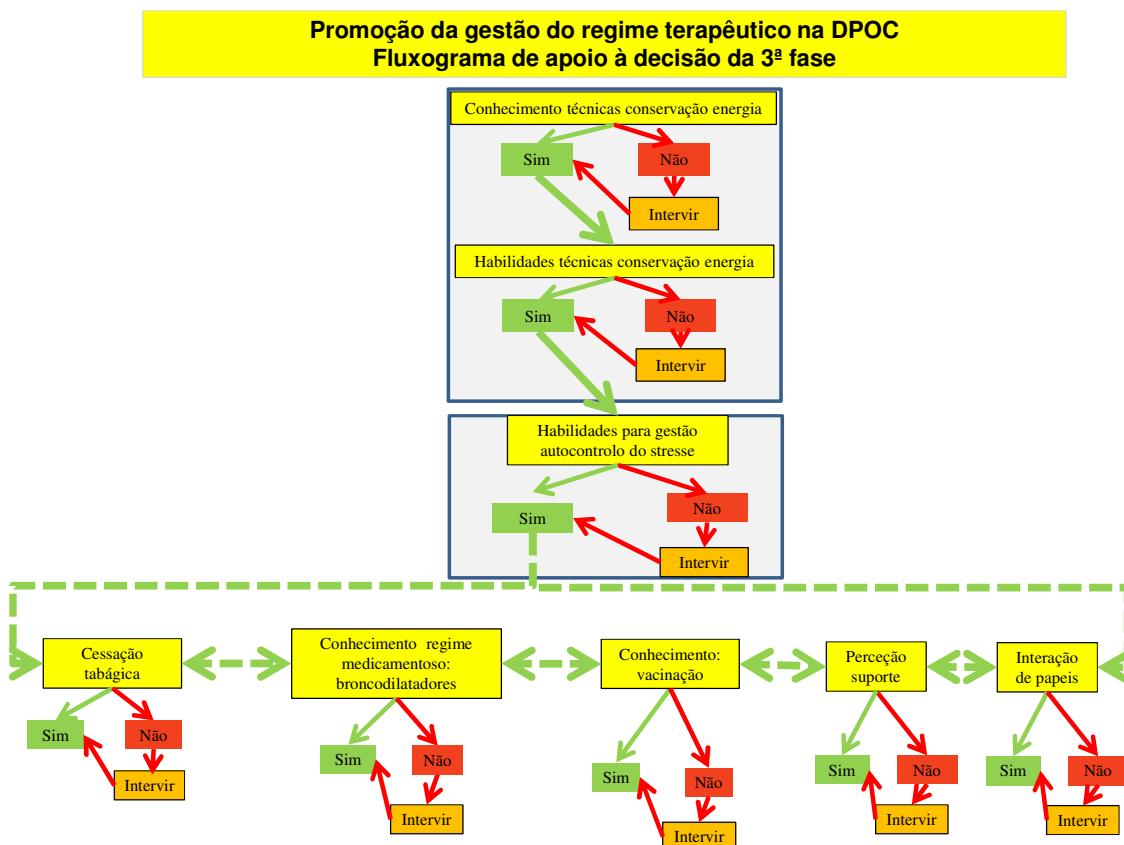
Na definição da estratégia de implementação das linhas de orientação, tivemos em consideração a possibilidade dos clientes transitarem de contexto de cuidados (internamento vs. consulta) e, a possibilidade das necessidades de cuidados de um cliente internado estarem para além das definidas nestas duas fases. Pelo exposto, foi definida uma terceira fase, que associava aos objetivos das duas anteriores, os objetivos

consensualizados para a consulta externa.

Na terceira fase, as linhas orientadoras da ação tinham por objetivo contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades sobre o regime terapêutico não medicamentoso (conservar a energia nas atividades de autocuidado; autocontrolo e gestão do stresse), as restantes componentes do regime medicamentoso e, desenvolver a perceção de suporte e a interação de papéis.

Na figura 9 podemos observar que os clientes iniciavam esta fase pelo desenvolvimento de conhecimentos e capacidades sobre as técnicas de conservação de energia, seguindo-se os restantes domínios definidos.

Figura 9 – Fluxograma de apoio à decisão na 3ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



A estratégia de implementação das linhas de orientação na consulta externa teve em consideração algumas particularidades, que exigiram alguma flexibilidade na sua implementação.

A diferença fundamental na implementação das linhas de orientação na consulta externa encontrava-se na primeira fase. Assim, assumia especial relevância que no primeiro contacto na consulta externa, fosse realizado o diagnóstico diferencial no domínio da

consciencialização, avaliada a esperança e o envolvimento do cliente.

Aqui importava explorar, na perspetiva do cliente aspetos, que fossem suficientemente significativos para justificar a necessidade de implementar mudanças no quotidiano.

As restantes orientações mantinham-se iguais às definidas para o internamento.

As linhas de orientação para ação definidas permitiam identificar a intenção dos enfermeiros agregarem à sua prática clínica maior sistematização.

As decisões tomadas pelos enfermeiros, e as orientações definidas, viabilizaram a especificação dos conteúdos para cada domínio da ação. A definição e implementação destas linhas orientadoras da ação representavam, à escala do serviço, uma mudança substantiva no modelo de cuidados em uso.

A especificação dos conteúdos de cada domínio da ação e a agregação de um referencial teórico que “iluminava” a ação dos enfermeiros viabilizou, uma melhoria na sistematização do diagnóstico, da intervenção e da avaliação dos resultados no domínio da promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Realçamos que as linhas de orientação definidas pelos enfermeiros recorreram, à utilização de um nível de especificação “microscópica” dos diferentes conteúdos para a ação. Esta decisão teve por objetivo viabilizar uma maior sistematização da ação terapêutica. Decidimos especificar todos os componentes do processo de tomada de decisão de enfermagem, de forma a facilitar a aprendizagem, e a construção de recursos que apoiassem a decisão no quotidiano.

A utilização deste nível de especificação criou uma oportunidade para conhecer as principais necessidades de cuidados de enfermagem dentro de cada domínio abordado. Bem como, a oportunidade de conhecer a intensidade da ação necessária à efetividade da ação terapêutica e a sua relação com as diferentes características dos clientes.

O desafio que se colocava na especificação dos conteúdos da ação resultou de uma decisão consciente e informada. Contudo, colocava-nos alguma apreensão associada à viabilização da sua integração no fluxo e na documentação dos cuidados. Esta apreensão alicerçava-se na previsível dificuldade para a gestão do tempo.

Na implementação das linhas de orientação, verificamos que o nível de especificação dos conteúdos, embora implicasse a necessidade de mais tempo para a documentação dos cuidados no SIE em uso, não alterava a dinâmica e intenção para os cuidados como

fica expresso na nota de campo “... *agora documento tudo em pormenor, mas sabemos o que foi feito e como foi, o que está planeado... assim é muito mais fácil... e os doentes têm melhores cuidados...*” (NC46).

Definidos os conteúdos das linhas orientadoras e a estratégia de implementação, tornava-se, agora, fundamental, a definição de estratégias que viabilizassem a sua integração no fluxo dos cuidados.

A integração das estratégias de intervenção no fluxo de cuidados

Para a facilitação da integração no fluxo dos cuidados das linhas de orientação, definimos duas estratégias. A primeira centrada, no desenvolvimento de recursos para ajudar os enfermeiros a tomarem decisões no domínio em estudo, em suporte de papel. E a segunda, centrada no desenvolvimento de recursos informacionais que fossem potenciadores da promoção da gestão do regime terapêutico nos clientes.

Relativamente à primeira estratégia para viabilizar a integração das linhas de orientação no fluxo de cuidados, os enfermeiros desenvolveram um manual de apoio à implementação das linhas de orientação (anexo 8), um manual de especificação dos conteúdos (anexo 8) e, procedeu-se à disponibilização e à afixação no serviço dos fluxogramas de apoio à decisão.

Durante o período inicial de implementação da mudança na prática clínica, percebemos a importância crucial dos recursos disponibilizados para apoiar o processo de tomada de decisão dos enfermeiros. A utilização destes recursos foi intensiva e fundamental para a aprendizagem.

Relativamente à segunda estratégia identificada para viabilizar a integração das linhas de orientação no fluxo de cuidados, os enfermeiros desenvolveram recursos informacionais a partir dos resultados da avaliação realizada.

Desenvolvimento de recursos informacionais dirigidos aos clientes

O desafio que se colocava era o de utilizar os suportes para os quais os clientes manifestaram maior utilidade percebida, maior facilidade e intenção para a utilização (papel, vídeo e pelo serviço de voz do telemóvel).

No desenvolvimento dos recursos informacionais dirigidos aos clientes tivemos em consideração os princípios inerentes à informoterapia.

Os recursos informacionais foram desenvolvidos com a premissa que a prescrição de

informação em saúde deve responder às necessidades percebidas pelos clientes e, devia ser baseada na evidência. O desenvolvimento e disponibilização destes recursos informacionais foram orientados pelo princípio da disponibilização da " *informação certa, para a pessoa certa, na hora certa*"³⁰³.

Para a informação ser efetiva, enquanto terapêutica de enfermagem, deve estar assegurada a sua qualidade e relevância. No desenvolvimento dos recursos informacionais os enfermeiros tiveram em consideração que a informação deveria³⁰⁴:

- Ser focalizada para a decisão (ajudar os clientes a tomarem decisões, com vista à mudança de comportamento);
- Ser baseada na melhor evidência;
- Ser revista por especialistas;
- Referenciar as fontes utilizadas;
- Ser atualizada (revisões periódicas, com indicação da data e conteúdos da última revisão);
- Ser livre de enviesamentos comerciais;
- Ser amiga do utilizador (a informação prescrita deve ser acessível e compreensível).

A informação disponibilizada nestes recursos foi disponibilizada com a intenção de orientar as decisões dos clientes, ajudando-os a mudar os comportamentos e facilitando o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico. Estes recursos foram desenvolvidos tendo por base os desafios que os clientes experienciam no quotidiano. A informoterapia é um recurso ao serviço dos enfermeiros, que pode ser facilitadora do desenvolvimento de competências para a gestão do regime terapêutico. Assumimos, que a prescrição de informação pelo enfermeiro pode ser tão efetiva como, a prescrição de medicação nos clientes com DPOC, facilitando a integração e a gestão do regime terapêutico no quotidiano. Contribuindo assim, para o controlo da progressão da doença, para uma melhor condição de saúde e para a qualidade de vida. A evidência indicava-nos que clientes que dispunham de mais e melhor informação, que a compreendiam e integravam no quotidiano eram mais envolvidos na gestão da condição de saúde³⁰⁵.

A informoterapia é um recurso que adiciona segurança e efetividade às terapêuticas de enfermagem. Historicamente, sabemos que o tempo disponível para o contacto com o cliente, a adequação dos espaços físicos, a condição de stresse gerada pela condição de

saúde, e a utilização da comunicação oral isolada, são aspetos que fragilizaram a efetividade da ação de enfermagem no domínio em estudo.

Neste sentido, e face à inexistência de recursos em suporte de papel e/ou vídeo, que fossem adequados às intenções dos enfermeiros, procedemos ao desenvolvimento de recursos informacionais em suporte de papel, vídeo e à disponibilização de um número de telefone dedicado para o acesso à informação. Recursos que potenciaram a ação dos enfermeiros no domínio em estudo.

Não procedemos ao desenvolvimento de recursos informacionais disponibilizados em suporte *web*, embora tenhamos constatado a existência da perceção de suporte familiar para a sua utilização, pela falta de suporte profissional e financeiro para o seu desenvolvimento.

A elaboração dos conteúdos destes recursos suportou-se na melhor evidência sobre cada uma das temáticas abordadas, na experiência profissional dos enfermeiros, na opinião dos clientes, nas necessidades de informação identificadas e, na melhor evidência sobre a construção deste tipo de recursos^{306,307,308}.

Baseados nos princípios da informoterapia, desenvolvemos em suporte de papel dez estruturas subordinados aos temas (anexo 9):

- O efeito da falta de ar no dia-a-dia;
- Uma visão geral sobre a sua doença a DPOC;
- Aprenda alguns exercícios que podem melhorar a sua respiração;
- Aprenda a alimentar-se com DPOC;
- Aprenda a gerir a sua energia no dia-a-dia;
- Aprenda a gerir o stresse;
- Aprenda a gerir a sua sexualidade;
- Aprenda a viajar com a DPOC;
- Aprenda a jardinar com DPOC;
- Informações sobre recursos disponíveis na comunidade.

A opção pela disponibilização em estruturas isoladas teve por base a necessidade de disponibilizar informação de acordo com a fase de implementação das linhas de orientação em que o cliente se encontrava, e com o princípio da disponibilização da " *informação certa, para a pessoa certa, na hora certa* "³⁰⁹.

Associados a estes recursos informacionais em suporte de papel, desenvolvemos outros,

centrados no desenvolvimento de competências para a utilização dos dispositivos de inalação (anexo 9).

Face à possibilidade dos clientes apresentarem baixa literacia ou iliteracia, desenvolvemos um folheto informacional baseado nas “mensagens chave” para a promoção da gestão eficaz do regime terapêutico, concretizado através da apresentação de imagens exemplificativas dos comportamentos a adotar (anexo 9).

No desenvolvimento destes recursos, encontrámos alguns desafios, que encaramos como oportunidades para desenvolver o conhecimento e influenciar a prática clínica. O maior desafio que se colocou e que constituiu uma oportunidade única de aprendizagem para todos, foi o de adequar o objetivo a que nos propúnhamos, a um nível acessível a todos os potenciais utilizadores.

Para garantir o rigor e a segurança dos conteúdos, colocamo-los à discussão de todos os enfermeiros. No domínio dos processos corporais, solicitamos a colaboração a dois médicos do serviço. Facto que revelava o envolvimento dos diferentes atores do contexto no percurso desenvolvido.

Para assegurar que a informação veiculada refletia as necessidades de informação percebidas pelos clientes e a sua literacia, realizamos entrevistas para auscultar a sua opinião. Pretendíamos conhecer a utilidade, facilidade de utilização, facilidade de leitura e de compreensão percebidas na utilização dos recursos informacionais disponibilizados. Nos primeiros meses de utilização dos recursos disponibilizamos um questionário para que cada cliente, após a utilização dos recursos, procedesse à sua avaliação (utilidade, facilidade de utilização, facilidade de leitura e de compreensão percebidas).

Desenvolvemos um vídeo de apoio à aprendizagem sobre o autocontrolo da dispneia, onde era disponibilizada informação em imagem, áudio, e texto, de acordo com a diversidade de literacia dos clientes (anexo 9). Da avaliação realizada juntos dos clientes, percebemos a necessidade da imagem ser acompanhada de explicação áudio dos exercícios e de legendas, que viabilizassem a sua utilização em espaços onde os níveis de ruído têm de ser controlados (internamento) e onde o próprio ruído do funcionamento hospitalar pode condicionar a audição. A utilização de voz e imagem pretendia, também, responder às preferências individuais de aprendizagem dos clientes.

Este recurso só esteve disponível a meio do período de implementação, pelas

dificuldades técnicas que surgiram no seu desenvolvimento, acentuadas pela falta de recursos profissionais e tecnológicos adequados. Contudo a intenção dos enfermeiros permitiu superar as limitações e disponibilizar um recurso informacional baseado nos pressupostos já discutidos.

Tendo por base os resultados obtidos no estudo com os clientes sobre a utilidade, facilidade e a intenção de utilização dos diferentes suportes tecnológicos para veicular informação, decidimos complementar a disponibilização de informação através de um acesso telefónico.

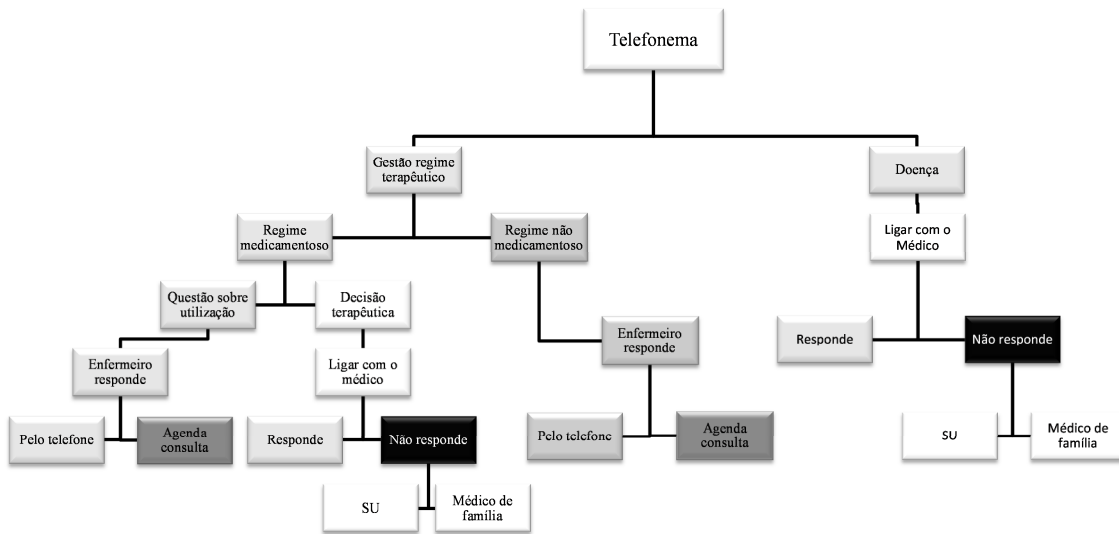
O acesso à informação através do contacto telefónico ficou localizado na consulta externa, estando disponível de segunda a quinta-feira entre as oito e as dezoito horas e à sexta-feira entre as oito e as quinze horas.

O acesso à informação por contacto telefónico foi viabilizado pela disponibilização de um número comum à consulta externa no início da implementação da mudança, tendo sido disponibilizado, partir de janeiro de 2011 um número único para o efeito (dedicado).

Para a disponibilização de informação através de um acesso telefónico, teriam de estar reunidas algumas condições que assegurassem a segurança e a capacidade de resposta às situações colocadas, visto ser também objetivo da disponibilização deste acesso dedicado, o aumento da perceção do suporte profissional disponível.

Assim, face à possibilidade dos clientes utilizarem o acesso telefónico para outras solicitações, que não a do âmbito deste contexto procedeu-se, à definição com a equipe médica de linhas de orientação para o atendimento e triagem das necessidades informacionais (figura 10). Estas linhas de orientação foram aprovadas pela direção do serviço e, permitiram agregar segurança ao processo de tomada de decisão do enfermeiro na triagem das necessidades dos clientes.

Figura 10 – Linhas de orientação para o atendimento e triagem das necessidades informacionais pelo telefone



Os conteúdos de informação disponíveis através do acesso telefónico, no domínio da gestão do regime terapêutico, eram constituídos pelas linhas de orientação para a ação já apresentadas (anexo 8).

Apresentada a mudança planeada e implementada no modelo de cuidados em uso, evoluímos agora para a apresentação e discussão da mudança planeada e implementada na organização dos cuidados.

4.2 – A mudança na organização dos cuidados de enfermagem

Para a dar maior sistemática à ação de enfermagem, foram planeadas e implementadas mudanças na organização dos cuidados. A sua concretização foi viabilizada por mudanças na organização do contexto e da ação de enfermagem.

Na delimitação da problemática, tinha sido identificado como condicionalismo externo ao cliente para a promoção da gestão do regime terapêutico, as características do espaço físico onde se desenvolvia a interação enfermeiro-cliente.

A mudança na estratégia de interação com os clientes

Face à identificação deste condicionalismo, os enfermeiros decidiram implementar mudanças na interação enfermeiro-cliente, através da otimização das condições ambientais (ex.: ruído, privacidade), das condições pessoais do cliente (stress,

disponibilidade) e dos profissionais.

Pelo exposto, decidimos privilegiar, no internamento, alguns momentos como o do final da manhã (antes do almoço), o do final da tarde (antes do jantar), e à noite (no período entre as 21h 30 minutos e as 22h 30 minutos). Bem como, os períodos de administração dos fármacos que integrariam o regime terapêutico farmacológico no domicílio. Os momentos identificados emergiram da reflexão, como aqueles em que previsivelmente estariam reunidas as condições que viabilizavam a intenção dos enfermeiros. Relativamente ao espaço físico, os enfermeiros decidiram utilizar os gabinetes como espaços preferenciais para a interação no domínio em estudo.

Para a consecução destas estratégias, baseamo-nos no pressuposto que sustenta que a fonte de informação em saúde preferida pelos clientes são os profissionais de saúde. Bem como no facto, das estratégias de intervenção “face a face” continuarem a ser as mais efetivas, nomeadamente para clientes com mais idade³¹⁰.

Na interação com o cliente, os enfermeiros decidiram utilizar uma estratégia centrada no desenvolvimento da aprendizagem centrada na resolução de problemas³¹¹. Recorrendo quer à disponibilização de conteúdos informacionais, quer à ajuda ao cliente na identificação dos desafios percebidos no quotidiano. Ajudando os clientes a encontrarem as soluções que melhor se adequavam à sua condição.

A mudança na consulta externa

Os clientes com DPOC, pelas características da doença, necessitam de acompanhamento dos profissionais de saúde por longos períodos. Pelo exposto, emergiu a possibilidade de maximizar as oportunidades instaladas, nomeadamente as da consulta externa para a viabilização da continuidade de cuidados.

Para otimização da utilização da consulta externa para a promoção da gestão do regime terapêutico, tornava-se necessário:

- Potenciar o fluxo de informação entre o serviço de internamento e a consulta externa;
- Redefinir a dotação de recursos humanos da consulta;
- Definir os recursos técnicos disponíveis para a consulta (material para ajudar os clientes a desenvolverem autocontrolo da dispneia, ex.: maca; banco; bastão; espelho;...);

- Definir o espaço físico para a realização da consulta;
- Viabilizar a integração dos clientes com DPOC na consulta de enfermagem;
- Conceber uma estratégia de acompanhamento.

Para potenciar a articulação entre o serviço de internamento e a consulta externa, tornava-se importante “aproximar” o contexto do internamento e da consulta externa. Viabilizando o *feedback* de informação contínuo sobre a evolução, quer da implementação da mudança, quer da evolução da condição dos clientes.

Para aumentar esta “aproximação”, utilizamos as estratégias de mudança já discutidas, através das quais foram criados espaços de diálogo e reflexão que contribuíssem para o estabelecimento de laços profissionais.

Na reorganização da consulta externa, para responder às intenções e expectativas dos enfermeiros, tornava-se necessário viabilizar a integração de todos os clientes que frequentavam a consulta médica na consulta de enfermagem. Este desafio emergia do elevado número de clientes concentrados na consulta às segundas-feiras (à tarde).

Face ao desafio que emergia definimos, em concordância com a instituição, que a consulta de enfermagem de medicina, à segunda-feira à tarde, passaria a ter dois enfermeiros. Um enfermeiro apenas para o acompanhamento dos clientes com DPOC e, outro para o acompanhamento dos restantes clientes.

Face exposto, e ao desafio de aproximação entre consulta e internamento, os enfermeiros, em conjunto com a instituição, decidiram que num período inicial (três meses, baseados nos dados e recursos disponibilizados) seria disponibilizado à consulta mais um enfermeiro do internamento (para além dos dois já definidos para a consulta) à segunda-feira à tarde, para acompanhar os clientes com DPOC.

A mobilização de um enfermeiro do internamento potenciava o efeito do *feedback* de informação do internamento para a consulta e vice-versa.

Foi, ainda, definido que a referenciação dos clientes do internamento para a consulta seria sempre feita por telefone, com a intenção de preservar os elos de ligação e a possibilidade de *feedback* de informação.

Definimos em conjunto com os médicos, que os clientes passariam em primeiro lugar a ser consultados pelos médicos, e só depois, seria realizada a consulta de enfermagem (nas situações em que existisse marcação de consulta médica).

Os clientes do internamento com DPOC passaram a ser encaminhados no momento do regresso a casa, para a consulta de enfermagem, sendo feito o agendamento com base nas necessidades de cuidados de enfermagem.

Realçamos que foi assegurada a possibilidade dos enfermeiros procederem ao agendamento de consultas externas de enfermagem de acordo com o seu critério clínico.

Para uma maior sistematização da ação de enfermagem, foram definidos, a partir dos resultados do discurso produzido pelos enfermeiros e da análise à documentação do SIE em uso, os critérios de maior vulnerabilidade dos clientes:

- Idade superior a setenta e quatro anos;
- Com diagnóstico recente de DPOC;
- Apresentavam “dependência no autocuidado”;
- Com “baixa perceção de suporte familiar”;
- Antecedentes de depressão;
- Fumadores ativos;
- Que ainda não tinham desenvolvido uma “consciencialização facilitadora da mudança”.

Estes critérios foram consensualizados pelos enfermeiros, a partir da análise das características dos clientes com DPOC que em 2009, tiveram mais episódios de recurso ao serviço de urgência, entre os clientes com episódios de internamento.

Esta análise permitiu identificar que clientes com idade superior a 74 anos, com antecedentes de depressão e, clientes fumadores ativos, apresentavam maior número de episódios de recurso ao serviço de urgência por exacerbações da doença.

A definição como critério de maior vulnerabilidade da idade reflete o carácter progressivo da doença, e o maior impacto que as alterações nos processos corporais têm nas fases mais avançadas da doença.

A utilização como critério de maior vulnerabilidade de antecedentes de depressão, identificado a partir da informação de produção médica, resultou dos dados que emergiram da observação e do seu confronto com a evidência.

A utilização como critério de maior vulnerabilidade do facto do cliente ser fumador ativo, assenta, quer nos dados dos clientes com mais episódios de recurso ao serviço de urgência no ano 2009, quer no facto, da evidência apresentar a cessação tabágica como

a intervenção mais eficaz para alterar a história natural da doença³¹².

A consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança” enquadra-se, à luz da estrutura concetual adotada³¹³ pelos enfermeiros, como uma propriedade fundamental para o início do processo de transição. Como já discutido, um cliente que não percebe a necessidade de implementar mudanças no quotidiano, para gerir com eficácia o regime terapêutico, expõe-se à progressão da doença e à consequente deterioração da condição de saúde.

A DPOC é uma doença crónica que reduz progressivamente os níveis de energia disponíveis para o autocuidado. A progressão da doença e a gestão ineficaz do regime terapêutico podem influenciar negativamente a autonomia do cliente e contribuir para um pior nível de saúde. Constávamos que os clientes em fases mais avançadas da doença apresentavam maior dependência no autocuidado. A redução do nível de energia resulta dos efeitos locais e sistémicos da DPOC sobre os processos corporais. Tornando os clientes mais vulneráveis à ocorrência de exacerbações e à consequente deterioração da condição de saúde. Pelo exposto, tornava-se fundamental ajudar estes clientes a desenvolverem estratégias que lhes permitissem otimizar a autonomia no autocuidado e, contribuir para o desenvolvimento do autocontrolo da condição de saúde.

A progressão da doença, a redução dos níveis de energia e a consequente redução da autonomia no autocuidado torna necessária, a existência de pessoas significativas que assistam/substituam o cliente na concretização das atividades de autocuidado.

Os enfermeiros identificaram os clientes que vivenciam as primeiras exacerbações da doença com necessidade de internamento hospitalar como vulneráveis à deterioração da condição de saúde. Esta identificação alicerçou-se no facto destes clientes previsivelmente ainda não reunirem competências para gerir com eficácia o regime terapêutico. Esta decisão alicerçou-se ainda no potencial que estes clientes poderão apresentar para autocontrolar a progressão da doença, otimizando a autonomia no autocuidado.

Aos clientes com maior vulnerabilidade foram disponibilizados contactos que variaram em função dos critérios definidos e da disponibilidade dos clientes, entre o semanal, quinzenal e mensal na consulta externa.

Dada a previsível concentração de consultas de enfermagem à segunda-feira à tarde, foi consensualizado que as marcações de segundas consultas deveriam ter em consideração

a disponibilidade do cliente para se deslocar ao hospital e a disponibilidade dos enfermeiros da consulta durante os restantes dias da semana. Esta estratégia tinha por objetivo, “diluir” as consultas de enfermagem ao longo da semana, promovendo a viabilização da consulta após terminado o período de apoio dos enfermeiros do internamento.

A reorganização funcional da consulta de enfermagem gerou novos desafios, que se prendiam com a necessidade de gerir os tempos de consulta, conjugando as necessidades clínicas dos clientes, as necessidades de gestão do fluxo de clientes, a gestão do tempo de espera e a gestão da documentação dos cuidados de enfermagem.

Realçamos que na implementação da mudança na consulta externa, constatamos a impossibilidade de alguns dos clientes se deslocarem à consulta externa, quer pela falta de financiamento do transporte, quer pela falta de disponibilidade de uma pessoa significativa para o acompanhamento. Nestes clientes procedeu-se, sempre, à sua referenciação para os cuidados de saúde primários.

Na gestão dos agendamentos constatamos a existência de um número assinalável de faltas às consultas de enfermagem, este facto, encontrava paralelo nas faltas às consultas médicas da especialidade de medicina interna. Nestas situações, os enfermeiros procederam ao contacto dos clientes verificando, que as faltas estavam relacionadas com dificuldades associadas ao transporte, à falta de uma pessoa significativa para o acompanhamento e ao esquecimento.

A promoção da continuidade dos cuidados

No planeamento da mudança, os enfermeiros tinham definido por objetivo promover a continuidade de cuidados intra e interprofissional.

Relativamente à promoção da comunicação entre os enfermeiros já discutimos as estratégias que concretizaram o objetivo exposto no domínio da organização dos cuidados. À frente, neste capítulo, voltaremos a este aspeto na apresentação e discussão da mudança na documentação de enfermagem.

A comunicação interprofissional foi identificada como um dos fatores que influenciava negativamente a ação dos enfermeiros no domínio em estudo. Neste particular, a comunicação da decisão sobre o regime farmacológico a prescrever e o momento da alta clínica, eram identificados como críticos pelos enfermeiros para a gestão dos cuidados de enfermagem no internamento. Na consulta, os enfermeiros identificavam a

“impossibilidade¹⁶” de utilização da documentação da informação produzida pelo médico em suporte de papel, como um dos fatores que influenciava negativamente a comunicação. Este facto foi ultrapassado ao longo do percurso, por uma progressiva passagem desta documentação produzida pelos médicos, para o SI informatizado em uso.

Identificados os domínios problemáticos da comunicação interprofissional, foram solicitadas e realizadas reuniões de serviço com a equipe médica. Nestas reuniões foram apresentados e debatidos os aspetos subjacentes à comunicação interprofissional. Resultando o compromisso assumido pela equipe médica de proceder à prescrição dos fármacos que o cliente previsivelmente utilizaria no domicílio e, a comunicação da previsão para o regresso a casa, logo que fosse clinicamente possível. Na consulta emergiu o compromisso dos médicos, para progressivamente documentarem a informação de produção médica no SI disponível em suporte eletrónico. Facto que assistimos durante a implementação da mudança.

Nestas reuniões percebemos a intenção e a disponibilidade da equipe médica para viabilizar os pressupostos do estudo.

Na implementação da mudança constatamos uma melhoria na comunicação interprofissional, baseada no facto, dos enfermeiros estarem mais capacitados para a discussão sobre a condição dos clientes e, pelo reconhecimento pelos médicos da importância da comunicação interprofissional.

Exposto o planeamento e implementação da mudança na organização dos cuidados, evoluímos para a apresentação e discussão do planeamento e implementação da mudança na documentação de enfermagem.

4.3 - A mudança na documentação dos cuidados de enfermagem

Na definição das oportunidades para a mudança na prática clínica, identificamos o objetivo de otimizar a capacidade instalada ao nível do SIE em uso; adequando os conteúdos disponíveis no SIE em uso às mudanças planeadas.

A otimização da capacidade instalada ao nível do SIE em uso no internamento permitia viabilizar a continuidade de cuidados e a monitorização dos resultados da ação dos

¹⁶“Impossibilidade” relacionada com a dificuldade de transporte dos processos clínicos em suporte de papel entre os gabinetes em tempo “útil”.

enfermeiros. Assim, após terem sido definidos e especificados os conteúdos das linhas de orientação da ação, procedemos à sua parametrização no SIE do internamento.

Na consulta externa, tínhamos identificado a ausência de um SIE em uso que viabilizasse a documentação, a continuidade dos cuidados e a monitorização dos resultados da ação dos enfermeiros.

Tornava-se assim, fundamental identificar e implementar um SIE que desse resposta às intenções do grupo. No mesmo período, o CHP-HSA estava a terminar o desenvolvimento de um SIE para ser utilizado na consulta e que dava resposta às expectativas e à intenção do grupo. Motivo pelo qual, colaboramos na sua implementação na consulta externa de medicina. De salientar que o SIE implementado na consulta utilizava o mesmo modelo de dados do SIE do internamento (SAPE[®]).

Para otimizar a disponibilidade de informação necessária à continuidade de cuidados, tornava-se (ainda) fundamental a parametrização de uma apreciação inicial que viabilizasse a documentação de dados relevantes para o processo de tomada de decisão do enfermeiro, ao longo de todo o acompanhamento. A parametrização dos SIE viabiliza a documentação da ação de enfermagem em concordância com a mudança em curso no modelo de cuidados em uso, a documentação de resultados e a produção de indicadores em vinte e um domínios de ação. Estes domínios resultaram da agregação teórica dos objetivos consensualizados, facto já discutido anteriormente neste capítulo.

A produção destes indicadores emergiu como um aspeto fundamental para a gestão da mudança e para a continuidade de cuidados, neste domínio.

No domínio da continuidade de cuidados, foi disponibilizada uma ferramenta nos SIE que viabilizava a importação automática dos enunciados das necessidades de cuidados de enfermagem entre o SIE do internamento e da consulta.

A disponibilização destes recursos foram aspetos estruturantes para assegurar a continuidade dos cuidados e a segurança na decisão dos enfermeiros. A disponibilização de sistemas de informação que assegurem a partilha de informação entre diferentes contextos de cuidados é um elemento determinante para a facilitação de mudanças nos modelos de cuidados em uso³¹⁴.

4.4 – Os fatores que influenciaram a mudança

No planeamento e implementação da mudança identificamos, fatores que foram

facilitadores e fatores que a dificultaram.

Como fatores facilitadores da mudança temos a destacar:

- Suporte disponibilizado instituição de cuidados de saúde (através dos seus líderes);
- Estabilidade dos elementos que integraram a mudança;
- A vinculação dos enfermeiros com as decisões do grupo;
- Suporte disponibilizado pela ESEP.

O suporte disponibilizado pela instituição de cuidados aos diferentes níveis hierárquicos revelou-se como fundamental para o sucesso da mudança. Esse suporte garantiu os recursos e a estabilidade à equipe de enfermeiros para planearem e implementarem uma mudança que respondesse às necessidades do contexto. Relativamente à estabilidade da equipe de enfermagem, aspeto que identificamos como essencial neste percurso, realçamos o facto de apenas cinco enfermeiros terem sido substituídos.

A liderança da instituição, ao nível do contexto e dos diferentes departamentos envolvidos, viabilizou a construção de um ambiente propício ao desenvolvimento de um percurso de mudança alicerçado no Modelo II de Argyris & Schon.

Em complemento do suporte disponibilizado pela instituição, realçamos a vinculação e suporte disponibilizado pela ESEP, que viabilizou a criação das condições para que o investigador principal desenvolvesse o percurso de mudança com os enfermeiros do contexto.

O envolvimento e comprometimento interno da instituição de cuidados de saúde e da instituição de ensino possibilitaram, o desenvolvimento e a implementação da parceria entre o CHP-HSA e a ESEP, criando um espaço privilegiado para a aproximação do ensino e da investigação à prática clínica. Demonstrando que este envolvimento foi, à escala testada, um contributo efetivo para a maximização do potencial das estruturas envolvidas no ensino e na investigação, contribuindo para a melhoria da prática clínica dos enfermeiros.

Os enfermeiros referiam as vantagens que identificavam na parceria estabelecida, e a sua influência sobre a prática clínica “... *esta aproximação, permitiu-nos vincularmo-nos mais com a profissão, como os princípios que nos orientam... e, ultrapassar muitas dificuldades, para as quais, sozinhos não encontrávamos soluções... e os alunos*

beneficiam muito... os doentes... para eles nem tem comparação, ...” (NC64).

O comprometimento dos enfermeiros com o processo de mudança constituiu-se como o aspeto fundamental da mudança implementada. As estratégias adotadas neste percurso otimizaram a intenção que os enfermeiros tinham de dar maior sistematicidade à sua ação no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico. Esta intenção revelava o efeito positivo da norma subjetiva criada pela parceria estabelecida entre as instituições de cuidados e de ensino. Esta parceria funcionou para os enfermeiros como uma tensão criativa que dirigiu a sua intenção para a mudança, no sentido da maior sistematização da ação.

A otimização do comprometimento interno de um grupo de cinquenta e dois enfermeiros foi alicerçada na promoção da participação, do envolvimento, no desenvolvimento de uma perceção de controlo sobre o percurso, na proteção de cada um dos enfermeiros e na viabilização da reflexão “na e sobre a ação”. Para o comprometimento dos enfermeiros com o processo de mudança, foi determinante a clarificação dos objetivos pessoais e do grupo, através do diálogo e da reflexão implementadas, como pode ser expresso na nota de campo “... *as discussões que tivemos ajudaram-me muito a ver o que queria como enfermeira, a perceber o que realmente posso oferecer aos doentes... e ajudou-nos a definir uma linha de orientação comum... que tem benefícios para os doentes e para nós... porque estamos mais motivados...*” (NC50).

Relativamente aos aspetos que dificultaram o percurso de mudança, identificamos:

- A integração dos SIE em uso (internamento/consulta);
- Os recursos humanos existentes para viabilizar a avaliação dos resultados nos clientes;
- A ausência de suporte profissional para a construção dos suportes informacionais;
- Ausência de recursos financeiros que viabilizassem o transporte dos clientes à consulta.

Relativamente aos SIE em uso pelos enfermeiros nos dois espaços, o percurso desenvolvido, permitiu-nos perceber que, embora partilhassem a mesma estrutura de dados, apresentavam limitações na sua integração. Limitações que dificultavam a continuidade de cuidados e conseqüentemente o processo de mudança.

Na integração dos SIE identificamos três aspetos que dificultaram a mudança:

- O “*Layout*” desenvolvido para visualização e partilha de diagnósticos de enfermagem entre internamento e consulta, que por razões de natureza técnica, apenas esteve disponível na parte final da implementação da mudança;
- A dificuldade para sinalizar nos SIE em uso, de uma forma amigável para o utilizador, a existência de necessidades de cuidados de enfermagem identificadas noutra contexto de cuidados (internamento/consulta);
- A impossibilidade dos dados da avaliação inicial ser partilha em tempo real entre contextos.

Estes aspetos colocaram desafios aos enfermeiros na gestão da continuidade dos cuidados, que só foram ultrapassados pela sua vinculação e comprometimento interno com a mudança. Esta vinculação dos enfermeiros verificou-se pelo seu envolvimento, face à, ausência de funcionamento do “*layout*”, na verificação em todos os clientes admitidos com diagnóstico médico principal ou associado de DPOC, da existência de necessidades de cuidados de enfermagem identificados na consulta e vice-versa.

Neste percurso, a estratégia de avaliação definida pelos enfermeiros (aspeto que abordaremos no quinto capítulo) foi dificultada pela indisponibilidade de recursos humanos da instituição para a sua viabilização, dificultando a monitorização periódica dos clientes com DPOC acompanhados pelos enfermeiros. A indisponibilidade de recursos humanos alicerça-se na dinâmica necessária à avaliação da dependência no autocuidado, da intolerância à atividade, e da perceção da autoeficácia para a gestão do regime terapêutico.

Outro dos aspetos que dificultaram a implementação da mudança esteve relacionado com a ausência de suporte profissional para o desenvolvimento dos recursos informacionais. As limitações provocadas pela ausência destes recursos, embora tenham sido transversais ao desenvolvimento de todos os recursos informacionais, foram mais acentuadas no desenvolvimento do recurso em suporte de vídeo. Neste sentido, realçamos a necessidade de futuros percursos contemplarem estratégias (financeiras/parcerias) que viabilizem a incorporação de profissionais das áreas da comunicação e marketing.

No decurso da mudança, os enfermeiros depararam-se com a impossibilidade de alguns clientes se deslocarem à consulta externa, facto justificado pela impossibilidade dos

clientes suportarem os custos com o transporte. Nestes casos, os clientes só foram acompanhados na consulta, nos momentos em que simultaneamente estava agendada uma consulta médica, e para a qual existisse financiamento de suporte para o transporte.

Relativamente à discussão que se impõe sobre a impossibilidade destes clientes se deslocarem à consulta de enfermagem e sobre as soluções encontradas ou propostas apresentadas pelos enfermeiros, serão abordadas no próximo capítulo. Esta opção justifica-se com a necessidade de fazer essa discussão com a explicitação de outros resultados na mudança implementada.

4.5 - Referências bibliográficas

²²⁷ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

²²⁸ARGYRIS C. – *Maus conselhos: uma armadilha gerencial, como distinguir os conselhos eficazes daqueles que não têm valor*. Porto Alegre: Artmed editora S.A., 2005, p.51.

²²⁹SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

²³⁰Ribeiro, L. Cuidar e Tratar - *Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sociomoral*. Educa. Lisboa, 1995.

²³¹SILVA, Maria Antónia Taveira da Cruz – *Intenções dominantes nas conceções de enfermagem, estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. 2011. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, instituto de ciência da saúde do Porto.p.45.

²³²SILVA, A. – *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*. Vol.55 (Jan-Fev. 2007), p.11-20.

²³³VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*. São Paulo. Thomson, Learning, Inc. p. XIII, 2007.

²³⁴VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*. São Paulo. Thomson, Learning, Inc, 2007, p. 13.

²³⁵Decreto-Lei n.º248/2009. Diário da república 1ª série. N.º 184 (22 09- 2009) 6761-65.

²³⁶VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*. São Paulo. Thomson, Learning, Inc, 2007.

²³⁷VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*.

São Paulo. Thomson, Learning, Inc, 2007, p. 46.

²³⁸PADILHA, José Miguel – Influência da percepção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Vol. 16, n.º4 (Julho/Agosto; 2010).

²³⁹PADILHA, José Miguel; SOUSA, Paulino; PEREIRA, Filipe - Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com DPOC. *Revista Acta Paulista*. Vol. 25, n.º7 (2012).

²⁴⁰PADILHA, J.M.; OLIVEIRA, F.; CAMPOS, J. - Integrative literature review on treatment management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *REV ESC ENFERM USP*. Vol.44, n.º4 (2010), p. 1123-8.

²⁴¹ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

²⁴²ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

²⁴³ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

²⁴⁴ARGYRIS C. – *Maus conselhos: uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Artmed editora S.A, 2005.

²⁴⁵SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

²⁴⁶Ibidem, p.137.

²⁴⁷SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

²⁴⁸Ibidem, p.117.

²⁴⁹Ibidem, 191.

²⁵⁰SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

²⁵¹Ibidem.

²⁵²SILVA, A. – *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra. Formasau. 2006, p. 57-58.

²⁵³SOUSA, P.A F. – *Sistema de partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra. Formasau. 2006, p. 134.

²⁵⁴SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de*

aprendizagem. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

²⁵⁵COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. Vol.46 (2009), p. 508-528.

²⁵⁶EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2.

²⁵⁷COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. Vol.46 (2009), p. 508-528.

²⁵⁸WALKER, M. L.; THOMPSON, D.R. – Self Management in long term health conditions – A complex concept poorly understood and applied?. *Patient Education and Counseling*. Vol. 75 (2009), p. 290-292.

²⁵⁹TURNOCK AC, WALTERS EH, WALTERS JAE, WOOD-BAKER R. - Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005074. DOI: 10.1002/14651858.CD005074. pub2. 2009.

²⁶⁰EFFING T, et al– Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2. 2009.

²⁶¹GADOURY, M.A. et al - Self-management reduces both short- and long-term hospitalization in COPD. *Eur Respir J*. Vol. 26 (2005), p. 853–857.

²⁶²Ibidem.

²⁶³Ibidem.

²⁶⁴ESPOSITO L. - Medication knowledge and compliance: homecare vs. senior housing client. *Caring Magazine*. (November; 1992), p. 42–45.

²⁶⁵WENDT, D.A. - Evaluation of medication management interventions for the elderly. *Home Healthcare Nurse*. Vol.16 (1998), p. 612–617.

²⁶⁶MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*. Vol.23, n.º1 (2000), p. 12-28.

²⁶⁷Ibidem.

²⁶⁸CKICK, N.; MELEIS I A. – Transition: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*. (1986), p. 237-57.

²⁶⁹MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv.*

Nurs Sci. Vol.23, n.º1 (2000), p. 12-28.

²⁷⁰MELEIS, I A; TRANGENSTEIN P. A. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook.* Vol. 42 (1994), p. 255-59.

²⁷¹WEISS B.D. et al. - Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract.* Vol.5. (1992), p. 257–64.

²⁷²GRIM M. et al. - Impact Evaluation of a Pilot Web-Based Intervention to Increase Physical Activity. *American Journal of Health Promotion.* Vol. 25, n.º 4 (March/April; 2011).

²⁷³PADILHA, José Miguel; SOUSA, Paulino; PEREIRA, Filipe - Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com DPOC. *Revista Acta Paulista.* Vol. 25, n.º7 (2012).

²⁷⁴DAVIS, F. D. - Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly.* Vol.13, n.º 3 (1989), p. 319-339.

²⁷⁵VENKATESH V. - Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into in the technology acceptance model. *Inform Sys Res.* Vol.11, n.º4 (2000), p.342-65.

²⁷⁶METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics.* Vol. 377 (2006).

²⁷⁷GWINN, Bianca; SEIDMAN, Joshua – Information Therapy, *The Ix Evidence Base: Using Information Therapy to Cross the Quality Chasm.* Center for Information Therapy, 2004.

²⁷⁸WARD, Marcia M. et al - Provider adherence to COPD guidelines: relationship to organizational factors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* Vol.11 n.º 4 (2005), p. 379–387.

²⁷⁹LODEWIJCKX, Cathy et al - Inhospital management of COPD exacerbations: a systematic review of the literature with regard to adherence to international guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* Vol. 15 (2009), p. 1101–1110.

²⁸⁰JOHNSTON, Kylie, N. et al - Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructive pulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. *International Journal of COPD.* Vol.6 (2011), p. 659–667.

²⁸¹BULECHEK, Gloria, M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne Mccloskey - NIC: *classificação das intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

²⁸²MOORHEAD, Sue et al. - NOC : *classificação dos resultados de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

²⁸³MARION JOHNSON et al. - *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artemed, 2009.

²⁸⁴GOOSSEN, W. Towards strategic use of nursing information in Netherlands. Groningen: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek den Haag, 2000.

²⁸⁵FEITOSA, W.; NASCIMENTO, J. The specific scope of physical education professional who works in the orientation of physical activity: a study of Delphi, R. bras. Ci e Mov. Brasília. Vol.11, nº4 (Out/Dez. 2003), p. 19-26.

²⁸⁶PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2007. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

²⁸⁷SOUSA, P.A F. – *Sistema de partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra. Formasau. 2006.

²⁸⁸BANDURA, A. - *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall, 1986.

²⁸⁹COSTER & NORMAN. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. Vol.46. (2009), p. 508-528.

²⁹⁰WALKER, M. L.; THOMPSON, D.R. Self-Management in long term health conditions – A complex concept poorly understood and applied?. *Patient Education and Counseling*. Vol. 75 (2009), p. 290-292.

²⁹¹LEMMENS K.M.M. et al. Designing patient-related interventions in COPD care: empirical test of theoretical model. *Patient Education and Counseling*. Vol. 72 (2008), p. 223-231.

²⁹²GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

Disease, Inc. 2011, p.20.

²⁹³PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Programa tipo de atuação em cessação tabágica*. N.º26/DSPPS. 2007.

²⁹⁴MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*. Vol. 23, n.º1 (2000), p.12-28.

²⁹⁵GUERREIRO et al. – Avaliação Breve do estado mental, p.33-40, In GRUPO DE ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DEMÊNCIA – Escalas e Testes na demência.2ª ed. Novartis, 2008.

²⁹⁶PUHAN M, et al - Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005305. DOI:10.1002/14651858.CD005305.pub2. (2009).

²⁹⁷GRANT, A.R.; SUTTON, S.R. - Interventions for adherence to pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005605. DOI: 10.1002/14651858.CD005605. 2006.

²⁹⁸ASHWORTH N.L. et al. - Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004017. DOI: 10.1002/14651858.CD004017.pub2. (2005).

²⁹⁹LACASSE, Y. et al - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003793. DOI:10.1002/14651858.CD003793.pub2. (2006).

³⁰⁰ROBERTS S. E. et al - The use of pursed lips breathing in stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the evidence. *Physical Therapy Reviews* Vol. 14, nº 4 (2009).

³⁰¹LANGER D. et al - Clinical Practice Guideline for physical therapy in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) - Portuguese version. *Rev Bras Fisioter, Sao Carlos*. Vol. 13, n.º3 (mai./jun.; 2009), p. 183-204.

³⁰²AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. - *Statement on Pulmonary Rehabilitation*. *Am J Respir Crit Care Med*. Vol. 173 (2006), p 1390–1413. DOI: 10.1164/rccm

³⁰³METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics*. Vol. 377 (2006).

³⁰⁴METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics*. Vol. 377 (2006).

³⁰⁵GWINN, Bianca; SEIDMAN, Joshua – Information Therapy, *The Ix Evidence Base: Using Information Therapy to Cross the Quality Chasm*. Center for Information Therapy, (2004).

³⁰⁶BARNETT, Margaret - A guide to producing quality written information for patients. *Journal of community Nursing*. Vol. 24, n.º2 (2010), p. 4-8.

³⁰⁷HESS, Christine; MEYER, Diane; PHILLIPS, Debra - Video-on-demand provides easy access to visual teaching tool, enhancing education. *Patient Education Management. August*. Vol.16. n.º 8 (2009), p. 85-96.

³⁰⁸DE JONGH T. et al. - Mobile phone messaging telemedicine for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007459. DOI:10.1002/14651858.CD007459.

³⁰⁹METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics*. Vol. 377 (2006).

³¹⁰WALKER, M. L.; THOMPSON, D.R. – Self Management in long term health conditions – A complex concept poorly understood and applied?. *Patient Education and Counseling*. Vol. 75 (2009), p. 290-292.

³¹¹WILLIAMS, Bev; PACE Ana Emilia - Problem based learning in chronic disease management: A review of the research. *Patient Education and Counseling*. Vol. 77 (2009), p. 14–19.

³¹²GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2011, p. 20.

³¹³MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*. Vol. 23, n.º1 (2000), p. 12-28.

³¹⁴SOUSA, P. – O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Porto: [s.n.]. 2005. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Capítulo 5 – A avaliação da mudança

Neste capítulo apresentaremos os resultados da avaliação da mudança. Este capítulo está organizado em torno da avaliação da mudança sobre os três eixos fundamentais da problemática identificada: o modelo de cuidados em uso; a organização dos cuidados e a sua documentação. Dada a natureza da disciplina e da mudança operada, não poderíamos deixar de apresentar os resultados da avaliação do impacto da mudança, sobre a condição de saúde dos clientes e, sobre a sua utilização dos serviços de saúde. No final do capítulo debruçamo-nos sobre os contributos que, em resultado do estudo realizado, podem ser retirados, em termos de estratégias e terapêuticas de enfermagem, orientadas para a promoção do autocuidado – gestão do regime terapêutico.

Apresentada a organização deste capítulo, não podemos evoluir para a apresentação dos resultados do percurso de mudança, sem clarificar os aspetos centrais da sua finalidade no âmbito da IA, e as opções que tomamos para a sua concretização.

A quarta fase de um ciclo de IA tem por finalidade³¹⁵ avaliar, se as ações implementadas sobre o problema e as explicações para as questões de investigação são satisfatórias.

O resultado da avaliação da IA deve permitir tomar uma decisão sobre o percurso de IA. Caso as mudanças implementadas e as respostas encontradas às questões de investigação não sejam satisfatórias, deve-se redesenhar e reiniciar um novo ciclo de IA.

Em função daquilo que será exposto neste capítulo, entendemos que o percurso de IA realizado produziu explicações e respostas adequadas às questões e aos objetivos da investigação. Este percurso permitiu identificar os principais elementos da prática clínica de enfermagem que, à escala do contexto do estudo, podiam ser melhorados e, identificar e implementar as mudanças que se revelaram como prioritárias, ao nível das estratégias organizacionais em uso, de forma a promover a ação dos enfermeiros, tendo em vista, a promoção de competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC.

Neste estudo para concretizar a avaliação da mudança propomo-nos avaliar os efeitos das ações implementadas sobre o modelo de cuidados em uso e a sua organização. Avaliação que foi realizada a partir dos resultados observados nestas dimensões, e dos momentos de reflexão “na e sobre a ação” individual e em grupo com os enfermeiros.

Para a avaliação da mudança na documentação de enfermagem, utilizamos os dados disponibilizados pelo serviço de sistemas de informação do CHP-HSA. Baseamo-nos nos dados relativos aos clientes com DPOC beneficiários da ação dos enfermeiros (n=99) durante o período de implementação da mudança (1 de Setembro de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011).

Para a avaliação do impacto da mudança na condição de saúde dos clientes procedemos à avaliação dos resultados, três meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento, de cada cliente, do nível de dependência no autocuidado; do nível de intolerância à atividade; do estilo de autocuidado; e da percepção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico. Para viabilizar esta avaliação foram desenvolvidos instrumentos de avaliação. Neste processo, contamos com a colaboração de três estudantes de mestrado que coorientamos¹⁷.

Ainda na avaliação dos resultados do impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes, procedemos, em todos os casos de clientes incluídos no estudo ao fim de seis meses, à avaliação a partir daquilo que estava documentado no SIE, da evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem; os quais podem ser agregados em cinco grandes dimensões – consciencialização da necessidade de “mudança”, esperança, envolvimento na gestão da condição de saúde, conhecimento e capacidades para a gerir o regime terapêutico.

Na avaliação do impacto da mudança sobre a utilização dos serviços de saúde, procedemos a uma avaliação do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, número de episódios de internamento e número de dias de internamento, verificados um ano antes da implementação da mudança e um ano após, para os clientes que foram alvo da ação dos enfermeiros no período de implementação da mudança. Utilizamos estes indicadores por serem os mais utilizados na literatura e porventura os que mais podem influenciar a decisão das instituições de saúde e, por poderem representar indiretamente a evolução da condição de saúde dos clientes.

¹⁷LEITE, Maria das Dores Vieira – Avaliação da tipologia de autocuidado no cliente com DPOC. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.

ALVES, Maria Célia Oliveira - O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.

MOREIRA, Márcia Maria Pinto - A intolerância à atividade em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.

Em síntese, o impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes, foi avaliado em dois momentos, aos três meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento de cada cliente e seis meses após o início da implementação da mudança. Aos três meses (± 15 dias) avaliamos:

- Nível de dependência no autocuidado;
- Nível de intolerância à atividade;
- Estilo de autocuidado;
- Percepção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico.

Aos seis meses após o início da implementação da mudança, avaliamos a evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem em cinco dimensões:

- Consciencialização da necessidade de “mudança”;
- Desenvolvimento de esperança;
- Envolvimento na gestão da condição de saúde;
- Conhecimento para gerir o regime terapêutico;
- Capacidades para gerir o regime terapêutico.

A avaliação do impacte da mudança sobre a utilização dos serviços de saúde foi realizada pela comparação entre um período homólogo de tempo (de seis meses) um ano antes da implementação da mudança, com um período de tempo (de seis meses) um ano após a implementação da mudança. Período em que consideramos estabilizada a mudança. Utilizamos nesta comparação:

- Número de episódios de recurso ao serviço de urgência;
- Número de episódios de internamento;
- Número de dias de internamento.

Nesta avaliação, apenas comparamos dados relativos à utilização dos serviços de saúde, por serem os únicos que estavam disponíveis antes da implementação da mudança.

Realçamos que a metodologia de avaliação foi definida e construída com os enfermeiros. Para a concretização da avaliação foram desenvolvidos instrumentos (avaliação nível de dependência no autocuidado; nível de intolerância à atividade; percepção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico; estilo de autocuidado) que podem passar a ser excelentes

instrumentos auxiliares do diagnóstico de enfermagem, aportando-lhe maior rigor, precisão e critério. Neste particular, realçamos o facto de estes instrumentos não serem meramente de investigação, são antes de tudo, instrumentos que podem ter valor e utilidade clínica.

Da definição da estratégia de avaliação emerge a intenção e o envolvimento dos enfermeiros no seu desenvolvimento, e o reconhecimento da sua utilidade para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes com DPOC.

5.1 – O impacte da mudança sobre o modelo de cuidados em uso

Como referido anteriormente, as estratégias utilizadas tiveram por finalidade a promoção da participação e o comprometimento interno dos enfermeiros com a mudança. A participação dos enfermeiros foi positivamente influenciada pela disponibilização de momentos formais e informais de diálogo/reflexão. Esta participação viabilizou as construções que os enfermeiros fizeram no domínio individual e do grupo.

O comprometimento interno foi sustentado pelo suporte disponibilizado para a clarificação de aspetos do domínio pessoal (objetivos profissionais; comprometimento com a verdade); a clarificação e desenvolvimento dos modelos mentais; a definição de um objetivo comum ao grupo; e a adoção de estratégias de partilha da aprendizagem em grupo.

A disponibilidade dos enfermeiros para questionar o existente, para incorporarem os diferentes pontos de vista, para explicitarem as premissas das decisões e a disponibilidade para as testarem, alicerçou-se na disponibilidade e acesso a informação julgada como válida para a tomada de decisão. Informação que na opinião dos enfermeiros, permitiu a escolha livre e informada.

Neste percurso, assistimos a uma mudança de uma lógica de conceção de cuidados quase exclusivamente alicerçada na gestão de sinais e sintomas, e nas consequências das alterações dos processos corporais sobre o autocuidado, para um modelo de cuidados que integrava progressivamente a gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC.

O modelo de cuidados em uso no final da implementação da mudança evidenciava uma conceção de cuidados de enfermagem e uma ação de enfermagem baseada numa “visão

expandida do seu foco de atenção”, resultado da norma subjetiva¹⁸ emergente, e do controlo percebido³¹⁶ sobre o domínio em estudo.

A atitude resultava agora de uma base cognitiva³¹⁷ assente na informação disponível como resultado do processo de desenvolvimento de competências individuais e de grupo vivenciadas no percurso de IA, “... *aquilo que me leva a implementar estas intervenções todas é a minha convicção de que se não o fizer não estou a fazer aquilo que devo ...*” (NC74), por forma a desenvolver o potencial que muitos clientes têm, em termos de autocuidado.

Esta atitude resultava da evolução da consciência dos proveitos dos resultados da ação de enfermagem (no domínio em estudo) para os clientes, para a disciplina e para cada enfermeiro. “... *Agora é que sou capaz de perceber bem o distanciamento entre o que fui capaz de fazer durante estes anos pelos doentes e o que agora posso oferecer... e penso que posso ajudar muito os doentes com DPOC a viverem melhor*” (NC65).

A parceria estabelecida, as expetativas criadas nas lideranças e nos enfermeiros da instituição, funcionaram como força motriz que permitiu a conversão da tensão criativa numa ação direcionada para a consecução dos objetivos.

“... *No início, pensei muitas vezes que as expetativas que percebia que tinham sobre o que iríamos ser capazes de fazer estavam para além do possível, mas realmente quando pensava que iriam dificultar o processo, transformaram-se no desafio que nos moveu...*” (NC 73).

O controlo percebido pelos enfermeiros sobre a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC foi um elemento fundamental para a passagem da intenção à ação. Este controlo percebido alicerçou-se em fatores internos (informação; capacidades; clarificação de objetivos) e, em fatores externos (ambiente propício à participação; à vinculação do grupo; disponibilidade de recursos). Relativamente ao controlo percebido, os enfermeiros referiam “... *agora não tenho qualquer dificuldade em perceber e decidir sobre o que os doentes precisam para gerirem bem o regime terapêutico, sinto-me capaz de intervir melhor em qualquer um dos aspetos que definimos...*” (NC77), “...*com as*

¹⁸Norma subjetiva consiste nas crenças dos indivíduos sobre o que as outras pessoas significantes pensam sobre o comportamento que deve ser adotado (Conner & Norman 2007, p.173).

condições que foi possível reunir, com o investimento que fizemos e com a participação de todos na definição do que deveríamos fazer... hoje acho que intervimos nesta área (gestão do regime terapêutico), como no autocuidado ou na vigilância dos doentes... o que sinto ser uma grande diferença...” (NC69).

Os enfermeiros perceberam que os recursos disponibilizados e as oportunidades que tiveram para implementar a mudança foram fundamentais para viabilizar os objetivos individuais e do grupo. “... *O grande mérito foi o de termos sido capazes de perceber e garantir os recursos necessários quando começamos a falar sobre este projeto, assim foi possível vincularmo-nos a nós e ao hospital com o que pretendíamos fazer...” (NC82).*

Durante o trajeto de IA, assistimos ao desenvolvimento da intensidade da discussão e da problematização em torno dos cuidados. As estratégias adotadas viabilizaram a incorporação dos fatores condicionadores da promoção da gestão do regime terapêutico na conceção de cuidados. Neste particular, fomentamos e assistimos a diálogos e reflexões, em diferentes espaços, que evidenciavam a preocupação dos enfermeiros para a sua integração na conceção de cuidados, “... *a discussão que tivemos (passagem de turno) sobre a influência do estilo de autocuidado na definição da estratégia para nos aproximarmos do Sr...., demonstra bem como os colegas evoluíram,... (NC101).*

Ao longo do percurso de implementação da mudança, assistimos à evolução de um modelo de cuidados essencialmente assente num sistema compensatório ou parcialmente compensatório no domínio do autocuidado, para um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento (Cfr. Orem, 1993) das competências e potencialidades dos clientes, nomeadamente para gerirem o seu regime terapêutico.

A evolução para a integração de um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento na ação de enfermagem refletiu-se também, na evolução dos métodos de ajuda. Métodos, agora, mais orientados para a criação de um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e para a utilização de métodos de ensinar. O que pode ser verificado na nota de campo de uma passagem de turno “*Agora nestes doentes a nossa ação autónoma no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico é um dos principais focos da nossa atenção, ... a nossa ação está mais direcionada para desenvolver conhecimentos e capacidades nos clientes... utilizamos melhores estratégias para ajudar os clientes a gerir*

o regime terapêutico...”(NC90).

A definição de linhas de orientação para a ação, revelaram-se como fundamentais, quer para a promoção da participação, quer para o desenvolvimento da percepção de pertença e de controlo dos enfermeiros sobre o percurso, e para a condução da ação no quotidiano. A promoção da participação, do sentimento de pertença e de controlo contribuíram decisivamente para o sucesso da mudança e para a sua implementação na prática clínica *“... termos sido nós a definir o que queríamos, como e quando devíamos agir foi fundamental, ninguém pode dizer que não concorda com esta ou com aquela decisão, tivemos o espaço e a liberdade de expormos o que pensávamos, agora é como em tudo, temos de ser capazes de justificar as nossas opções... mas o esforço que fizemos para introduzir as ideias de todos e por ajudar os colegas a verem as coisas que não concordávamos de forma diferente foi muito importante... vi colegas que sempre conheci pouco motivados... a serem eles a levarem o grupo... curioso... é porque isto lhes faz sentido...”* (NC93).

A definição de linhas de orientação explícitas, a especificação dos seus conteúdos e a disponibilização de suportes que viabilizavam e facilitavam a implementação, tiveram um reflexo positivo sobre o modelo de cuidados em uso. Neste sentido, os enfermeiros referiam *“...as linhas que definimos permitem-me saber o que fazer, como fazer, quando fazer e ter claro qual o sentido da evolução da conceção de cuidados que nos orienta a todos...”* (NC58).

Para a implementação do modelo de cuidados em uso, os recursos informacionais revelaram-se importantes. A sua importância relacionou-se com a facilitação do processo de aprendizagem dos clientes no domínio em estudo. Aprendizagem, que se alicerçou nas características da informação disponibilizada, na adequação dos suportes que a veiculavam e, na utilidade, facilidade e intenção para a utilização³¹⁸ percebida pelos clientes com DPOC.

Relativamente aos recursos informacionais desenvolvidos em suporte de papel, vídeo e voz (telemóvel), 49,2% dos clientes qualificaram-nos de muito úteis e 50,8% de úteis. Relativamente à facilidade para a sua utilização, 42,4% dos clientes qualificaram-na de muito fácil, e 55,9% de fácil.

Ao longo do percurso de mudança assistimos à evolução do foco de atenção dos enfermeiros. As estratégias utilizadas viabilizaram a apropriação dos princípios inerentes ao processo de tomada de decisão em enfermagem, para o qual concorreu determinantemente a especificação dos dados, atividades de diagnóstico, diagnósticos, intervenções (e atividades que as concretizam) e os critérios de resultado. Outra das estratégias que se revelou como fundamental, foi a reflexão “na e sobre a ação”, realizada individualmente com os enfermeiros.

No início da implementação das linhas de orientação desenvolvidas para dar maior sistematização à ação de enfermagem, verificamos a dificuldade evidenciada por alguns dos enfermeiros. Dificuldades expressas na utilização apropriada das atividades de diagnóstico, que viabilizavam a recolha de dados, que relevava para a decisão. Estas dificuldades eram mais explícitas nos domínios do desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, do envolvimento na gestão da condição de saúde, da esperança e do regime terapêutico não farmacológico, nomeadamente, no contributo para o desenvolvimento de competências no cliente para o autocontrolo da dispneia.

A aceitação do desafio para a reflexão sobre o processo de tomada de decisão, a disponibilidade manifestada para falarem do que faziam e pensavam, sem “fachadas protetoras”, e a motivação manifestada para dar maior sistematização à ação, viabilizaram o desenvolvimento do processo de tomada de decisão individual no domínio em estudo. “... *Agora sou capaz de identificar os dados importantes para identificar os problemas dos doentes, sei como procurar esses dados, como definir o diagnóstico, documentá-lo e sei que intervenções planear. E depois, é muito fácil saber o que tenho de avaliar para perceber como o doente está a evoluir... noto que o mesmo acontece com os meus colegas... e isto é uma diferença muito grande...*” (NC83).

Relativamente às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para dar forma à sua intenção, constatamos que estes vincularam-se com as decisões do grupo. Nomeadamente, na utilização dos espaços físicos, na otimização das condições ambientais e nos *timings* definidos. E também, na utilização de estratégias de aprendizagem “face a face”, dirigidas para a resolução de problemas. Neste sentido, os enfermeiros referiam “... *quando os doentes percebem que não estamos ali para dizer muitas coisas, mas antes, estamos lá,*

para perceber as dificuldades que têm, e para tentar encontrar a melhor solução, então torna-se tudo muito mais fácil. Os doentes envolvem-se, perguntam-nos, procuram-nos, estão disponíveis quase sempre para mais... parece até que dá menos trabalho, fica muito mais fácil de atingirmos os resultados que queremos” (NC 81).

O modelo de cuidados em uso no final da implementação do percurso de mudança realça uma mudança substantiva na intenção dos enfermeiros para os cuidados. Intenção, agora, alicerçada no desenvolvimento de conhecimento no domínio do autocuidado – gestão do regime terapêutico, na clarificação de aspetos conceituais da disciplina, na clarificação de objetivos profissionais e do grupo.

Intenção que sustentou o emergir de uma nova atitude alicerçada numa norma subjetiva, que impulsionou a intenção/motivação para a mudança. Mudança viabilizada pelo desenvolvimento da perceção de controlo sobre o domínio em estudo.

A mudança no modelo de cuidados, refletia a evolução da intenção para a ação dirigida agora, para uma enfermagem avançada³¹⁹ para além da colaboração, no diagnóstico e tratamento da doença. A motivação para a mudança conduzia os objetivos da ação para o desenvolvimento da consciencialização, do envolvimento, da esperança dos clientes e, integrava os aspetos que condicionam o desenvolvimento da gestão eficaz do regime terapêutico, na conceção de cuidados.

A incorporação na ação de domínios da gestão do regime terapêutico revelava a evolução do modelo de cuidados, agora com um quadro conceitual explícito (teoria das transições) e que enformava a ação e os resultados. A propósito, estes resultados serão alvo da nossa apresentação e discussão mais à frente neste capítulo.

A integração de um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento na ação de enfermagem, a adoção de métodos de ajuda centrados na promoção de um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e de métodos de ensinar, revelavam a passagem de uma lógica, quase essencialmente substitutiva, para uma lógica de promoção do desenvolvimento das competências dos clientes e do seu potencial de autocuidado.

Esta evolução assentava na integração de domínios da ação centrados no desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano, na promoção do envolvimento na gestão da condição de saúde, da esperança e no desenvolvimento de

conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico. Aspetos que concorrem para o desenvolvimento de mestria dos clientes para gerirem o regime terapêutico, e que viabilizam a sua integração fluída no quotidiano³²⁰. A evolução do modelo de cuidados pode agora contribuir positivamente para o desenvolvimento de competências dos clientes com DPOC para gerirem com eficácia o regime terapêutico.

5.2 – O impacte da mudança sobre a documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros

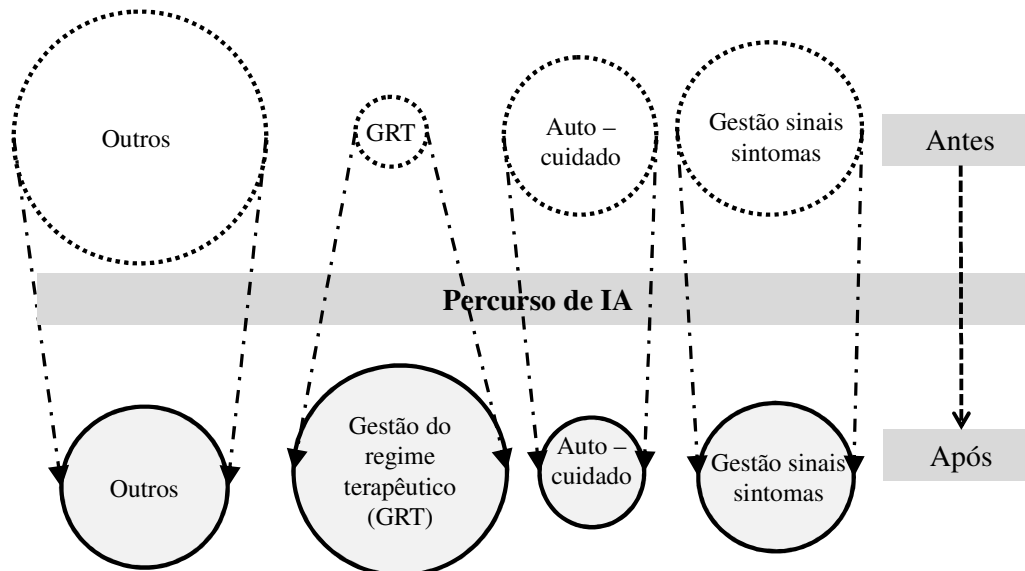
A documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, antes do percurso desenvolvido, evidenciava um manifesto défice da representação do fenómeno do autocuidado - gestão do regime terapêutico na documentação. As razões deste défice na documentação radicavam nos processos formativos dos enfermeiros no domínio em estudo, na parametrização do SIE em uso no internamento, e na ausência de um SIE na consulta externa que viabilizasse a continuidade de cuidados e a monitorização dos resultados da ação de enfermagem.

Da mudança empreendida resultou um aumento significativo da documentação dos aspetos (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) relativos à problemática da gestão do regime terapêutico; facto que, entre outras mais-valias, concorrerá para a disponibilização de dados clinicamente válidos e para a produção de indicadores úteis para os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao SIE em uso no internamento, a parametrização do conteúdo das linhas de orientação, viabilizou a documentação do processo de tomada de decisão do enfermeiro. Facto que viabilizou a otimização das potencialidades do SIE em uso. Relativamente à consulta de enfermagem, a implementação e parametrização de um SIE de enfermagem em suporte informático viabilizaram a continuidade e a avaliação dos resultados de enfermagem.

Na figura 11 podemos comparar a evolução da representação das diferentes dimensões da documentação de enfermagem, entre o ano 2009 e o final do período de implementação da mudança (seis meses), no internamento.

Figura 11 - Comparação da evolução da representação das diferentes dimensões na documentação de enfermagem, entre o ano 2009 e o final do período de implementação da mudança na prática clínica (seis meses).



Na figura 11 podemos observar a diminuição da representação das dimensões da gestão de sinais e sintomas, das consequências da doença sobre o autocuidado e das outras (ex.: tegumentos; digestão). Relativamente à dimensão em estudo, autocuidado - gestão do regime terapêutico, observamos a evolução na sua representação durante o percurso de mudança.

No final do percurso de implementação da mudança verificamos a documentação de dois mil, quatrocentos e cinquenta e sete diagnósticos de enfermagem ($n=2457$) e de três mil, novecentas e vinte e cinco ($n=3925$) intervenções de enfermagem, em noventa e nove clientes avaliados. Destes diagnósticos, 68% ($n=1672$) foram identificados no internamento e 32% ($n=785$) na consulta externa. Das intervenções identificadas 76,5% ($n=3002$) foram identificadas no internamento e 23,5% (923) na consulta externa (tabela 4).

Na comparação dos diagnósticos e intervenções documentadas no período de implementação da mudança, com os documentados em 2009, verificamos a existência, de uma evolução significativa no número de diagnósticos e intervenções identificados, por cliente.

Em 2009, existiam em média, 12,69 diagnósticos de enfermagem e uma média de 30,9

intervenções documentadas por internamento, por cliente. No final da implementação da mudança (seis meses) constatamos a documentação de uma média de 29,3 diagnósticos e de 52,6 intervenções de enfermagem, por cliente, no internamento. Esta evolução representa também uma evolução da qualidade da informação disponível. Qualidade da informação alicerçada na existência de critérios de diagnóstico e de resultado mais explícitos.

Apresentamos a tabela 4 com a comparação da representação dos domínios de ação que resultam da análise de conteúdo ao SIE e, a tabela 5, com as intervenções de enfermagem com integridade referencial¹⁹, documentados no SIE em uso antes (2009) e na implementação da mudança.

Realçamos o facto dos dados apresentados compararem um período de um ano (2009) com um período de seis meses (Setembro 2010 a Fevereiro de 2011), durante o qual decorreu a mudança. A comparação apresentada é feita entre dados dos episódios de internamento de clientes com diagnóstico médico principal de DPOC (2009), com dados de episódios de internamento de clientes com diagnóstico médico de DPOC (independentemente de ser o principal). Esta comparação alicerça-se no facto de, a partir do SI em uso, apenas ter sido possível identificar no ano 2009, os clientes internados com diagnóstico médico principal de DPOC, facto associado à lógica de classificação dos clientes nos grupos de diagnósticos homogéneos. Motivo pelo qual, se verifica uma evolução de 43 episódios de internamento no ano 2009, para 57 em seis meses de implementação da mudança. Esta evolução, sustenta a perceção revelada pelos enfermeiros na definição da problemática sobre a existência de mais episódios de internamento no serviço, do que aqueles que tinham sido possíveis de identificar. E que justificavam, a necessidade percebida pelos enfermeiros de agregar maior sistematização à sua ação para a promoção da gestão do regime terapêutico.

¹⁹Integridade referencial refere-se à relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação (SILVA, 2006, p.75).

Tabela 4 - Comparação da representação dos domínios de ação documentados no SIE em uso antes e depois da implementação da mudança (internamento 43 episódios antes e 57 episódios depois da mudança).

Diagnósticos centrados:	Internamento		Consulta
	Antes	Depois	
Na gestão sinais e sintomas (respiração e circulação)	16,7%(n=91)	6%(n=101)	0%(n=0)
Nas consequências da doença sobre o autocuidado	37,2%(n=203)	15,6%(n=261)	0%(n=0)
Na gestão do regime terapêutico	0,37%(n=2)	62,4%(n=1043)	100%(n=785)
Total nos domínios expostos	54,2%(n=296)	84%(n=1405)	100%(n=785)
Outros	45,8%(n=250)	16%(n=267)	0%(n=0)
Total dos diagnósticos documentados no SIE	100%(n=546)	100%(n=1672)	100%(n=785)
Total dos diagnósticos documentados no SIE em uso	100%(n=546)	100%(n=2457)	

Na tabela 4, o domínio da gestão de sinais e sintomas, engloba os diagnósticos de enfermagem centrados nos processos corporais não intencionais associados à respiração e à circulação (ex.: expetorar; aspiração; hipertensão; perda sanguínea; ...), diagnósticos que traduzem uma ação de enfermagem dirigida para a colaboração na gestão dos compromissos dos processos corporais provocados pela doença. O domínio das consequências da doença sobre o autocuidado, refere-se ao impacte dos compromissos dos processos corporais sobre a capacidade do cliente se autocuidar, englobando diagnósticos no domínio do autocuidado (ex.: higiene; andar; alimentar;...). O domínio da gestão do regime terapêutico, engloba os diagnósticos de enfermagem centrados nas cinco dimensões resultantes da agregação teórica dos diagnósticos de enfermagem que constituem as linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico (ex.: consciencialização da necessidade de “mudança”; conhecimentos para gerir o regime terapêutico;...). O domínio designado por “outros”, engloba diagnósticos centrados em outros domínios da taxonomia utilizada (CIPE[®], Versão β 2).

Na tabela 5, apresentamos as intervenções de enfermagem com integridade referencial para os domínios expostos.

Tabela 5 - Comparação da representação das intervenções de enfermagem com integridade referencial, para os domínios documentados no SIE em uso antes e depois da implementação da mudança (internamento 43 episódios antes e 57 episódios depois da mudança).

	Internamento		Consulta
	Antes	Depois	
Intervenções de enfermagem com integridade referencial para			
Gestão sinais e sintomas (respiração e circulação)	29% (n=385)	14,2%(n=425)	0%(n=0)
Consequências da doença sobre o autocuidado	19,6(n=261)	9,4%(n=281)	0%(n=0)
Gestão do regime terapêutico	0,15%(n=2)	41,2%(n=1237)	100%(n=923)
Total das intervenções	48,8%(n=648)	64,7%(n=1943)	100%(n=923)
Outras	51,2%(n=681)	35,3%(n=1059)	0%(n=0)
Total de intervenções documentadas no SI	100%(n=1329)	100% (n=3002)	100%(n=923)

Dos diagnósticos documentados após a mudança no internamento (n=1672), verificamos que 84% referiam-se a aspetos:

- da gestão de sinais e sintomas (6%);
- das consequências da doença sobre capacidade de desempenho no autocuidado (15,6%);
- da gestão do regime terapêutico 62,4%.

Os restantes 16% representavam outros domínios de diagnósticos de enfermagem relativos aos processos corporais, como são exemplos: a digestão e os tegumentos (ex.: risco de úlcera de pressão).

A mudança verificada na documentação revelava a alteração na conceção de cuidados antes, quase exclusivamente, centrada na gestão de sinais e sintomas da doença e das suas consequências sobre a autonomia para o autocuidado, para uma conceção de cuidados que integra agora focos/dimensões específicos da gestão do regime terapêutico.

Estes resultados revelavam o carácter da mudança operada, a sua dimensão e a modificação gradual no modelo de cuidados em uso. Facto também constatável na nota de campo “... agora a minha intervenção nestes doentes está muito centrada no desenvolvimento da consciencialização, na promoção de envolvimento e no desenvolvimento da capacidade de gerir o regime terapêutico... antes não era assim, a minha ação limitava-se muito à demonstração da utilização dos inaladores e à vigilância do doente...” (NC91).

Estes dados continuavam a revelar a importância da ação dos enfermeiros para a

estabilização dos processos corporais dos clientes e para assegurar as atividades de autocuidado dos clientes, facto já constatado antes da mudança. Em termos médios, não verificamos alterações no número de diagnósticos de enfermagem identificados no domínio da gestão de sinais e sintomas e no autocuidado, por cliente, à escala do internamento. O que demonstra a expansão do modelo de cuidados em uso no sentido de uma enfermagem mais avançada³²¹. A evolução na documentação, e como já discutido no modelo de cuidados em uso no final do percurso, não se fez à custa da diminuição da ação no domínio da gestão de sinais e sintomas, fez-se pela expansão dos domínios de ação dos enfermeiros. Facto verificado no internamento e na consulta (tabela 4 e 5)

No internamento identificamos um total de três mil e duas intervenções de enfermagem documentadas, em contraste com as mil trezentas e vinte e nove documentadas no ano 2009. Facto que revela um acréscimo médio de 30,9 para 52,6 intervenções de enfermagem documentadas, por episódio de internamento e por cliente. A evolução do número de intervenções documentadas é influenciada pela expansão da ação dos enfermeiros no domínio da gestão do regime terapêutico. Facto que pode ser verificado na tabela 6, onde assistimos a uma evolução da representação das intervenções do tipo informar, de 3,69% no ano 2009 para 32,08% no período da mudança. Esta evolução é sustentada pelas intervenções de enfermagem com integridade referencial para a promoção da gestão do regime terapêutico.

Na tabela 6 podemos constatar a evolução do peso das intervenções de enfermagem por tipo de ação (CIPE[®] versão β_2) entre 2009 e o período de implementação da mudança na prática clínica (seis meses).

Tabela 6 – Distribuição das intervenções de enfermagem no internamento por tipo de ação no ano 2009 e no período de implementação da mudança

Tipo de ação	2009	Mudança
Observar	41,01% (n=545)	33,18% (n=996)
Gerir	23,25% (n=309)	12,69% (n=381)
Executar	22,8% (n=303)	10,89% (n=327)
Atender	9,26% (n=123)	11,16% (n=335)
Informar	3,69% (n=49)	32,08% (n=963)
Total	100% (n=1329)	100% (n=3002)

Os resultados apresentados para o internamento revelam a evolução de uma ação de enfermagem centrada num sistema compensatório ou parcialmente compensatório, e em métodos de ajuda de enfermagem essencialmente baseados no agir/fazer e no guiar/orientar, para um sistema que agora engloba o apoio educativo e o desenvolvimento alicerçado em métodos de ajuda que proporcionam um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e em métodos de ensino. Este facto pode ser observado na evolução das ações documentadas do tipo informar.

Na consulta de enfermagem, verificou-se a passagem de um quadro de ausência de um sistema de informação e da inexistência de documentação da decisão de enfermagem, para a existência de um SIE que viabilizava a continuidade e a avaliação dos resultados da ação dos enfermeiros.

Na consulta externa, a partir da documentação produzida pelos enfermeiros, podemos observar uma ação de enfermagem essencialmente centrada num sistema de apoio educativo e de desenvolvimento, e em métodos de ajuda que proporcionam um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e em métodos de ensino para viabilizarem a autonomia no autocuidado - gestão do regime terapêutico. Este facto pode ser observado através dos 78,3% de ações documentadas no SIE do tipo informar.

Na análise da documentação dos cuidados de enfermagem nos domínios da gestão do regime terapêutico, verificamos que os domínios de ação associados ao regime terapêutico não medicamentoso, que integravam a segunda fase da estratégia de implementação das linhas de orientação (conhecimento para a utilização oxigenoterapia; e sobre a técnica de tosse controlada) e os que integravam a terceira fase (conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico não medicamentoso e medicamentoso; e para desenvolver a perceção de suporte e a interação de papéis), tinham pouca expressão na documentação de enfermagem (anexo 10).

Para a congruência verificada entre os modelos expostos e em uso, contribuíram as estratégias utilizadas para a viabilização da mudança. Estratégias que Pereira³²² identificou para a convergência destes dois modelos. Dentro destas, destacavam-se a sistematização e a profissionalização das atividades centradas no “*core group*”, das áreas de atenção da disciplina, estratégias que adoptamos no desenvolvimento do nosso estudo, e que

efetivamente conduzem a uma aproximação entre os dois modelos.

5.3 – O impacte da mudança sobre a organização dos cuidados de enfermagem

Os enfermeiros identificaram, na delimitação da problemática, aspetos da organização dos cuidados que influenciavam negativamente a ação de enfermagem no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

A partilha de informação entre profissionais de saúde e ambientes de cuidados foi um dos alvos de mudança na organização dos cuidados. A mudança operada permitiu uma maior sistematização da disponibilização da informação, com relevância para a continuidade de cuidados entre os enfermeiros e multiprofissional.

Relativamente à partilha de informação entre os enfermeiros no contexto do internamento, assistimos a uma maior sistematização dos conteúdos partilhados, quer oralmente na passagem de turno, quer na documentação dos cuidados.

Esta evolução, esteve inicialmente mais centrada no resultado da ação terapêutica, e evoluiu progressivamente, para uma maior explicitação dos processos conducentes aos resultados esperados nos clientes. O que concorreu, decisivamente, para a continuidade dos cuidados (no internamento).

Nas passagens de turno, assistimos a um processo de evolução da natureza da informação partilhada. Esta informação foi progressivamente sendo dirigida para aspetos da explicitação do processo de desenvolvimento de competências dos clientes no domínio do autocuidado – gestão do regime terapêutico. Assistimos à partilha de informação centrada em aspetos concretos da consciencialização de cada um dos clientes, do seu envolvimento nas mudanças, da esperança, ou das capacidades e conhecimentos para gerir o regime medicamentoso e não medicamentoso.

Os enfermeiros referiam “... *agora as passagens de turno, permitem-nos ter a informação necessária para podermos compreender as necessidades de cuidados dos doentes com DPOC e, tomarmos decisões fundamentais para a organização dos cuidados... fico a saber como está o doente, onde preciso de intervir, o que devo avaliar, as preferências individuais...*” (NC56).

Relativamente à partilha de informação entre os espaços envolvidos na mudança (internamento e consulta), verificamos uma evolução positiva na intenção de assegurar a continuidade de cuidados. A continuidade e coordenação dos cuidados foram, em grande medida, viabilizadas pela utilização de três estratégias para a partilha de informação: transmissão oral; por carta de transferência de enfermagem; e pelos SIE em uso.

A primeira estratégia, centrada na transmissão de informação oral através do recurso ao contacto telefónico do enfermeiro do internamento, com o enfermeiro da consulta externa e vice-versa.

Nestes contactos telefónicos, os enfermeiros procediam à clarificação da informação. Para a viabilização desta estratégia de partilha de informação por contacto telefónico, revelou-se como fundamental a inclusão dos enfermeiros da consulta nas dinâmicas de grupo implementadas. Dinâmicas que permitiram aos enfermeiros conhecerem-se, apropriarem-se dos desafios que estes clientes colocavam nos diferentes espaços de cuidados, e a partir dos objetivos comuns, otimizarem a partilha de informação. A utilização destas estratégias fundamenta-se na relevância que a informação “informal” tem para a promoção da continuidade de cuidados. Esta informação, muitas das vezes, não é passível de ser representada nos SIE.

A segunda estratégia para a partilha de informação entre o internamento e a consulta, centrou-se na disponibilização da carta de transferência de enfermagem. A carta de transferência disponibilizava, para além do *output* automático dos diagnósticos e intervenções de enfermagem ativos no momento, informação editada pelos enfermeiros sobre aspetos que consideravam relevantes para continuidade de cuidados “... *fazemos uma síntese dos aspetos fundamentais da evolução do doente, das preferências dos doentes, dos fatores que identificamos e que influenciavam a conceção de cuidados... os diagnósticos e as intervenções são emitidos automaticamente e os colegas podem aceder a eles no SAPE da consulta...*” (NC52). São exemplos do *output* automático do SIE: conhecimento não demonstrado sobre manifestações da doença; e do texto editado pelos enfermeiros “... *o doente refere baixos recursos económicos e não gosta de utilizar inaladores pressurizados. Este doente prefere aprender os exercícios respiratórios a visualizar o vídeo...*” (NC105).

Relativamente à disponibilização de informação para assegurar a continuidade de cuidados

noutros contextos (centros de saúde), verificamos que os enfermeiros utilizavam a emissão da carta de transferência com edição do texto livre, e procediam ao contacto telefónico com o enfermeiro do centro de saúde.

Relativamente à terceira estratégia, a partilha de informação no SIE, foi viabilizada pela parametrização das linhas de orientação para a ação no SIE. Este facto, associado à evolução da intenção, da necessidade percebida de informação, da qualidade e da quantidade de informação disponibilizada; contribuiu para a melhoria da continuidade de cuidados.

Na comunicação multiprofissional, assistimos a uma evolução positiva na partilha de informação que visava assegurar a continuidade dos cuidados entre médicos e enfermeiros. Esta partilha, entre enfermeiros e médicos, assentou na prescrição da terapêutica farmacológica que os clientes previsivelmente realizariam no domicílio e na comunicação da previsão para o regresso a casa, logo que era clinicamente possível. Aspetos que os enfermeiros tinham referido como sendo condicionantes da sua ação. Em paralelo, assistimos à disponibilização de informação relativa ao domínio autónomo da ação dos enfermeiros, que os médicos utilizavam, entre outras, na decisão sobre os dispositivos de inalação a prescrever, em função das capacidades e preferências dos clientes.

Relativamente à comunicação multiprofissional, assistimos também, a uma maior utilização pelos médicos da informação produzida pelos enfermeiros, na sua decisão sobre o momento da alta, tendo em consideração a evolução do desenvolvimento das competências de cada cliente no domínio da gestão do regime terapêutico “... *agora os médicos preocupam-se em rapidamente definirem a terapêutica que os doentes vão realizar no domicílio, o que é mais evidente ao nível da prescrição dos inaladores... e têm em consideração a capacidade do cliente para o utilizar... antes de darem alta...*” (NC 57).

A sistematização da assistência viabilizou a ação nos diferentes domínios, de forma complementar e construtiva. Este facto possibilitou a integração da promoção da gestão do regime terapêutico na dinâmica dos cuidados.

A reorganização estrutural, organizacional e de conteúdo funcional da consulta de enfermagem, demonstrou, à escala estudada, ser um contributo para a evolução verificada no modelo de cuidados em uso.

Assistimos à implementação de uma consulta de enfermagem que, à segunda-feira à tarde, dispunha de um espaço físico próprio, de um enfermeiro e de um modelo de gestão de fluxo dos clientes que viabilizava a realização da consulta de enfermagem, de acordo com os objetivos e expectativas dos enfermeiros e dos clientes. Verificamos também, a progressiva distribuição da assistência aos clientes com DPOC pelos restantes dias da semana. Esta alteração otimizou a gestão da consulta externa de enfermagem, e a capacidade de resposta às necessidades e expectativas dos clientes. Alterações que possibilitaram aos enfermeiros disponibilizarem mais tempo para o acompanhamento de cada cliente.

Relativamente à gestão das solicitações clínicas na consulta de enfermagem, esta foi positivamente influenciada, quer pela natureza da alteração do fluxo dos clientes entre a consulta médica e a consulta de enfermagem, quer pela existência de outro espaço físico e outro enfermeiro que dava apoio às restantes consultas médicas em funcionamento.

Relativamente à consulta de enfermagem, os enfermeiros referiam “...*agora, sinto que o que faço tem um objetivo... que tenho as condições para poder ajudar os clientes... e que efetivamente os ajudo... agora os doentes já me vêm como a enfermeira que está aqui para os ajudar a viver com a doença... já não vem cá bater à porta para monitorizar os sinais vitais... agora querem outras coisas... e acho que estamos bem preparados...*” (NC81). Referiam, ainda, “... *agora percebo uma diferença muito grande nos doentes, no que sabem, no que são capazes de fazer, no interesse pela gestão da doença... alguns nem parecem os mesmos... colocam-me perguntas que eu nunca pensei que colocassem... e eu ajudo-os...*” (NC85).

A mudança na organização dos cuidados contribuiu, também, para a aproximação dos clientes aos serviços disponibilizados pelo CHP-HSA. Neste particular, a disponibilização de um contacto telefónico dedicado foi um fator facilitador para o desenvolvimento da perceção de suporte profissional. Relativamente à disponibilização do contacto telefónico, os enfermeiros referiam que este serviu, efetivamente, para potenciar a perceção da existência de suporte profissional. “...*Agora, os doentes sabem que se precisarem podem ligar... e que têm uma resposta... que pode ser uma pequena informação nossa... ou do médico... mas, que se torna decisiva para eles poderem gerir a doença... ou tomarem a decisão de vir ao serviço de urgência...*” (NC84).

Relativamente à acessibilidade aos cuidados disponibilizados pelo CHP-HSA, os clientes podem agora utilizar o telefone para aceder a informação disponibilizada pelo enfermeiro, ou para contactar o médico. A disponibilização do contacto telefónico e a reorganização da consulta de enfermagem facilitam, agora, o acesso dos clientes aos cuidados de enfermagem.

5.4 – O impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes

A enfermagem enquanto disciplina orientada para a prática³²³, existe para prestar cuidados aos clientes que experienciam a doença, ou àqueles que experienciam problemas potenciais de saúde. Pela natureza do exposto e pela finalidade do percurso desenvolvido, a mudança planeada e implementada foi direccionada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes com DPOC, muito numa perspetiva assente na premissa de que, clientes com maiores competências de autocuidado, são clientes com mais saúde.

O percurso de mudança desenvolvido, com a finalidade de dar maior sistematização à ação dos enfermeiros na promoção do autocuidado - gestão do regime terapêutico, implicava, necessariamente, a avaliação do impacte da mudança sobre o beneficiário dos cuidados de enfermagem, neste particular os clientes com DPOC.

No período de implementação da mudança (1 de setembro de 2010 a 28 de fevereiro de 2011) foram envolvidos noventa e nove clientes (n=99) com DPOC, que aceitaram participar no estudo e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

1. Clientes internados no CHP-HSA no serviço de medicina, e/ou clientes que frequentavam a consulta de enfermagem de medicina interna do CHP-HSA, com diagnóstico médico de DPOC;
2. Clientes com as funções cerebrais superiores preservadas, (Breve Avaliação do Estado Mental-BAEM)³²⁴.

Neste estudo participaram noventa e nove clientes:

- Vinte e nove foram acompanhados apenas no internamento (n=29);
- Cinquenta e três foram acompanhados apenas na consulta externa de enfermagem (n=53);

- Dezassete foram acompanhados no internamento e na consulta externa de enfermagem (grupo misto; n=17).

Dos clientes que só foram acompanhados no internamento (n=29), vinte e seis tinham necessidades de cuidados de enfermagem no domínio da gestão do regime terapêutico. E, na opinião clínica dos enfermeiros beneficiavam se fossem, também, acompanhados na consulta. Contudo, verificamos que estes clientes não usufruíram do acompanhamento de enfermagem na consulta, pela sua incapacidade para se deslocarem. Esta incapacidade foi atribuída à influência das alterações dos processos corporais decorrentes da doença sobre a energia disponível e, conseqüente diminuição da autonomia no autocuidado. Estes clientes referiam como principal obstáculo à deslocação à consulta externa, para além do exposto, a impossibilidade de terem acompanhamento de uma pessoa significativa e/ou a ausência de recursos financeiros para financiar o transporte. Relativamente à discussão sobre os factos expostos, voltaremos a eles na discussão dos resultados, mais à frente neste capítulo.

Aos clientes que não reuniam os critérios expostos, nomeadamente aqueles com alterações das funções cerebrais superiores, os enfermeiros, procederam à identificação de um prestador de cuidados ou, à mobilização de estratégias formais de apoio. Neste particular, os enfermeiros desenvolveram as ações necessárias para assegurar a continuidade dos cuidados, com especial atenção no encaminhamento de cada cliente para o seu centro de saúde.

Expostos os critérios para a participação dos clientes neste percurso, evoluímos para a sua caracterização.

Os clientes envolvidos na avaliação do impacto da mudança operada sobre a sua condição de saúde, não tiveram o mesmo tipo de acompanhamento, dada a natureza da utilização que tiveram dos serviços do CHP-HSA no período da implementação da mudança.

Para a descrição e caracterização dos clientes, apresentaremos os dados globais (N=99) e apenas apresentaremos as diferenças entre os grupos quando estas tiverem significado estatístico ($p < 0,05$).

Estes clientes tinham, em média, 70,25 anos ($SD \pm 9,84$; $Med.=71$; $Max.=89$; $Min.=42$; $Mo=81$); sessenta e nove clientes eram do sexo masculino e trinta do sexo feminino. Esta proporção entre sexos está de acordo com os dados disponíveis para os internamentos por

sexo em Portugal continental em 2010³²⁵, para clientes com DPOC.

Eram clientes com um valor médio de FEV₁ de 47,82% (*SD*±15,69, *Med.*=46,1) e eram acompanhados no CHP-HSA, há cerca de 6,89 anos (*SD*±4,52; *Med.*=6; *Max.*=31; *Min.*=1; *Mo*=4). Destes clientes, 72,7% (n=72) tinham comorbilidades associadas (média=1,69; *SD*±1,35; *Max.*=4; *Min.*=0; *Mo*=3; *Med.*=2), sendo as mais frequentes as do processo cardíaco, como é exemplo a insuficiência cardíaca.

Na tabela 7 apresentamos as frequências absolutas e relativas das principais variáveis que nos permitiram caraterizar os 99 casos estudados.

Tabela 7 - Frequências e percentagens das principais variáveis que permitiram caraterizar os 99 casos estudados

Variáveis	frequência (n)	percentagem (%)
Hábitos tabágicos	15	15,2
Vivem sozinhos	18	18,2
Baixos recursos económicos	19	19,2
Antecedentes de depressão	7	7,1
Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)	27	27,3
Escolaridade		
Não frequentaram o sistema de ensino	8	8,1%
Até 4 anos	66	66,7%
Até 6 anos	8	8,1%
Até 9 anos	9	9,1%
Até 12 anos	5	5,1%
Curso técnico profissional	1	1%
Curso superior	2	2%
Comorbilidades associadas		
Nenhuma	27	27,3
Uma	21	21,2
Duas	14	14,1
Três	29	29,3
Quatro	8	8,1

No período em que foi implementada a mudança (seis meses), do total dos clientes que participaram no estudo (n=99), sessenta e um clientes, recorreram ao serviço de urgência, em média, 2,72 vezes (*SD*±2; *Med.*=2; *Max.*=9; *Min.*=1; *Mo*=1).

Neste período, quarenta e seis clientes tiveram episódios de internamento no serviço de medicina A (29 grupo internamento e 17 grupo misto), que correspondem a cinquenta e sete episódios de internamento, neste serviço. Estes episódios de internamento tiveram, em média, 12,02 dias (*SD*±8,1; *Med.*=10, *Max.*=36; *Min.*=1; *Mo*=9;).

No período de implementação da mudança, dos clientes acompanhados na consulta externa

(n=70; grupo da consulta e grupo misto), apenas, 20% (n=14) tiveram episódios de (re) internamento por exacerbações da DPOC. Este dado pode indicar-nos a relevância do acompanhamento em ambulatório, disponibilizado pelos enfermeiros, para a redução do número de exacerbações da doença.

Na tabela 8 podemos observar as frequências dos diagnósticos médicos principais, agrupados por processos corporais.

Tabela 8 - Frequências dos diagnósticos médicos principais agrupados por processos corporais

Diagnósticos médicos principais agrupados, por processos corporais	n	%
Respiratório (DPOC e exacerbações)	49	86
Cardíaco	4	7
Gastrointestinal	3	5,2
Circulatório	1	1,8
Total	57	100

Durante a implementação da mudança foram realizadas cento e trinta e cinco consultas de enfermagem (108 no grupo da consulta; 27 no grupo misto).

Os clientes do grupo da consulta tiveram, em média, duas consultas de enfermagem ($SD\pm 1,02$; $Med.=2$; $Max.=5$; $Min.=1$; $Mo=1$), e os do grupo misto em média 1,59 consultas ($SD\pm 1$; $Med.=1$; $Max.=4$; $Min.=1$; $Mo=1$).

Na tabela 9, apresentamos a distribuição do número médio de dias de acompanhamento de enfermagem dos clientes com DPOC dos três grupos (internamento, consulta e misto).

Tabela 9 - Número médio de dias de acompanhamento de enfermagem no internamento, na consulta e no grupo misto

n dias acompanhamento	Grupo de acompanhamento			
	Global	Internamento	Consulta externa	Internamento e consulta externa
X ;	29,14	13,86	38,09	27,29
SD e $Med.$	($SD\pm 32$; $Med.=15$)	($SD\pm 8$; $Med.=12$)	($SD\pm 38,74$; $Med.=34$)	($SD\pm 24,26$; $Med.=22$)

Nos clientes com mais de uma consulta, o intervalo médio entre consultas foi de 21,16 dias ($SD\pm 8,14$; $Med.=20,5$).

Relativamente à análise das relações entre as variáveis, devemos ter em consideração que:

- Os clientes mais novos mantinham hábitos tabágicos ativos ($p=0,023$; $n=99$; anexo 12) e melhores recursos económicos ($p=0,037$; $n=99$; anexo 12);

- Os clientes que viviam sozinhos referiam piores recursos económicos ($p < 0,001$; $n=99$) e tinham mais episódios de internamento. Neste estudo foram as mulheres que referiram com maior frequência viverem sozinhas ($p=0,004$; $n=99$) (anexo 12).
- Os clientes com baixos recursos económicos tiveram mais episódios de internamento ($p=0,002$; $n=99$) (anexo 12).

O facto dos clientes mais novos manterem hábitos tabágicos ativos, pode estar associado ao carácter insidioso da doença. Nas fases iniciais da DPOC, pode existir uma baixa perceção da redução da energia disponível para a consecução de atividades de autocuidado. Esta baixa perceção pode estar alicerçada nos “poucos” sintomas das alterações locais e sistémicas sobre os processos corporais. O que, como já discutido anteriormente, pode concorrer para uma menor perceção da necessidade destes clientes mudarem os seus comportamentos, por via da perceção da vulnerabilidade à doença. Esta vulnerabilidade tende a ser percebida a partir das alterações dos processos corporais, e dos seus efeitos sobre a autonomia no autocuidado.

O exposto realça a necessidade destes clientes desenvolverem, por antecipação, a perceção da necessidade de implementar mudanças no quotidiano, nomeadamente aprenderem a gerir com eficácia o regime terapêutico. Esta dimensão pode ser inscrita no contexto da promoção da consciencialização, como aspeto decisivo na abordagem terapêutica destes clientes. A consciencialização traduz numa propriedade das transições³²⁶, centrada no reconhecimento, por parte do cliente, daquilo que muda ou tem que mudar e ficar diferente.

Os clientes que referem com maior frequência viverem sozinhos e terem baixos recursos económicos foram os que tiveram mais episódios de internamento. Estes dados apontam para uma maior vulnerabilidade destes clientes. Os baixos recursos económicos e a ausência de uma pessoa significativa para apoio foi o argumento mais utilizado pelos clientes, para não utilizarem a consulta de enfermagem. Pelo exposto, e pela vontade dos clientes em se envolverem na gestão da condição de saúde, resulta a necessidade de desenvolver uma nova estratégia que viabilize o acompanhamento destes clientes noutros contextos.

Em síntese, os dados apresentados indicam-nos como critérios de vulnerabilidade (Cfr. Meleis e colaboradoras, 2000), alguns condicionalismos internos aos clientes com DPOC

que interferem com as suas respostas às transições, sobre os quais se centrou a avaliação: viver sozinho; referir baixos recursos económicos; ser fumador ativo; dependente de pessoas ou recurso para a consecução das atividades de autocuidado.

Caraterizados os clientes sobre os quais avaliamos a sua condição de saúde, evoluímos para a apresentação dos resultados da avaliação.

Para a concretização desta avaliação, procedemos à avaliação do nível de dependência no autocuidado; do nível de intolerância à atividade nas atividades do quotidiano; do estilo de autocuidado, e da perceção da autoeficácia para a gestão do regime terapêutico, três meses (± 15 dias) após o início da estratégia de acompanhamento de cada cliente.

A estratégia de avaliação definida, evidenciava a necessidade de desenvolver instrumentos que a viabilizassem. Os instrumentos desenvolvidos, são elementos com potencial de utilidade clínica; dado que podem, à escala do serviço, ser usados no processo de diagnóstico e na avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para o desenvolvimento dos instrumentos, foi discutida a possibilidade dos enfermeiros poderem desenvolver percursos de formação académica paralelos ao estudo, visando a construção e validação desses instrumentos. Contudo, verificamos que por uma multiplicidade de fatores, os enfermeiros, embora manifestando interesse, não reuniam as condições pessoais para a persecução deste desígnio, dadas as limitações temporais.

Pelo exposto, os enfermeiros manifestaram a intenção de envolver outros enfermeiros, no desenvolvimento destes instrumentos, desde que, tivessem proximidade ao contexto, de forma a potenciar a interação no desenvolvimento e constatação dos resultados das avaliações.

Após identificadas as oportunidades de desenvolvimento da investigação, e a vontade dos enfermeiros envolvidos, colocamos o desafio à ESEP para encontrarmos colaboradores com os requisitos definidos. A ESEP tinha em funcionamento os cursos de Mestrado em Enfermagem, surgindo assim a oportunidade de envolver alunos de mestrado no estudo em desenvolvimento. A estratégia de rentabilização da parceria com a ESEP criou a oportunidade de agregar mestrandos, com proximidade ao contexto do estudo (enfermeiros do CHP-HSA). Os mestrandos que participaram no desenvolvimento e validação dos instrumentos foram coorientados pelo investigador principal e colaboraram na avaliação

dos clientes.

Para a concretização da avaliação destes itens, apenas foi possível, avaliar setenta e cinco clientes (26 grupo do internamento; 38 na consulta; 11 no grupo misto). A avaliação foi realizada no domicílio dos clientes. O facto de vinte e quatro clientes não terem sido avaliados prendeu-se, com a impossibilidade, de no “*timing*” definido entrar em contacto com os clientes a partir da informação disponível no CHP-HSA. Atribuímos este facto, à possibilidade destes clientes terem mudado de local de residência permanente, para casa de pessoas significativas ou instituições prestadoras de cuidados, como lares ou similares.

Três meses (± 15 dias) após o início do acompanhamento, os clientes tinham, em média, um episódio de internamento e duas consultas externas.

De seguida apresentaremos os resultados da avaliação do estilo de autocuidado dos clientes com DPOC, que participaram na avaliação do impacte da mudança sobre a condição de saúde.

5.4.1 - O estilo de autocuidado dos clientes

A atitude face ao autocuidado (Cfr. Backman, K. & Hentinen, M, 1999)³²⁷, assume-se como um condicionalismo pessoal (Cfr. Meleis e colaboradoras, 2000) que pode influenciar o comportamento de autocuidado ou o estilo de gestão do regime terapêutico. Esta atitude é influenciada pela postura pessoal face ao envelhecimento, aos outros e ao futuro. Facto que influencia a forma como os clientes percecionam a condição de saúde, como lidam com os desafios percebidos, como interagem com os profissionais de saúde e como se posicionam face ao tratamento negociado. Atitudes que influenciam, e são influenciadas pela capacidade funcional para o autocuidado, pela autoestima e pela satisfação com a vida.

A atitude face ao autocuidado pode influenciar, também, o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico³²⁸. A definição do estilo de autocuidado nos clientes com DPOC, pode ajudar o enfermeiro no processo de tomada de decisão sobre as estratégias a adotar na interação com o cliente, na definição da intensidade da ação e dos recursos a utilizar. Foi nesta visão que entendemos adequado avaliar o estilo de autocuidado dos clientes, conscientes que este é uma síntese de traços da personalidade de cada pessoa, que não é “modificável” pela ação terapêutica.

De acordo com o referencial teórico em que assenta o conceito de “estilo ou perfil de autocuidado”, clientes com estilos de autocuidado “responsável”, tendem a ter uma postura pró-ativa na procura de informação, no envolvimento e no desenvolvimento de competências para gerirem o seu regime terapêutico. Estes clientes esperam do enfermeiro o apoio efetivo à concretização da sua intenção. Esta atitude tende a influenciar positivamente a condição de saúde³²⁹. Clientes com um estilo “formalmente guiado”, embora se envolvam na gestão da condição de saúde, delegam no enfermeiro o direcionamento do desenvolvimento das suas competências. Estes clientes esperam e aceitam as decisões dos enfermeiros, numa atitude de “confiança”, reconhecendo nestes, as competências para a melhor decisão sobre a sua condição. Motivo pelo qual, a disponibilização de um acompanhamento de enfermagem regular pode assumir especial relevância no desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico.

Os clientes com um estilo mais “independente”, pelo facto de darem especial atenção “à voz interna” no processo de decisão, desafiam o enfermeiro à implementação de estratégias que atribuam particular atenção ao respeito pela sua opinião; que incorporem as atitudes pessoais; e as inovações que frequentemente associam à gestão da sua condição. Nestes clientes, os enfermeiros devem orientar a ação, pela flexibilidade e pela atenção à dificuldade destes clientes para reconhecerem as suas limitações.

Clientes com um estilo de “abandonado” tendem a ter uma atitude dificultadora para o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico. Motivo pelo qual, os enfermeiros devem dar especial relevância à continuidade de cuidados. Criando as condições para o aumento da intensidade da ação e, entre outras, para o desenvolvimento da perceção do suporte profissional.

Para a avaliação do estilo de autocuidado, utilizamos o instrumento validado para esta população por Leite 2012³³⁰. O instrumento apresenta um valor de coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,573 (n=42 itens), e uma correlação item-total entre 0 e 0,309.

O resultado da estatística *Alfa de Cronbach* do estudo de adaptação do instrumento para a população com DPOC recomenda-nos, a utilização de muita precaução na leitura dos resultados.

Neste sentido, e relativamente à consistência interna, os resultados do projeto mais alargado

que está em curso, orientado para a validação do instrumento, poderão tornar mais claras as questões relativas à fidelidade da “medida”, que é muito limitada. Mais que uma “medida” o estilo de autocuidado é um constructo que pode ser muito útil na abordagem terapêutica dos clientes. Neste quadro, à medida que fomos utilizando e discutindo a utilização deste conceito na prática clínica, percebemos que, mais que recorrer a um instrumento de medida ou caracterização, importa ter em consideração alguns traços e atitudes dos clientes, de forma a mobilizar terapêuticas mais significativas e adequadas a cada caso.

A construção original do instrumento que acabamos por usar está alicerçada, no “*Model for the Self-Care of Home-Dwelling Elderly*”^{331,332} que sustenta, a sua validade de conteúdo. A abordagem da validade de conteúdo que adotamos foi de cariz qualitativo e baseada nos estudos descritos, reforçada pela opinião de todos os docentes da ESEP envolvidos em estudos (de Doutoramento) e que utilizam o conceito de “estilo de autocuidado”. Assim, consideramos que o instrumento utilizado é um apontamento sobre o estilo de autocuidado, nos termos em que, o constructo emergiu nos estudos originais, motivo pelo qual procedemos à apresentação dos resultados dos clientes avaliados.

Na análise dos dados procedemos à aplicação do modelo de análise de dados utilizado pela autora³³³.

Na análise do estilo de autocuidado verificamos que nenhum dos clientes apresenta um estilo puro de autocuidado de acordo com a teoria subjacente, após procedermos à categorização com os itens específicos da escala verificamos, a existência de 2,66% (n=2) dos clientes com um estilo puro de autocuidado responsável e 8% (n=6) com um estilo predominante (três predominantemente responsável, dois guiado e um abandonado), 89,33% (n=67) dos clientes apresentavam um estilo indefinido de autocuidado. Para a categorização destes indefinidos, utilizamos a categorização de indefinidos de Sequeira (2011)³³⁴ o que, nos permitiu categorizar 67,16% (n=45) dos clientes com estilo indefinido. Aos restantes clientes indefinidos (n=22) não foi possível atribuir uma categorização ao estilo de autocuidado. Na tabela 10 podemos observar a categorização final do estilo de autocuidado dos clientes avaliados.

Tabela 10 - Categorização do estilo de autocuidado dos clientes que participaram na avaliação 3 meses (\pm 15 dias) após o início do acompanhamento

Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Responsável puro	2	2,7
Predominantemente responsável	3	4
Predominantemente guiado	2	2,7
Predominantemente abandonado	1	1,3
Responsável, guiado, independente	2	2,7
Responsável, guiado, abandonado	1	1,3
Responsável, guiado	36	48
Responsável e independente	3	4
Responsável e abandonado	1	1,3
Guiado e independente	1	1,3
Guiado e abandonado	1	1,3
Total categorizado	53	70,7
Indefinidos finais	22	29,3
Total	75	100

Nos clientes avaliados verificamos a existência de quarenta e um clientes com um estilo tendencialmente responsável (responsável puro, predominantemente responsável, responsável guiado). Não existindo diferenças com significado estatístico entre os grupos de acompanhamento.

Os clientes com *scores*²⁰ mais elevados no estilo específico responsável tendem a ter menor intolerância à atividade ($p=0,037$; $n=75$). Este resultado indica-nos a influência da sua postura pró-ativa na gestão da condição de saúde, sobre a capacidade para gerir a energia disponível.

Os clientes com *scores* mais elevados no estilo específico de autocuidado formalmente guiado apresentam maior dependência no autocuidado ($p=0,03$; $n=75$) e referem maior intolerância à atividade ($p=0,033$; $n=75$). Estes resultados evidenciam a importância dos enfermeiros dirigirem a sua ação para o desenvolvimento de competências para gerirem a condição de saúde e o nível de energia disponível. Dados que revelam a “dependência” destes clientes da ação dos enfermeiros.

Os clientes com *scores* mais elevados no estilo específico de autocuidado independente apresentam, menor dependência no autocuidado ($p=0,05$), e menor intolerância à atividade ($p=0,018$; $n=75$). Facto que pode ser atribuível à maior dificuldade destes clientes para

²⁰Score que resulta do valor médio excluindo os resultados nulos das respostas obtidas nas questões específicas do estilo responsável.

reconhecerem as suas limitações e, conseqüentemente para desenvolverem as melhores estratégias adaptativas.

Os clientes com *scores* mais elevados no estilo específico de autocuidado abandonado são os que apresentam maior intolerância à atividade ($p<0,001$; $n=75$). Estes resultados apontam para uma maior vulnerabilidade destes clientes para o desenvolvimento de uma gestão ineficaz da gestão do regime terapêutico, com conseqüências negativas sobre a autonomia para o autocuidado.

Expostos os resultados da avaliação do estilo de autocuidado dos clientes com DPOC, apresentamos de seguida, os resultados da avaliação da sua dependência no autocuidado.

5.4.2 – A dependência no autocuidado

Para a avaliação da dependência no autocuidado, utilizamos o instrumento desenvolvido e validado por Alves 2012³³⁵. O instrumento desenvolvido pela autora apresentava um valor de coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,964, e uma correlação item-total entre 0,225 e 0,763. O instrumento é constituído por cinquenta itens, distribuídos por cinco subescalas do autocuidado, que são avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos (1-dependente não participa; 2-necessita da ajuda de pessoas; 3-necessita de equipamento; 4-independente) (anexo 11).

Para a análise dos dados procedemos à aplicação do modelo de análise de dados definido pela autora e já utilizado noutro estudo³³⁶.

Assim, para categorizar o nível de dependência no autocuidado para cada subescala, procedemos à criação de uma nova variável através da aplicação dos seguintes critérios, mutuamente exclusivos:

- Dependente não participa - todos os clientes com o *score* 1 em todos os itens da subescala;
- Independente – clientes com o *score* 4 em todos os itens da subescala;
- Necessita de equipamento – clientes com *score*> 2 em todos os itens, ou seja, os que “necessitam de equipamento” em alguns itens e podem ser “independentes” noutros itens;

- Necessita de ajuda de pessoa – os casos, que não foram categorizados em nenhuma das três categorias anteriores.

Categorizada a dependência no autocuidado em cada subescala, evoluímos para a categorização global da dependência no autocuidado, através da aplicação dos critérios já expostos, agora aplicados às subescalas do autocuidado, resultando assim, a variável ordinal da dependência global no autocuidado dos clientes com DPOC.

Na tabela 11 apresentamos, a caracterização dependência no autocuidado dos clientes (anexo 13).

Tabela 11 - Caracterização dependência no autocuidado dos clientes avaliados 3 meses (\pm 15 dias) após o início do acompanhamento

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoas	Necessita de equipamento	Independente	Total
Higiene	0%(n=0)	28%(n=21)	29,33%(n=22)	42,66%(n=32)	100%(n=75)
Alimentar-se	0%(n=0)	13,3%(n=10)	86,7%(n=65)	0%(n=0)	100%(n=75)
Vestuário	0%(n=0)	18,66%(n=14)	58,66%(n=44)	22,66%(n=17)	100%(n=75)
Andar	0%(n=0)	85,33%(n=64)	14,66%(n=11)	0%(n=0)	100%(n=75)
Gestão do regime terapêutico	0%(n=0)	26,66%(n=20)	30,66%(n=23)	42,66%(n=32)	100%(n=75)
Dependência Global no autocuidado	0%(n=0)	85,3%(n=64)	14,7%(n=11)	0%(n=0)	100%(n=75)

Na tabela 11, não observamos clientes “totalmente dependentes” nas atividades do autocuidado.

Na avaliação da dependência no autocuidado verificamos a ausência de diferenças com significado estatístico entre os grupos de clientes, em função da estratégia de acompanhamento. Os clientes com maior dependência no autocuidado foram os que tiveram mais episódios de internamento durante o período de implementação da mudança ($p=0,043$; $n=75$). Este resultado aponta para uma maior vulnerabilidade destes clientes. O facto dos clientes com maior dependência terem mais episódios de internamento, para além do exposto, indica-nos também, o impacte negativo que a degradação dos processos corporais, que decorre dos efeitos locais e sistémicos da DPOC, tem sobre a autonomia funcional.

Este resultado alerta-nos ainda, para a necessidade da ação dos enfermeiros, para além de se focalizar na disponibilização de informação sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado, dirigir-se também para o desenvolvimento de capacidades que promovam a preservação e/ou a re aquisição da autonomia, por parte dos clientes.

5.4.3 - A intolerância à atividade

A opção pela avaliação da intolerância à atividade justifica-se, pelo facto de esta resultar da incapacidade do cliente para gerir a energia disponível para a concretização do autocuidado. Esta redução da energia disponível decorre da degradação dos processos corporais, fundamentalmente, em consequência da progressão da doença.

A redução da energia disponível coloca desafios aos clientes para preservarem a sua autonomia no autocuidado, motivo pelo qual, a ausência de competências cognitivas e instrumentais para lidar com o desafio pode influenciar negativamente as capacidades de desempenho dos clientes.

Para a avaliação da intolerância à atividade, utilizamos o instrumento desenvolvido e validado por Moreira 2012³³⁷. O instrumento apresenta um valor de coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,980, e uma correlação item-total entre 0,396 e 0,829. O instrumento é constituído por cinquenta e dois itens, que são avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos (1-muita falta de ar; 2-alguma falta de ar; 3-pouca falta de ar; 4-nenhuma falta de ar) (anexo 11). Na análise dos dados procedemos à aplicação do modelo de análise de dados definido pela autora³³⁸.

Para categorizar o nível de intolerância à atividade para cada subescala do autocuidado, procedemos à criação de uma nova variável, que resulta do cálculo do *score* médio dos itens que constituem cada subescala, excluindo os valores nulos. Após a definição do *score* médio de cada subescala, procedeu-se à sua recodificação numa variável ordinal de acordo com os seguintes critérios:

- Muita falta de ar – *scores* $\leq 1,75=1$;
- Alguma falta de ar – *scores* entre 1,76-2,5=2
- Pouca falta de ar – *scores* entre 2,51-3,25=3
- Nenhuma falta de ar – *scores* $\geq 3,26=4$

Para a categorização da intolerância global à atividade por cliente, procedemos à criação de uma nova variável que resulta do cálculo do *score* médio dos itens do instrumento, excluindo os valores nulos, procedendo-se à sua recodificação numa variável ordinal de acordo com os critérios expostos anteriormente.

Na tabela 12 apresentamos a caracterização da intolerância à atividade, para as atividades de autocuidado dos clientes avaliados (n=75). O anexo 14 faz a apresentação detalhada dos resultados neste domínio.

Tabela 12 - Caracterização da intolerância à atividade para as atividades de autocuidado dos clientes avaliados 3 meses (\pm 15 dias) após o início do acompanhamento

	Muita falta de ar	Alguma falta de ar	Pouca falta de ar	Nenhuma falta de ar	Total
Higiene	0%(n=0)	6,7%(n=5)	32%(n=24)	61,3%(n=46)	100%(n=75)
Alimentar-se	0%(n=0)	1,3%(n=1)	10,7%(n=8)	88%(n=66)	100%(n=75)
Vestuário	0%(n=0)	16%(n=12)	26,7%(n=20)	57,3%(n=43)	100%(n=75)
Andar	14,7%(n=11)	49,3%(n=37)	28%(n=21)	8%(n=6)	100%(n=75)
Atividade recreativa	42,7%(n=32)	10,7%(n=8)	32%(n=24)	14,7%(n=11)	100%(n=75)
Gestão do regime terapêutico	1,3%(n=1)	2,7%(n=2)	20%(n=15)	76%(n=57)	100%(n=75)
Intolerância à atividade	0% (n=0)	12% (n=9)	46,7% (n=35)	41,3% (n=31)	100% (n=75)

Na análise da tabela 12, observamos que nenhum cliente apresentava “muita falta de ar” no global das atividades do autocuidado.

Nos clientes avaliados, verificamos a existência de uma correlação com significado estatístico entre a dependência global no autocuidado e a intolerância global à atividade ($r_{s75}=0,464$; $p=0,01$), tal como esperado. Ou seja: quanto maior a “falta de ar” referida pelos clientes mais acentuada é a sua dependência no autocuidado.

5.4.4 - A perceção da autoeficácia para a gestão do regime terapêutico

A perceção da autoeficácia é um condicionalismo intrínseco ao cliente que pode influenciar o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico. É um condicionalismo intrínseco, uma vez que pode ser lido como a “crença pessoal”³³⁹ de quão competente o cliente acha que é. A monitorização da sua evolução ao longo do tempo pode ser utilizada,

como um dos indicadores do desenvolvimento de mestria²¹ na gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

A autoeficácia foi definida por Bandura como a “*convicção pessoal sobre suas capacidades para organizar e executar as tarefas necessárias para alcançar designados tipos de performances*”³⁴⁰. Performance, que nos clientes com DPOC, tem por finalidade o controlo da progressão da doença e a redução do impacte das alterações dos processos corporais sobre a autonomia para o autocuidado.

Nos clientes com DPOC, o desenvolvimento da perceção da autoeficácia resulta do desenvolvimento de competências³⁴¹ cognitivas e instrumentais, que viabilizam a identificação, e a integração com mestria de estratégias adaptativas (centradas na resolução de problemas) no quotidiano.

O desenvolvimento da perceção da autoeficácia é influenciado pelo reportório de recursos internos do cliente (status cognitivo e instrumental; consciencialização da mudança; volição; esperança; conhecimento e capacidades), e pelo reportório de recursos externos (suporte profissional e familiar percebido; recursos económicos).

A DPOC é uma doença crónica que reduz progressivamente o nível de energia disponível para o autocuidado. O seu controlo assenta em alterações comportamentais, como a inclusão da gestão de um regime terapêutico no quotidiano. A inclusão e manutenção de um comportamento ao longo do tempo são influenciadas pela motivação.

Bandura³⁴² refere que a autoeficácia é o principal ingrediente da motivação para o comportamento. Motivação que pode influir sobre a energia a disponibilizar para a consecução do objetivo individual.

Para o autor, a autoeficácia percebida resulta de uma autorregulação do conhecimento que determina quando e como, as ações instrumentais devem ser iniciadas, o “esforço” a empregar para a sua concretização e a sua sustentabilidade ao longo do tempo.

As linhas de orientação consensualizadas e definidas pelos enfermeiros para a ação de enfermagem, podem concorrer positivamente para o desenvolvimento de uma

²¹Mestria – conforto e competência para o desempenho de um comportamento adequado a uma situação nova. Tem vários componentes incluindo competência que implica conhecimento e capacidades cognitivas, capacidade de decisão, capacidades instrumentais e autoconfiança (Meleis & Shumacher, 1994, p.124).

conscientização facilitadora do processo de mudança; da percepção dos benefícios do comportamento; de objetivos adequados à condição de saúde; para a identificação de fatores facilitadores do comportamento; e para o desenvolvimento de estratégias que viabilizem o controlo sobre os fatores dificultadores.

A partir do exposto, os enfermeiros decidiram proceder à avaliação do desenvolvimento da percepção da autoeficácia nos clientes com DPOC. Esta avaliação tinha por finalidade desenvolver e disponibilizar um indicador que viabilizasse a monitorização da evolução das competências percebidas pelos clientes na gestão do regime terapêutico. Indicador que os enfermeiros julgaram como fundamental para a condução da estratégia de ação junto de cada cliente. A identificação de diagnósticos de enfermagem focados na autoeficácia dos clientes é um aspeto a considerar no futuro, em termos de documentação.

Para a concretização da avaliação da percepção da autoeficácia, foi desenvolvido um formulário constituído por vinte e uma questões. Estas questões foram avaliadas, através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (1-incapaz; 2-pouco capaz; 3-capaz; 4-totalmente capaz) (anexo 11).

O constructo do formulário baseou-se na problemática explorada até esta fase, nos conteúdos das linhas de orientação desenvolvidas e nos seus objetivos.

Após a elaboração do formulário, procedemos à realização de um pré-teste em clientes com DPOC (n=12) e, procedemos às reformulações julgadas necessárias para otimizar a clareza, compreensibilidade e adequação à finalidade.

Na análise da fidelidade do instrumento desenvolvido, recorremos à análise da consistência interna através do cálculo de coeficiente de *Alpha de Cronbach*. O instrumento apresentou um valor de coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0,879 (n=19 itens²²) e uma correlação item-total entre 0,248 e 0,663 (anexo 15).

A construção do instrumento e a avaliação da validade de conteúdo dos seus itens baseou-se no julgamento individual e do grupo de enfermeiros que participaram na mudança, de acordo com as estratégias utilizadas neste percurso.

Para a análise da validade do constructo recorremos à análise fatorial exploratória

²² Os itens n.º 5 e 11 foram excluídos por apresentarem uma variância nula.

($KMO=0,658$, anexo 16), recorrendo ao método de extração dos componentes principais com a normalização de *Kaiser* para a extração dos componentes que explicam a máxima variância.

Dadas as variáveis em estudo serem de natureza ordinal e não cumprirem os requisitos da normalidade, procedemos à utilização da matriz de correlações de *Spearman* para a realização da análise fatorial³⁴³.

A análise fatorial permitiu extrair quatro fatores que explicam 69,48% da variância total. Fatores a partir dos quais, procedemos à criação de novas variáveis (tabela 13).

Tabela 13 – Novas variáveis que resultam dos fatores emergentes da análise fatorial

Novas variáveis que resultam dos fatores emergentes da análise fatorial	
Fatores emergentes	Questões agregadas
Autoeficácia percebida para a tomada de decisão sobre as condições ambientais para sair de casa	13;14;15;16
Autoeficácia percebida para gerir o regime terapêutico	2;3;4;7;8;9;10
Autoeficácia percebida para controlar a progressão e o impacto da doença nas atividades do quotidiano	1;6;12;18;20;21
Autoeficácia percebida para decidir sobre a manutenção do acompanhamento profissional	17 e 19

O fator 1 foi nomeado de “autoeficácia percebida para a tomada de decisão sobre as condições ambientais para sair de casa”. Este fator representa a competência percebida pelos clientes para decidirem sobre a saída à rua nas diferentes condições ambientais. Condições ambientais que podem concorrer para a exacerbação da doença. Esta competência foi julgada como fundamental pelos enfermeiros para viabilizar a manutenção da interação destes clientes com o meio social envolvente.

O fator 2, nomeado de “autoeficácia percebida para gerir o regime terapêutico” (medicamentoso e não medicamentoso) refere-se, à competência percebida pelos clientes para utilizarem os inaladores, autocontrolarem a dispneia e manterem uma alimentação adequada à condição e saúde. Componentes fundamentais de uma gestão eficaz do regime terapêutico como já discutido nos capítulos anteriores. Este domínio da competência pode concorrer positivamente, para a motivação necessária à manutenção destes comportamentos por longos períodos.

O fator 3 foi nomeado de “autoeficácia percebida para controlar a progressão e o impacto

da doença nas atividades do quotidiano”. Este fator agrega questões que tinham por finalidade avaliar a competência percebida para perceber, prevenir e identificar exacerbações da doença. E, avaliar a competência percebida para manter as atividades de lazer e controlar o stresse. Estas são competências fundamentais para assegurar o desenvolvimento da percepção de controlo pelo cliente, sobre aspetos associados à evicção das exacerbações da doença e à preservação da atividade quotidiana de lazer.

Fator 4 foi nomeado “autoeficácia percebida para decidir sobre a manutenção do acompanhamento profissional”. Este fator agrega questões que tinham a finalidade de avaliar a competência percebida pelos clientes sobre a necessidade de acompanhamento profissional por períodos prologados.

Procedemos à computação de quatro novas variáveis que emergiram dos fatores identificados (tabela 13). As novas variáveis resultaram da média aritmética excluindo os valores nulos das respostas que as integravam. Para a interpretação e categorização dos resultados procedemos à transformação destas variáveis em variáveis ordinais com os seguintes critérios:

- Incapaz - *scores* $\leq 1,75=1$;
- Pouco capaz - *scores* entre 1,76-2,5=2;
- Capaz - *scores* entre 2,51-3,25=3;
- Totalmente capaz - *scores* $\geq 3,26=4$.

Nos clientes avaliados, 77,3% (n=58) tinham uma elevada percepção da autoeficácia, e que 22,7% (n=17) tinham uma percepção da autoeficácia mais reduzida.

Na tabela 14 apresentamos os resultados da percepção da autoeficácia após aplicado o modelo de análise exposto (anexo 17).

Tabela 14 - Perceção da autoeficácia dos clientes que participaram na avaliação

Autoeficácia percebida para	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
Tomada de decisão sobre as condições ambientais para sair de casa	2,66%(n=2)	12%(n=9)	22,66%(n=17)	62,66%(n=47)
Gerir o regime terapêutico	2,66%(n=2)	5,33%(n=4)	38,66%(n=29)	53,33%(n=40)
Controlar a progressão e o impacto da doença nas atividades do quotidiano	0%(n=0)	4%(n=3)	44%(n=33)	52%(n=39)
Decidir sobre a manutenção do acompanhamento profissional	0%(n=0)	0%(n=0)	13,33%(n=10)	84,66%(n=65)
Global	0%(n=0)	22,66%(n=17)	42,66%(n=32)	34,66%(n=26)

Neste estudo, os clientes que três meses após o início do acompanhamento referiam serem “pouco capazes”, foram os que tiveram mais diagnósticos de enfermagem resolvidos no final do período de implementação da mudança (seis meses), quando comparados com os que referiram serem “capazes” ($p=0,05$; $n=75$), resultados aos quais voltaremos adiante neste capítulo.

Os clientes que referiam ser “pouco capazes”, três meses após o início do acompanhamento de enfermagem, foram os que no final do período de implementação tiveram mais dias de acompanhamento ($p=0,014$; $n=75$) e mais consultas de enfermagem ($p=0,035$; $n=75$), em comparação com os clientes com uma perceção de “totalmente capazes”, o que permite atestar da relevância deste aspeto, para o planeamento de cuidados realizado por enfermeiros.

Estes dados indicam-nos a natureza da mudança implementada sobre o modelo de cuidados em uso, neste concreto, revela a utilização com sistemática deste indicador por parte dos enfermeiros no processo de tomada de decisão sobre a frequência do acompanhamento destes clientes. Dos resultados, resulta claro, o efeito positivo da ação mais intensa dos enfermeiros nos clientes com uma perceção de “pouco capaz”.

Estes resultados revelam que a implementação da mudança na prática clínica teve impacto positivo sobre a perceção da competência dos clientes para gerirem o regime terapêutico. Facto que concorre positivamente, para o controlo percebido e, para a motivação para a manutenção do comportamento pelos clientes ao longo do tempo. O que se pode traduzir

em melhores resultados em saúde.

Este indicador, para além de influenciar a decisão dos enfermeiros sobre frequência do acompanhamento, reveste-se também, de uma importância vital para fornecer informação sobre a evolução do desenvolvimento de competências para a gestão do regime terapêutico.

Cientes com DPOC com uma maior perceção da autoeficácia nos diferentes domínios da gestão do regime terapêutico, vão poder definir objetivos mais adequados à sua condição de saúde, desenvolver motivação e confiança para ultrapassarem os desafios quotidianos e, para manterem os comportamentos ao longo do tempo. Em síntese, o desenvolvimento da perceção da autoeficácia é um aspeto determinante para o desenvolvimento de competências de autocuidado, aspeto reconhecido pelas diferentes entidades nacionais e internacionais como vital para o autocontrolo da DPOC.

Apresentados os resultados da perceção da autoeficácia, evoluímos agora para a apresentação dos resultados da avaliação dos episódios de exacerbação da doença, referidos pelos clientes na avaliação aos três meses (± 15 dias).

5.4.5 – Os episódios de exacerbação da doença

Neste estudo utilizamos os episódios de exacerbação da doença, como um indicador indireto da evolução da condição de saúde dos clientes. Esta opção sustenta-se nas idiossincrasias da doença e na sua forma de progressão. Progressão associada aos episódios de exacerbação e às suas consequências irreversíveis sobre os processos corporais.

Dos clientes avaliados neste item ($n=73$), 42,46% ($n=31$) referiram ter tido pelo menos uma exacerbação²³ da doença (média=1,3; $SD\pm 2,77$) nos três meses (± 15 dias) que mediarão entre o início do acompanhamento pelos enfermeiros e o momento da avaliação.

Da totalidade dos clientes avaliados, apenas dois referiram ter recorrido à ajuda de profissionais de outros contextos em situações de exacerbação da doença.

Estes dados revelam que o acompanhamento destes clientes está essencialmente baseado no CHP-HSA, facto que justifica a necessidade identificada pelos enfermeiros de desenvolver

²³Exacerbação da doença é um evento agudo caracterizado pelo agravamento dos sintomas respiratórios, que está para além das variações diárias, e que conduz a uma alteração da medicação habitual (GOLD, 2013, p. 40).

maior sistematização da sua ação na promoção da gestão do regime terapêutico nestes clientes. O acompanhamento destes clientes, essencialmente centrado no CHP-HSA, é congruente com os critérios de referência hospitalar definidos pela DGS, relativos aos clientes com graus de maior gravidade da doença III/IV (GOLD).

Do total de clientes acompanhados em consulta externa, 14,3% (n=10) referiram ter faltado a consultas agendadas com o enfermeiro. Na tabela 15 apresentamos, as frequências dos motivos apresentados.

Tabela 15 - Frequência dos motivos para faltar à consulta de enfermagem

Motivo	n clientes
Internamento	1
Prestação de cuidados a familiares	2
Esquecimento	4
Incapacidade para se deslocar	3
	10

A evidência aponta a cessação tabágica, como a medida mais eficaz para influenciar a história natural da doença³⁴⁴. Pelo exposto, tornava-se relevante avaliar, também, o impacto da sistematização da ação terapêutica implementada sobre a utilização do tabaco nos clientes avaliados.

5.4.6 - O consumo de tabaco

No início do acompanhamento pelos enfermeiros neste estudo, quinze clientes referiam manter hábitos tabágicos ativos. Na avaliação realizada três meses (± 15 dias), na qual se incluíam estes quinze clientes, dez referiram ter deixado de fumar (durante o período mediado entre o início do acompanhamento de enfermagem e, o momento da recolha dos dados). O que se traduz numa taxa de eficácia na cessação tabágica de 66,6%.

Dos dez clientes que referiram ter deixado de fumar, sete tinham desenvolvido uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, estavam envolvidos na gestão da condição de saúde, e tinham *scores* específicos elevados no estilo de autocuidado responsável. Estes resultados, embora devendo ser interpretados com prudência dado o pequeno número de clientes envolvidos e o espaço de tempo decorrido, indiciam um efeito positivo da ação de enfermagem sobre o comportamento de abuso de tabaco destes clientes.

Relativamente aos resultados do impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes, procedemos a partir daquilo que estava documentado no SIE, para todos os casos de clientes incluídos no estudo, à avaliação da evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem. Diagnósticos que foram agregados em cinco grandes dimensões – consciencialização da necessidade de “mudança”; esperança; envolvimento na gestão da condição de saúde; conhecimento e capacidades para a gerir o regime terapêutico. Dimensões que resultaram da agregação teórica (anexo 18) dos diagnósticos de enfermagem definidos nas linhas de orientação da ação. Esta avaliação foi realizada seis meses após o início da implementação da mudança, independentemente, do tempo decorrido no acompanhamento de cada cliente.

Para a concretização da avaliação, recorremos a um painel de dimensões (quadro 1) que resulta da agregação teórica dos vinte e um domínios de diagnósticos de enfermagem, definidos nas linhas de orientação (anexo 18). A partir dos quais, calculamos a taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem por dimensão.

Quadro 1- Painel de dimensões para a avaliação do impacto das linhas de orientação da ação de enfermagem sobre a condição de saúde dos clientes

Dimensões
<ul style="list-style-type: none">• Consciencialização facilitadora da necessidade “mudança”;• Desenvolvimento de esperança;• Envolvimento na gestão da condição de saúde;• Conhecimento para gerir o regime terapêutico;• Capacidades para gerir o regime terapêutico.

A dimensão do desenvolvimento de uma consciencialização³⁴⁵ da necessidade de mudança, pretende representar, o desenvolvimento da perceção da necessidade pelo cliente de implementar mudanças duradouras no quotidiano, para dar resposta aos desafios vivenciados. Esta dimensão resulta da agregação dos diagnósticos de enfermagem como são exemplos: a perceção sobre a evolução da sintomatologia da DPOC; há quanto tempo apresenta a sintomatologia e agravamento do impacto da DPOC no quotidiano; a necessidade de implementar mudança no quotidiano; a forma de progressão da doença; as limitações físicas associadas à doença; as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico; as modalidades do regime terapêutico; os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico.

A dimensão da esperança³⁴⁶ refere-se ao desenvolvimento de confiança nos outros e no futuro; entusiasmo pela vida; expressão de razões para viver; de desejo de viver e otimismo. O desenvolvimento de esperança possibilita a definição de objetivos, e a mobilização de energia para desenvolver estratégias adaptativas para lidar com a doença. A ausência de esperança ou a sua diminuição remetem os clientes para a resignação e a desistência. Esta dimensão resulta da avaliação da vontade de viver, da confiança do cliente nas suas capacidades e na presença de sentimentos de impotência.

A dimensão do envolvimento³⁴⁷ resulta da agregação de diagnósticos de enfermagem, plasmados nas linhas de orientação da ação, que tinham por finalidade traduzir o desenvolvimento da “ligação” do cliente com o processo de promoção da gestão do regime terapêutico. O envolvimento pode ser avaliado pela iniciativa demonstrada para a procura de informação, pela vontade para aprender e, pela aceitação da integração das mudanças no quotidiano.

A dimensão do conhecimento³⁴⁸ sobre o regime terapêutico refere-se ao conteúdo específico do pensamento, baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação que possibilitam ao cliente desenvolver comportamentos que contribuam para o controlo da progressão da doença. Esta dimensão resultou da agregação teórica de diagnósticos de enfermagem como são exemplos: conhecimento sobre manifestações da doença; conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação; conhecimento para autocontrolo da dispneia.

A dimensão das capacidades³⁴⁹ sobre o regime terapêutico refere-se à aquisição de domínio sobre atividades práticas que resultam do treino, da prática de determinados comportamentos. Esta dimensão resultou da agregação teórica de diagnósticos de enfermagem como são exemplos: a capacidade de gerir o regime medicamentoso - técnica de inalação; a capacidade para o autocontrolo da dispneia; a capacidade para implementar técnicas de conservação de energia no autocuidado.

No quadro 2 podemos observar os domínios de diagnósticos de enfermagem que estiveram na origem das cinco dimensões definidas.

Quadro 2 – Domínios de diagnósticos de enfermagem que estiveram na origem das cinco dimensões definidas

Domínios dos diagnósticos de enfermagem	Dimensões
Consciencialização	Consciencialização da necessidade de “mudança
Esperança	Desenvolvimento de esperança
Envolvimento	Envolvimento na gestão da condição de saúde;
Autocuidado	
Conhecimento sobre a doença	
Conhecimento sobre técnica inalção	
Conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia	
Conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	
Conhecimento sobre regime medicamentoso: oxigenoterapia	Conhecimento para gerir o regime terapêutico
Conhecimento para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”	
Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia	
Conhecimento sobre a cessação tabágica	
Conhecimento sobre o regime medicamentoso	
Conhecimento sobre a vacinação	
Capacidade para a técnica inalção	
Capacidade para o autocontrolo da dispneia	
Capacidade para as técnicas de exercícios respiratórios	Capacidades para gerir o regime terapêutico
Capacidade para as técnicas de conservação de energia	
Capacidade para a gestão e controlo do stresse	

Neste percurso definimos resultado sensível aos cuidados de enfermagem como “*um estado, comportamento ou perceção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem...*”³⁵⁰. Este conceito orienta para uma alteração positiva na condição do cliente. Contudo, teoricamente “resultado” contempla a possibilidade da verificação de uma alteração negativa na condição do cliente.

A partir da documentação de enfermagem, utilizamos para a computação dos resultados destas dimensões, a seguinte estratégia:

1. A existência da documentação do diagnóstico de enfermagem no SIE em uso, associado à existência da documentação de, pelo menos, uma intervenção com integridade referencial²⁴, para o cliente beneficiário dos cuidados no mesmo período temporal;

²⁴Intervenção com integridade referencial para um dado diagnóstico de enfermagem – refere-se à(s) intervenção (ões) definida(s) pelos enfermeiros, expressas nas linhas de orientação, como produzindo resultado sensível ao cuidado de enfermagem num determinado diagnóstico.

2. Comparamos, sempre, o primeiro e o último juízo diagnóstico, independentemente de se referirem ao primeiro contacto ou seguintes (independentemente de existirem outros juízos diagnósticos entre a primeira e a última opinião clínica);
3. Para a identificação da resolução dos diagnósticos de enfermagem, consideramos a existência de uma data de termo do diagnóstico, após decorrido um intervalo de tempo²⁵ (facto associado aos juízos de diagnóstico utilizados apresentarem apenas um diferencial semântico, ex.: demonstra ou não demonstra).

Neste modelo de análise de dados, para o cálculo da intensidade de implementação das intervenções de enfermagem, foi considerado, o número de vezes que a intervenção foi implementada e o número de dias em que esteve ativa (durante o período em que o diagnóstico para a qual tem integridade referencial, esteve ativo).

Neste estudo, procedeu-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem resolvidos através do cálculo da existência de uma diferença positiva entre a data de termo e a data de início (em dias). Nos diagnósticos em que se constatou a existência de diferenças positivas, procedemos à sua recodificação numa variável nominal à qual atribuímos o valor um (1). Às situações em que não existia uma data de termo procedemos à sua recodificação atribuindo o valor zero (0), o que significava que o diagnóstico não tinha sido resolvido.

Identificados os diagnósticos de enfermagem resolvidos (1) e “não resolvidos” (0), por cliente, procedemos ao cálculo da “taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem” por domínio (21 domínios) e por cliente, que resultou da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem por cliente e por domínio} = \frac{\text{Número de diagnósticos de enfermagem resolvidos por domínio em cada cliente}}{\text{Número de diagnósticos de enfermagem identificados no domínio em cada cliente}} \times 100$$

Identificada a taxa de resolução diagnóstica por cada um dos domínios da ação em cada cliente, evoluímos para o cálculo da taxa de resolução de cada uma das dimensões definidas

²⁵Caso o diagnóstico de enfermagem tenha termo durante um episódio de internamento/consulta, e fosse reativado, procedeu-se para efeito da análise dos dados à consideração do dia de início do diagnóstico pela primeira vez, não sendo considerada a primeira data de termo. Considerou-se sempre o dia de termo quando este se verificou pela última vez, ou na sua ausência como um “não resultado”.

no quadro 1, por cliente. Processo do qual resultou a variável: “taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem” para cada uma das cinco dimensões, a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão} = \frac{\text{Número de diagnósticos de enfermagem resolvidos relativos à dimensão}}{\text{Número de diagnósticos de enfermagem identificados relativos à dimensão}} \times 100$$

Calculada a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem, para cada uma das cinco dimensões (por cliente), evoluímos para o cálculo dos resultados globais por cliente. Deste processo resultou a variável “taxa global de resolução dos diagnósticos de enfermagem” por cliente, que deriva da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa global de resolução dos diagnósticos de enfermagem} = \frac{\text{Número total de diagnósticos de enfermagem resolvidos por cliente}}{\text{Número total de diagnósticos de enfermagem identificados por cliente}} \times 100$$

Para o cálculo da intensidade da ação dos enfermeiros por diagnóstico de enfermagem, procedemos à criação de uma nova variável “intensidade das intervenções por diagnóstico de enfermagem” para o internamento e para a consulta, calculada a partir das seguintes fórmulas (excluindo os valores nulos):

$$\text{Intensidade das intervenções no internamento por diagnóstico} = \frac{\text{Número de vezes que as intervenções com integridade referencial foram implementadas no internamento/por diagnóstico}}{\text{Número de dias que as intervenções com integridade referencial estiveram ativas no internamento por diagnóstico}}$$

$$\text{Intensidade das intervenções na consulta por diagnóstico} = \frac{\text{Número de vezes que as intervenções com integridade foram implementadas na consulta por diagnóstico}}{\text{Número de episódios que as intervenções com integridade referencial estiveram ativas na consulta por diagnóstico}}$$

Para o cálculo da intensidade da intervenção dos enfermeiros para cada uma das dimensões definidos no quadro 1, criámos uma variável que nomeamos de “intensidade da intervenção dos enfermeiros” na dimensão de enfermagem por cliente, que resultou da seguinte fórmula (excluindo os valores nulos):

$$\text{Intensidade da intervenção por dimensão no internamento} = \text{Média aritmética da intensidade da intervenção nos diagnósticos que constituem cada dimensão, no internamento}$$

$$\text{Intensidade da ação terapêutica por dimensão na consulta} = \text{Média aritmética da intensidade da ação nos diagnósticos que constituem a dimensão, na consulta}$$

Para o cálculo da intensidade global da intervenção dos enfermeiros por cliente, procedemos à criação de uma variável, “intensidade global da intervenção” dos enfermeiros para o internamento e para a consulta, calculada a partir das seguintes fórmulas (excluindo os valores nulos):

$$\text{Intensidade global da intervenção no internamento} = \text{Média aritmética da intensidade de intervenção do enfermeiro nos diferentes diagnósticos, no internamento}$$

$$\text{Intensidade global da intervenção na consulta} = \text{Média aritmética da intensidade de intervenção do enfermeiro nos diferentes diagnósticos, na consulta}$$

Para concretizar a apresentação dos resultados procederemos, à apresentação dos resultados das cinco dimensões do quadro 1. Os resultados dos testes estatísticos utilizados podem ser consultados no anexo 12. Os resultados da intensidade e do início da intervenção dos

enfermeiros que não são apresentados podem ser consultados no anexo 19.

5.4.7 – A consciencialização para a necessidade de “mudança”

Relativamente à dimensão da consciencialização da necessidade de “mudança”, verificamos uma taxa média de resolução dos diagnósticos nesta dimensão, de 54,78% ($SD \pm 47,12$; $Med. = 75\%$).

Neste estudo os enfermeiros identificaram em 53,3% ($n=53$) dos clientes necessidades de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudança”.

Face aos resultados apresentados, devemos “alertar” para a forma como a taxa de resolução diagnóstica por domínio foi computada. O resultado apresentado (quociente) traduz a relação direta, entre o número de diagnósticos resolvidos no domínio (dividendo) e o número de diagnósticos identificados no domínio (divisor). Este facto, evidencia a possibilidade teórica de um cliente poder ter apenas um diagnóstico identificado e resolvido, o que lhe atribui, uma taxa de diagnósticos resolvidos no domínio de 100% (o que pode influenciar os resultados finais apresentados). Este facto assume especial relevância, dado o diferente número de diagnósticos que constituem cada domínio, e consequentemente, cada dimensão.

Os clientes que no momento de avaliação ainda não tinham desenvolvido uma consciencialização sobre a necessidade de mudança ($n=28$) tinham, em média, 25,92 dias ($SD \pm 29,23$; $Med. = 13,5$) de acompanhamento, e os que desenvolveram uma consciencialização facilitadora ($n=25$) tinham em média 35,32 dias ($SD \pm 31,55$; $Med. = 22$).

Os clientes acompanhados no internamento ($p=0,015$) e no grupo misto ($p<0,001$) apresentavam uma maior taxa de resolução dos diagnósticos nesta dimensão da consciencialização, quando comparados com os acompanhados no grupo da consulta (gráfico 1). Em paralelo, os clientes acompanhados na consulta que tinham mais consultas ($r_s 18=0,483$; $p=0,05$) e, mais dias de acompanhamento ($r_s 18=0,573$; $p=0,05$), tinham maior taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem nesta dimensão.

Estes resultados revelam a importância da sistematização da ação de enfermagem na ajuda aos clientes para desenvolverem a consciencialização da necessidade de “mudança”,

realçando a importância de um período alargado de acompanhamento destes clientes.

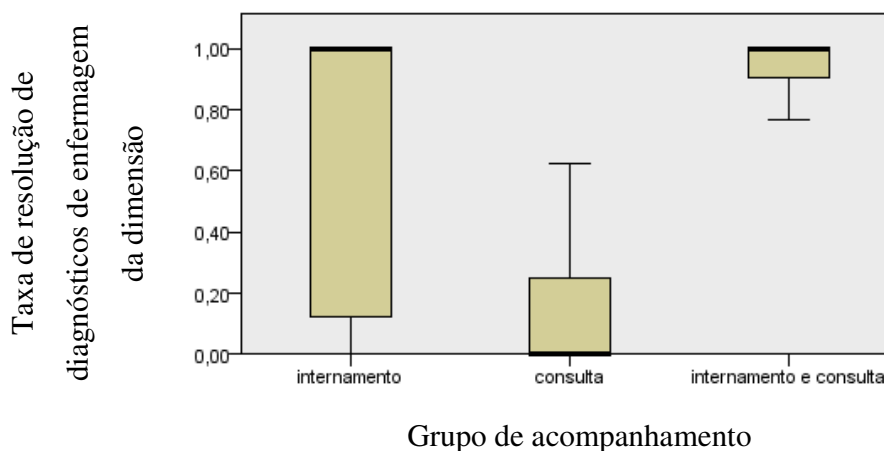
Os resultados apresentados traduzem o efeito do limitado espaço temporal desta avaliação. Motivo pelo qual, o resultado do grupo de clientes acompanhados na consulta pode ter sido influenciado negativamente.

Os resultados obtidos nesta dimensão poderão permitir perceber a influência positiva da existência de um evento crítico³⁵¹ como o internamento, sobre o desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudança”.

Como já discutido no capítulo quatro, o internamento por exacerbação da doença, pode constituir-se como um evento crítico. Dado que, durante a exacerbação da doença os clientes podem perceber a sua vulnerabilidade e suscetibilidade. Nestes períodos, os clientes podem perceber o risco eminente de morte associada aos períodos de dispneia. Esta percepção, pode concorrer para que o cliente esteja mais disponível para identificar o que mudou, o que necessita de mudar e os recursos e as dificuldades que antecipa. Motivo pelo qual, o internamento pode constituir-se como uma oportunidade para os profissionais de saúde, ajudarem o cliente a perceber o suporte profissional, as soluções que oferecem e a sua disponibilidade.

Verificamos que a continuidade de cuidados entre os espaços de internamento e consulta potencia o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da “mudança”, facto associado a um maior período de acompanhamento pelo enfermeiro.

Gráfico 1 - Distribuição da taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão da consciencialização da necessidade de “mudanças”, pelos grupos de acompanhamento



Os clientes com taxas mais baixas de resolução dos diagnósticos de enfermagem relativos à consciencialização da necessidade de “mudança” eram pessoas que viviam sozinhas, referiam ter baixos recursos económicos e apresentavam mais de duas comorbilidades. Estes clientes recorreram mais de uma vez ao serviço de urgência no período da implementação da mudança. Estes dados sustentam que clientes com DPOC, que vivem sozinhos e têm recurso económicos mais limitados, tendem a ser mais vulneráveis. Os clientes acompanhados na consulta e com taxas mais baixas de resolução dos diagnósticos de enfermagem relativos à consciencialização da necessidade de “mudanças” evidenciam, o desafio que se colocava aos enfermeiros para os ajudarem a identificarem a necessidade de “mudança”. Este desafio alicerçava-se na dificuldade de identificar, com o cliente, eventos críticos, que na sua perceção sustentassem a necessidade de “mudanças” no quotidiano.

Do exposto emergiam dois desafios para os enfermeiros. O primeiro, de assegurar a continuidade de cuidados aos clientes que, embora tivessem critério para serem acompanhados na consulta externa, não reuniam condições para se deslocarem a este espaço. Assunto sobre o qual, voltaremos a debruçar a nossa atenção na discussão dos resultados. O segundo desafio que emergia, estava associado à identificação com o cliente de “eventos” que na sua perspectiva fossem suficientemente importantes e significativos para iniciar o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico.

Na dimensão consciencialização da necessidade de “mudança” no internamento, a intensidade de intervenção dos enfermeiros foi de 1,97 ($SD \pm 0,78$; $Med. = 1,87$) intervenções por dia e por diagnóstico identificado.

No desenvolvimento da consciencialização da necessidade de “mudança”, os clientes com maior taxa de resolução diagnóstica eram os que tinham usufruído de maior intensidade de intervenção de enfermagem (tabela 16).

Tabela 16 - Valores de correlação de Spearman, entre a taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão da consciencialização da necessidade de “mudança” e a intensidade da intervenção de enfermagem

Ação de enfermagem	Coefficiente de correlação
Aumentar a perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	($r_s43=0,509$; $p=0,01$)
Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano	($r_s46=0,384$; $p=0,01$)
Informar sobre a forma de progressão da doença	($r_s42=0,411$; $p=0,01$)
Informar sobre limitações físicas associadas à doença	($r_s36=0,687$; $p=0,01$)
Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico	($r_s32=0,41$; $p=0,05$)

Para além da intensidade da ação de enfermagem, o número de episódios de internamento influenciou direta e positivamente a taxa de resolução dos diagnósticos inscritos nesta dimensão ($r_s53=0,427$; $p=0,01$). Estes resultados indicam-nos que, a intensidade da intervenção de enfermagem e a perceção pelo cliente das alterações dos processos corporais, provocados pela exacerbação da DPOC, são aspetos facilitadores do início do processo de transição.

Os clientes com maior taxa de resolução de diagnósticos nesta dimensão foram os que tiveram maior taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão do conhecimento ($r_s48=0,487$; $p=0,01$) e capacidades para gerir o regime terapêutico ($r_s43=0,626$; $p=0,01$). Estes resultados sustentam a importância do cliente consciencializar a necessidade de “mudança”, antes de ser desafiado a desenvolver competências cognitivas e instrumentais para a gerir a condição de saúde e o regime terapêutico.

No final da implementação da mudança, 71,7% dos clientes tinham uma consciencialização facilitadora da “mudança” e, estavam a desenvolver competências no domínio da gestão do regime terapêutico. Os clientes que tinham uma consciencialização da necessidade de “mudança” foram os que evidenciaram uma maior taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem ($p=0,042$; $n=99$).

Em síntese, os clientes que durante o estudo desenvolveram uma consciencialização da necessidade de “mudança” tiveram maior taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem ($r_s53=0,719$; $p=0,01$). Este resultado revela e sustenta a necessidade dos clientes com DPOC serem alvo da intervenção dos enfermeiros neste domínio.

Estes resultados traduzem a importância da existência de linhas de orientação que

agreguem maior sistematização à ação dos enfermeiros. Linhas de orientação que alicerçaram a mudança e que contribuíram positivamente para a promoção de uma consciencialização facilitadora do desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico.

A consciencialização da necessidade de mudança é o “requisito” para o sucesso de todas as outras abordagens posteriores. Estes dados revelam que ninguém aprende sobre aquilo que acha que não precisa de saber... que não lhe é útil.

5.4.8 – O desenvolvimento de esperança

Relativamente à dimensão da esperança verificamos uma taxa média de resolução de diagnósticos de enfermagem de 48,72% ($SD\pm 50,21\%$; $Med.=33\%$).

Durante a implementação da mudança os enfermeiros identificaram em 13,3% dos clientes a necessidade de desenvolvimento de esperança, de forma, a que os clientes definissem objetivos, e mobilizassem a sua energia para o desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com o regime terapêutico.

Os clientes que não desenvolveram esperança no espaço de tempo avaliado tinham, em média, 69,33 anos ($SD\pm 13,18$; $Med.=75$), eram predominantemente mulheres, tinham hábitos tabágicos ativos, viviam sozinhas e tinham mais de duas comorbilidades. Estes clientes tiveram mais de dois episódios de recurso ao serviço de urgência do CHP-HSA no período de implementação da mudança, por exacerbações da doença.

A intensidade da ação dos enfermeiros no internamento nesta dimensão foi, em média, de 1,68 ($SD\pm 1,14$; $Med.=1,4$) intervenções implementadas por dia e por diagnóstico identificado.

Os clientes com melhores resultados nesta dimensão foram os que desenvolveram maior envolvimento na gestão da condição de saúde ($r_s11=0,689$; $p=0,05$) e maior taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem ($r_s13=0,689$; $p=0,01$).

O desenvolvimento de esperança, para além de contribuir positivamente para a taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem esteve, também, associado a uma menor utilização do serviço de urgência no período de tempo homólogo doze meses após a implementação da mudança ($r_s9=0,794$; $p=0,01$), facto a que voltaremos adiante, neste

relatório.

Os resultados apresentados revelam a importância dos clientes com DPOC serem ajudados a identificar: objetivos e expectativas realistas; o potencial que ainda dispõem para desenvolver conhecimentos e capacidades que lhes permitam gerir com eficácia o regime terapêutico e, para readquirir/preservar a autonomia no autocuidado.

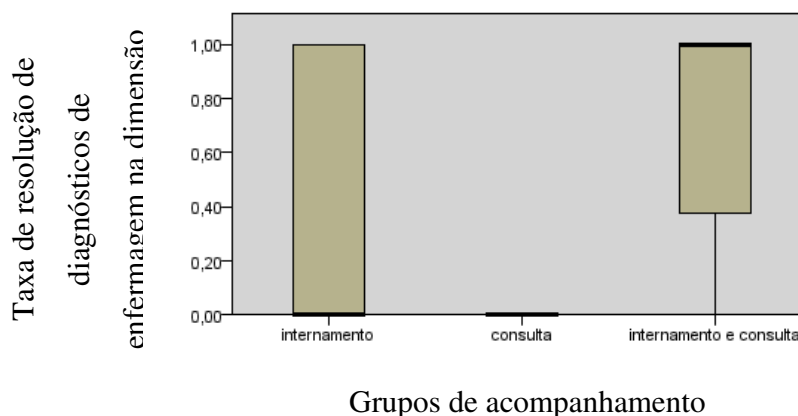
5.4.9 - O envolvimento na gestão da condição de saúde

Relativamente à dimensão do envolvimento na gestão da condição de saúde, verificamos uma taxa média de resolução dos diagnósticos de enfermagem de 40,8% ($SD\pm 48,3\%$; $Med.=0\%$).

No período de implementação da mudança os enfermeiros identificaram em 29,29% dos clientes a necessidade de serem ajudados a envolverem-se na gestão da condição de saúde.

Os dados apresentados revelam o desafio que estes clientes colocam aos enfermeiros e ao sistema de saúde. Na promoção do envolvimento, verificamos que foram os clientes acompanhados no grupo misto (internamento e da consulta), os que tiveram melhor taxa de resolução da dimensão, em comparação com o grupo acompanhado na consulta externa ($p=0,023$; $n=29$) como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão do envolvimento na gestão da condição de saúde, pelos grupos de acompanhamento



Os clientes, que de acordo com a documentação de enfermagem, menos se envolveram na gestão da sua condição de saúde, tinham mais de duas comorbilidades, um FEV₁ médio de 41,68% ($SD\pm 11,73$; $Med.=46$), e uma média de 3,5 ($SD\pm 1,93$; $Med.=3$) episódios de

recurso ao serviço de urgência, no período da implementação da mudança.

Na análise da intensidade de intervenção dos enfermeiros nesta dimensão, no internamento, verificamos que, em média, implementavam 1,8 ($SD\pm 0,87$; $Med.=1,91$) intervenções por dia e por diagnóstico identificado.

Na análise da intensidade de intervenção dos enfermeiros nos clientes acompanhados no grupo do internamento verificamos, que em média, a intensidade foi menor nos clientes com diagnósticos de enfermagem resolvidos. Estes resultados evidenciam a intenção dos enfermeiros, mas revelam que esta, não é a única variável envolvida na promoção do envolvimento na gestão da condição de saúde. Neste particular, a perceção sobre a condição de saúde e a esperança influenciam, a capacidade do cliente se envolver na gestão da condição de saúde, mesmo percecionando suporte profissional.

Pelo exposto, o acompanhamento destes clientes pelos enfermeiros deveria ser sempre iniciado após o diagnóstico da doença, de forma a ajudar o cliente a, por antecipação, desenvolver uma consciencialização facilitadora sobre aquilo que precisa mudar, ter esperança e envolver-se na gestão da condição de saúde.

Os clientes com maior taxa de resolução dos diagnósticos no âmbito do envolvimento eram, os que tinham maior taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão da esperança ($r_s11=0,689$; $p=0,05$); do conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico ($r_s27=0,441$; $p=0,01$); e uma taxa global de diagnósticos resolvidos, superior à mediana ($r_s29=0,639$; $p=0,01$).

Os dados expostos sobre a dimensão do envolvimento revelam a importância do desenvolvimento de linhas de orientação para a ação de enfermagem, no desenvolvimento da perceção pelos clientes da existência de suporte profissional capaz de dar resposta aos desafios vivenciados no quotidiano. Realçamos, também, a importância dos clientes desenvolverem uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudanças” no quotidiano. O envolvimento dos clientes na gestão do regime terapêutico, como é compreensível, traduz um aspeto crucial do sucesso do desenvolvimento das competências de autocuidado. Clientes menos envolvidos, necessitarão de abordagens distintas e mais criativas, no sentido de um acompanhamento mais efetivo.

5.4.10 – Os conhecimentos para gerir o regime terapêutico

Relativamente à dimensão do conhecimento para gerir o regime terapêutico, verificamos uma taxa de média de resolução dos diagnósticos de enfermagem de apenas 30,7% ($SD\pm 37\%$; $Med.=9\%$).

No início do acompanhamento, 94,9% dos clientes apresentavam necessidades de cuidados de enfermagem nesta dimensão. Dado que sustenta a relevância da necessidade de dar maior sistematização à ação de enfermagem no domínio em estudo.

Os clientes acompanhados no internamento ($p=0,015$) e no grupo misto ($p=0,001$) apresentaram melhores resultados neste âmbito, em comparação com os acompanhados no grupo da consulta.

Os clientes com melhores resultados nesta dimensão foram os que tiveram maior número de consultas ($r_s70=0,367$; $p=0,01$), mais dias de acompanhamento no estudo ($r_s94=0,353$; $p=0,01$), e os que tiveram melhores resultados no âmbito do desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança” ($r_s48=0,487$; $p=0,01$) e do envolvimento ($r_s27=0,441$; $p=0,05$).

No âmbito desta dimensão, os enfermeiros tiveram uma intensidade média de intervenção de 1,42 ($SD\pm 0,79$; $Med.=1,45$) intervenções por dia e por diagnóstico identificado.

Os clientes que na avaliação aos três meses (± 15 dias) referiam uma perceção da autoeficácia de “pouco capazes” foram os que no final da implementação da mudança (seis meses) apresentavam melhores resultados nesta dimensão, em comparação com os que referiam uma perceção de “capazes” ($p=0,022$; $n=71$). Este dado aponta para a existência pelos clientes da perceção da necessidade de conteúdos específico do pensamento, baseados em sabedoria adquirida, em informação e/ou aptidões, que lhes possibilitassem desenvolver comportamentos que contribuíssem para o controlo da progressão da doença. Este facto realça a importância do desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, esperança e envolvimento na condição de saúde, complementadas com o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento dos enfermeiros, direcionadas para a resposta às necessidades vivenciadas pelos clientes com DPOC.

Os resultados apresentados realçam a importância dos clientes terem desenvolvido uma consciencialização da necessidade de “mudanças” antes, de desenvolverem conhecimento para a gestão do regime terapêutico. O desenvolvimento destes conhecimentos pode influenciar positivamente o controlo percebido pelo cliente sobre a gestão do regime terapêutico e, desta forma influenciar a sua intenção para adotar comportamentos que viabilizem uma melhor gestão da sua condição de saúde, ao longo do tempo.

Em síntese, os clientes mais vulneráveis, neste particular, são aqueles que ainda não desenvolveram uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança” e os que não estão envolvidos na gestão da condição de saúde. Estes são clientes mais vulneráveis e que necessitarão de outras estratégias de acompanhamento, talvez suportadas em modelos de “gestão de casos”³⁵².

Desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de inalação

O regime terapêutico dos clientes com DPOC é constituído por uma componente farmacológica e por uma componente não farmacológica. Relativamente à componente farmacológica, o conhecimento sobre a técnica de inalação assume especial relevância, dado que, uma parte significativa da terapêutica é disponibilizada por dispositivos de inaloterapia. Dada a pertinência do desenvolvimento de conhecimento sobre esta técnica, para a otimização da terapêutica inalatória, apresentaremos de seguida os resultados alcançados neste estudo.

Relativamente ao desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de inalação, verificamos uma taxa média de resolução dos diagnósticos de enfermagem neste domínio de 32,94%.

Neste âmbito, 71,7% dos clientes no início do acompanhamento, apresentavam necessidades de cuidados de enfermagem neste domínio.

Estes dados são particularmente preocupantes, quer no início da ação dos enfermeiros, quer no final do período de implementação da mudança. Estes resultados evidenciam a dimensão do desafio que estes clientes vivenciam no domínio cognitivo e, como veremos de seguida, instrumental. Desafio alicerçado na complexidade associada à utilização dos dispositivos de inaloterapia. Estes resultados permitem fundamentar, a percepção que os enfermeiros tinham sobre o que os clientes enfrentam para gerir com eficácia o regime terapêutico

medicamentoso.

Este dado torna-se ainda mais preocupante, quando verificamos que o tempo médio de acompanhamento dos clientes no CHP-HSA era de 6,89 anos ($SD\pm 4,52$; $Med.=6$; $Max.=31$; $Min.=1$; $Mo=4$).

Nestes clientes, a falta de conhecimento sobre a técnica de inalação condiciona o desenvolvimento da percepção da autoeficácia e, conseqüentemente, o controlo percebido sobre a evolução da condição de saúde, factos que podem influenciar negativamente a motivação para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos adequados a uma gestão eficaz do regime terapêutico.

Os clientes que iniciaram mais cedo (no internamento), a preparação sobre a técnica de inaloterapia, foram os que tiveram maior taxa de resolução dos respetivos diagnósticos de enfermagem ($r_s21=-0,563$; $p=0,01$). Este dado revela a importância da otimização da comunicação interprofissional e do “*timing*” de prescrição dos dispositivos de inalação no internamento. Estes dados revelam, também, o efeito positivo da mudança operada no domínio da comunicação interprofissional, e realçam a centralidade das necessidades de mudança que os enfermeiros identificaram.

Desenvolvimento de conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia

Relativamente ao desenvolvimento de conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia verificamos uma taxa média de resolução de diagnósticos de enfermagem neste domínio de 44,48%.

Nesta dimensão, foram identificadas necessidades de cuidados de enfermagem em 43,4% dos clientes.

Na análise do momento de início da ação terapêutica no internamento, verificamos em paralelo com os dados anteriores, que foram os clientes que iniciaram a ação terapêutica mais cedo, os que tiveram maior taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem neste domínio ($r_s22=-0,539$; $p=0,01$).

Os clientes que referiam viver sozinhos, tiveram menor taxa de resolução de diagnósticos neste domínio, no grupo do internamento ($p=0,019$). Este resultado pode evidenciar como a falta de suporte familiar, pode condicionar a disponibilização dos dispositivos de

inaloterapia, na medida em que estes dispositivos são adquiridos pelas pessoas significativas fora do hospital.

Este resultado alertou os enfermeiros para a necessidade de viabilizar a criação de um “banco” de amostras de dispositivos de inaloterapia no CHP-HSA, para a utilização em clientes de maior vulnerabilidade. A criação destes “bancos”, em articulação com a indústria farmacêutica e respeitando as questões éticas associadas, poderá trazer benefícios para todos os envolvidos.

Apresentados os resultados sobre o regime farmacológico, que ajudaram a descrever os desafios vivenciados pelos clientes para desenvolverem conhecimentos sobre a gestão do regime terapêutico, evoluímos para a apresentação de alguns resultados dos desafios vivenciados pelos clientes na gestão do regime terapêutico não farmacológico.

Neste particular, atribuímos especial relevância, dada a natureza da doença e do seu impacto no quotidiano dos clientes, ao desenvolvimento de conhecimento para o autocontrolo da dispneia.

Desenvolvimento de conhecimento para o autocontrolo da dispneia

Os clientes com DPOC, para controlarem os efeitos da doença sob os processos corporais e, em particular, sobre o processo respiratório, necessitam aprender estratégias para minimizar os efeitos físicos e emocionais da dispneia. O autocontrolo³⁵³ refere-se à adoção de comportamentos que contribuam para controlar o efeito da dispneia sob a capacidade de cuidarem do necessário para a sua própria manutenção; para se conservarem ativos, e para lidarem com as suas necessidades básicas e íntimas. Implica a aprendizagem de um conjunto de estratégias, como são exemplos: a dissociação dos tempos respiratórios; a respiração abdómino-diafragmática; e estratégias para minimizar a dispneia em diferentes posições corporais.

Relativamente ao desenvolvimento de conhecimento para o autocontrolo da dispneia, verificamos uma taxa média de resolução dos diagnósticos de enfermagem neste domínio de 25,52%. Neste domínio, foram identificadas necessidades de cuidados de enfermagem em 52,52% dos clientes avaliados.

Os resultados apurados, no contexto deste nosso estudo, revelam que é na consulta externa

que os clientes apresentam menor taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem ($p=0,011$), neste domínio. Este facto pode estar associado à intensidade da intervenção de enfermagem na consulta e, ao curto período de tempo de avaliação deste estudo.

Relativamente à intensidade da intervenção terapêutica na consulta externa verificamos, que esta era maior nos clientes, aos quais tinham sido disponibilizados os manuais de apoio ($r_{s26}=0,999$; $p=0,01$). Este dado pode indicar-nos, a utilidade percebida pelos enfermeiros na utilização dos recursos informacionais como estratégia para complementar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades nos clientes para gerir o regime terapêutico.

Em síntese, neste estudo verificamos uma baixa taxa de resolução das necessidades de cuidados de enfermagem sobre o conhecimento para a gerir o regime terapêutico. Os resultados apresentados realçam a importância da existência de linhas de orientação que permitam dar maior sistematização à ação de enfermagem e, a importância do acompanhamento destes clientes durante longos períodos de tempo.

Nesta dimensão, verificamos uma baixa taxa média de resolução dos diagnósticos de enfermagem, o que traduz os desafios que estes clientes vivenciam no desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico. A ausência de dados que nos permitam comparar o período antes, com o da mudança, é uma limitação desta discussão. Contudo, face à progressiva sistematização da ação dos enfermeiros que assistimos ao longo deste percurso, resulta claro, que a aquisição de conhecimentos destes clientes é influenciada positivamente pelo tempo de acompanhamento. Motivo pelo qual, atribuímos a baixa taxa de resolução diagnóstica obtida ao curto período de avaliação. Devemos realçar, também, que estes resultados são influenciados negativamente pelas idiosincrasias das linhas de orientação definidas. Linhas de orientação que preconizam o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, de esperança e envolvimento, antes do desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico. Ora, este facto, quando associado ao curto período de implementação pode explicar os resultados obtidos. Neste sentido, atribuímos maior relevância ao exposto, para efeitos desta análise, do que às possíveis limitações das linhas de orientação ou, das estratégias de ação desenvolvidas pelos enfermeiros. Esta discussão deve enformar outros estudos, que a

partir destas linhas, viabilizem a avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem nestas dimensões, por longos períodos de tempo.

5.4.11 – As capacidades para gerir o regime terapêutico

Esta dimensão das capacidades para gerir o regime terapêutico refere-se, à aquisição de domínio sobre atividades práticas que resultam do treino, da prática de determinados comportamentos relacionados com o autocontrolo da dispneia, com a técnica de inalação, com as técnicas de conservação de energia e com a gestão e o autocontrolo do stresse.

Relativamente à taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem na dimensão da capacidade para gerir o regime terapêutico verificamos, uma taxa média de 27,59% ($SD\pm 39\%$; $Med.=0\%$).

Neste âmbito, no início do acompanhamento, 80,8% dos clientes apresentavam necessidades de cuidados de enfermagem.

Os clientes acompanhados no internamento ($p=0,01$) e no grupo misto ($p=0,015$) apresentaram melhores resultados nesta dimensão, em comparação com os acompanhados no grupo da consulta.

No âmbito desta dimensão, os enfermeiros tiveram uma intensidade média de 1,6 ($SD\pm 1,5$; $Med.=1$) intervenções por dia e por diagnóstico identificado.

Os clientes com melhor resultado neste âmbito foram os que tiveram melhores resultados na dimensão do desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudanças” ($r_{s43}=0,626$; $p=0,01$).

No seguimento da estratégia já utilizada para a dimensão do conhecimento, apresentamos de seguida os resultados do desenvolvimento de capacidades para a gestão do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico.

Desenvolvimento de capacidades para realizar a técnica de inalação

Relativamente ao desenvolvimento de capacidades para realizar a técnica de inalação, verificamos uma taxa de resolução média dos diagnósticos de enfermagem neste domínio de 38,28% ($SD\pm 48,31\%$ $Med.=0\%$).

Neste domínio, foram identificados necessidades de cuidados de enfermagem em 58,58%

dos clientes.

Os resultados revelam, que é na consulta externa que os clientes apresentam menor taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem neste domínio, em comparação com o internamento ($p=0,028$).

Os clientes acompanhados no internamento, que iniciam a ação terapêutica mais cedo, eram os que tinham melhor taxa global de resolução dos diagnósticos de enfermagem ($r_s23=-0,494$; $p=0,05$).

Nos clientes acompanhados na consulta externa, os que iniciavam mais tarde a ação terapêutica neste domínio, eram os que tinham mais consultas externas ($r_s35=0,499$ $p=0,01$) e mais dias de acompanhamento ($r_s35=0,556$; $p=0,01$), dado relacionado com a natureza das linhas de orientação definidas e, com o envolvimento dos clientes na gestão da sua condição de saúde. As linhas de orientação definidas, apontavam para a necessidade de desenvolver uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, para a necessidade do cliente desenvolver esperança e envolver-se na gestão da sua condição de saúde, antes de iniciar o desenvolvimento de capacidades para lidar com a condição de saúde.

Desenvolvimento de capacidades para o autocontrolo da dispneia

Relativamente ao desenvolvimento de capacidades para autocontrolar a dispneia, verificamos uma taxa média de resolução dos diagnósticos de enfermagem neste domínio de 28,14%.

Neste domínio, 44,44% dos clientes avaliados, apresentavam no início do acompanhamento, necessidades de cuidados de enfermagem.

Os clientes com mais dias de internamento foram alvo da ação dos enfermeiros mais tarde ($r_s18=0,573$; $p=0,05$). Na consulta externa, os clientes que iniciaram mais tarde a ação terapêutica, foram os que tiveram maior número de consultas externas ($r_s25=0,503$; $p=0,05$) e maior número de dias de acompanhamento na consulta externa ($r_s25=0,535$; $p=0,01$).

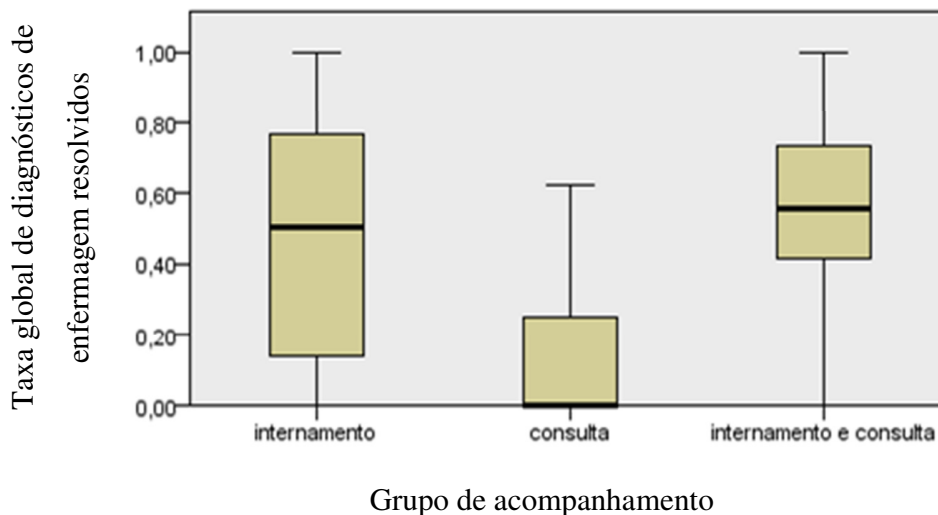
Estes dados revelam a importância do acompanhamento destes clientes ser feito durante períodos prolongados de tempo, dada a natureza do processo de desenvolvimento de competências para a gestão eficaz do regime terapêutico.

5.4.12 - Síntese do impacte da mudança na condição de saúde dos clientes

Neste período de implementação da mudança, os clientes tiveram uma taxa global de resolução dos diagnósticos de enfermagem de apenas 32,43% ($Med.=25\%$; $SD\pm34,78\%$).

No gráfico 3 podemos observar que os clientes acompanhados no grupo do internamento ($p<0,001$) e no grupo misto ($p<0,001$), têm maiores taxas globais de diagnósticos de enfermagem resolvidos, relativamente aos clientes, nesta fase, unicamente acompanhados no grupo da consulta externa.

Gráfico 3 - Distribuição da taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos pelos grupos de acompanhamento.



No final da implementação da mudança verificamos que, relativamente à distribuição de clientes pelas três fases da estratégia de implementação definida, vinte e oito clientes mantinham-se na primeira fase (desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudança”), sessenta clientes estavam na segunda fase e onze clientes estavam na terceira fase. Destes onze clientes que estavam na terceira fase, oito tinham resolvido a totalidade das suas necessidades de cuidados de enfermagem relativas à gestão do regime terapêutico.

Neste estudo, foi-nos possível perceber que os clientes com uma taxa global de resolução dos diagnósticos de enfermagem mais alta, foram os que tiveram mais dias de acompanhamento ($r_{,99}=0,329$; $p=0,01$). Estes dados permitem clarificar a importância da ação dos enfermeiros, da otimização dos episódios de internamento e, a relevância de dar

tempo aos clientes para desenvolverem as competências para gerir com eficácia o regime terapêutico.

No seguimento dos resultados já apresentados, eram os clientes do grupo do internamento ($p=0,001$) e do grupo misto ($p<0,001$) os que apresentavam resultados superiores à mediana em comparação com os do grupo da consulta.

Deste estudo, emerge como requisito fundamental para o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico, o desenvolvimento de uma consciencialização da necessidade de “mudanças”. Consciencialização que pode ser influenciada, positivamente, pela vivência de um evento que na perspetiva do cliente, seja suficientemente importante e significativo para iniciar o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico e, por uma maior sistematização da ação de enfermagem. Desenvolvida a consciencialização da necessidade de “mudanças”, os enfermeiros devem direcionar a sua intervenção para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais nos clientes, o mais cedo possível, otimizando o tempo de internamento e assegurando a continuidade de cuidados em articulação com a consulta externa, com os centros de saúde e/ou com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

No estudo desenvolvido, os casos em que as intervenções de enfermagem foram implementadas mais “cedo” foram, também, os que tiveram taxas de resolução dos diagnósticos de enfermagem mais altas.

5.5 – O impacte da mudança sobre a utilização dos serviços de saúde

Na análise dos resultados da utilização dos serviços disponibilizados pelo CHP-HSA verificamos que, três meses após o início do acompanhamento, 20,2% ($n=20$) dos clientes referiram ter tido a necessidade de aceder a informação disponibilizada pelo enfermeiro através do telefone para clarificar dúvidas. A maior parte dos clientes referiram ser muito fácil ou fácil o acesso à informação disponibilizada pelo enfermeiro através do recurso ao telefone. A larga maioria dos clientes referiu ser muito fácil agendar consultas com o enfermeiro. Estes são traços importantes do avanço da qualidade do acesso aos cuidados de enfermagem, por parte dos clientes com DPOC, à escala do CHP-HSA.

Destes vinte clientes, dezassete tiveram necessidade de procurar a ajuda do enfermeiro para

além das consultas agendadas. A larga maioria referia ser fácil ou muito fácil agendar uma consulta extra, com o enfermeiro.

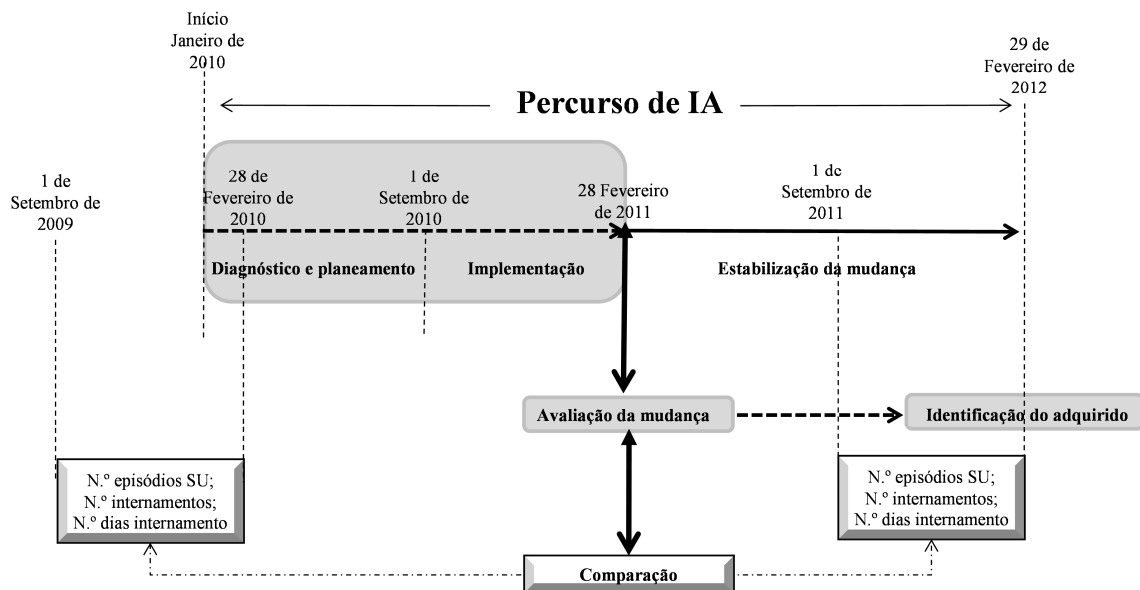
Os dados apresentados revelam que os clientes que desenvolveram uma consciencialização promotora da necessidade de “mudança”, que estavam envolvidos na gestão da condição de saúde e que percecionavam o suporte profissional, eram os que procuravam voluntariamente os profissionais de saúde, sempre que achavam necessário. Esta atitude ajuda-nos a definir, que clientes com estas características necessitam de uma menor intensidade de acompanhamento dos enfermeiros, sendo necessário contudo, garantir a acessibilidade aos serviços de saúde.

Relativamente à marcação de consultas médicas, 33,3% dos clientes referiram, a necessidade de procurar ajuda do médico para além das consultas agendadas. Destes, a grande maioria refere ser fácil tal agendamento.

Para a avaliação do impacte da mudança sobre a condição de saúde e a conseqüente utilização dos serviços do CHP-HSA, utilizamos a comparação do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, o número de internamentos e o número de dias de internamento entre períodos homólogos de tempo, antes e após a implementação da mudança. Utilizamos estes indicadores por serem os mais utilizados na literatura e porventura os que mais podem influenciar a decisão das instituições de saúde.

Relativamente aos períodos analisados, estes são justificados pela influência sazonal das condições ambientais sobre as exacerbações da DPOC. Assim, procedemos à comparação destes indicadores, relativos ao período de seis meses compreendido entre 1 de setembro de 2009 a 28 de fevereiro de 2010, com os indicadores do período compreendidos entre 1 de setembro de 2011 a 29 de fevereiro de 2012, período no qual consideramos a mudança estabilizada. Realçamos que a mudança foi implementada entre 1 de setembro de 2010 e 28 de Fevereiro de 2011 (figura 12).

Figura 12 - Avaliação dos resultados do impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes



Os dados utilizados foram disponibilizados pelo serviço de SI do CHP-HSA e referem-se aos mesmos clientes avaliados durante a implementação da mudança.

Para assegurarmos a fiabilidade dos dados, procedemos à confirmação para todos os clientes da existência de óbitos. Para realizar esta confirmação, procedemos à verificação para todos os clientes, da existência de algum contacto com o CHP-HSA entre 1 de janeiro de 2012 e 29 de fevereiro de 2012. Nos casos em que não se verificou a existência de contacto e, a ausência da informação de óbito, procedeu-se ao contacto telefónico com os clientes. No total, entre 1 de setembro de 2010 e o dia 29 de Fevereiro de 2012, faleceram seis clientes, motivo pelo qual, apenas procedemos à análise comparativa em noventa e três casos.

Na análise do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, do número de internamentos e do número de dias de internamento, foi-nos possível observar a ausência de diferenças com significado estatístico, na comparação entre o período “um ano antes da implementação da mudança” e o período “um ano após a implementação da mudança” (período em que a mudança se encontrava, na nossa opinião, estabilizada).

Na tabela 17, descrevemos a média do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, número de internamentos e dias de internamento, um ano antes e um ano após a implementação da mudança.

Tabela 17 – Comparação do valor médio do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, número episódios de internamentos e dias de internamento, um ano antes e, um ano após a implementação da mudança

	Episódios de urgência			Episódios de internamento			Dias de internamento		
	<i>Média</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>	<i>Média</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>	<i>Média</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>
Um ano antes	1,43	1,5	1	1,38	0,5	1	11,08	10,11	8,5
Um ano após	1,85	1,89	1	1,36	0,9	1	11,86	8,19	12

Na tabela 17, observamos um ligeiro aumento do número médio de episódios de recurso ao serviço de urgência, na comparação entre o período antes e o período após a implementação da mudança. Relativamente ao número médio de episódios de internamento e ao número de médio de dias de internamento, estes mantiveram-se sobreponíveis.

Na comparação do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, verificamos que vinte e sete clientes tiveram mais episódios de recurso ao serviço de urgência, cinco clientes tiveram o mesmo número e, vinte e um clientes tiveram menos episódios de recurso ao serviço de urgência.

Na comparação do número de episódios de internamento, verificamos que dezasseis clientes tiveram mais episódios de internamento, três tiveram o mesmo número, e nove tiveram menos episódios de internamento, verificando-se que os clientes com mais episódios de recurso ao serviço de urgência tiveram maior número de episódios de internamento ($r_{s21}=0,564$ $p=0,01$).

Dos clientes com mais episódios de recurso ao serviço de urgência e mais internamentos, verificamos, a existência de hábitos tabágicos ativos, que vivem sozinhos, com baixos recursos económicos, que utilizam OLD, clientes com mais de duas comorbilidades. Estes eram, também, casos com baixas taxas de resolução dos diagnósticos de enfermagem; nomeadamente clientes que, no final do período de implementação da mudança, ainda não tinham desenvolvido uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudanças” e que ainda não estavam envolvidos na gestão da condição de saúde. Estes dados apontam-nos para os clientes com maior vulnerabilidade, mesmo após implementada a mudança na prática clínica. Serão clientes desafiantes, que exigirão modelos de acompanhamento mais intensos, ancorados em lógicas de “gestão de casos”, eventualmente no contexto da RNCCI.

Dos clientes com menos episódios de recurso ao serviço de urgência e menos internamentos verificamos que, tinham desenvolvido uma consciencialização facilitadora da “mudança”, estavam envolvidos na gestão da condição de saúde, tinham esperança, apresentavam uma perceção positiva da autoeficácia para a gestão do regime terapêutico e perfis de autocuidado tendencialmente responsáveis.

Os dados aqui apresentados assumem especial relevância, quando as entidades que a nível nacional se ocupam desta problemática identificam o desenvolvimento de competências de autocuidado nestes clientes, como uma das estratégias para controlar a progressão da doença e para a otimização dos custos dos cuidados de saúde. Estes dados traduzem a importância da ação dos enfermeiros neste domínio, e o impacto que uma maior sistematização da ação de enfermagem pode ter sobre a condição de saúde e sobre a utilização dos serviços de saúde.

A sistematização das linhas de ação dos enfermeiros, neste domínio, pode ser um contributo efetivo, para o desenvolvimento nos clientes, de um repertório de recursos que viabilizem o desenvolvimento de perceção da autoeficácia na gestão da condição de saúde. O desenvolvimento da perceção da eficácia para gerir o regime terapêutico pode ter influência positiva sobre a motivação para a adoção de comportamentos compatíveis com uma gestão eficaz do regime terapêutico, ao longo do tempo. Estes comportamentos podem viabilizar um melhor controlo da progressão da doença e a manutenção/reaquisição da autonomia no autocuidado.

Os resultados da ação dos enfermeiros, neste domínio, podem ter repercussões positivas na condição de saúde dos clientes e, conseqüentemente, na racionalização dos custos dos cuidados de saúde.

A disponibilização de uma maior sistematização da ação de enfermagem pode, como o estudo demonstrou, “não ter” custos associados, exigindo unicamente, intenção, envolvimento e participação dos diferentes atores. O estudo permitiu clarificar que uma maior sistematização da ação, uma melhor organização e gestão dos cuidados podem ter impacto potencialmente positivo sobre o consumo dos recursos de saúde.

5.6 - Discussão dos resultados do percurso de mudança

A promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC é um desafio que se coloca aos profissionais de saúde e aos enfermeiros, em particular. Ao longo deste trajeto de IA, abordamos este desafio como uma oportunidade para a implementação de mudanças na prática clínica, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados. A implementação e a estabilização da mudança na prática clínica, é um processo demorado e sujeito à influência de múltiplos fatores, quer de natureza pessoal dos enfermeiros quer organizacionais.

O trajeto desenvolvido alicerçou-se no modelo II de Argyris & Schon³⁵⁴ e, em estratégias já utilizadas por Silva³⁵⁵ e por Sousa³⁵⁶, estratégias que viabilizaram o envolvimento e o comprometimento interno dos enfermeiros.

A magnitude da mudança operada, encontra reduzida expressão no número de clientes avaliados durante a implementação da mudança (n=99). Todavia, traduz-se na passagem de uma quase ausência da representação da problemática do autocuidado - gestão do regime terapêutico na documentação dos enfermeiros antes da mudança, para um progressivo aumento dos dados documentados relativos ao fenómeno, fruto da sua incorporação no quotidiano do exercício profissional dos enfermeiros, à escala do contexto estudado.

No modelo de cuidados em uso, assistimos a um avanço no processo de diagnóstico, intervenção, avaliação e na continuidade dos cuidados. Avanço sustentado, também, na disponibilização de recursos informacionais adequados às necessidades, às preferências e à literacia dos clientes. O modelo de cuidados em uso evoluiu de uma lógica, essencialmente, assente na gestão de sinais e sintomas da doença, para uma abordagem mais centrada nas transições vivenciadas pelos clientes, orientada para o desenvolvimento das competências para gerir do regime terapêutico.

O percurso desenvolvido viabilizou a implementação de mudanças na organização dos cuidados, das quais destacamos, as direcionadas à facilitação da continuidade dos cuidados. Neste particular, a reorganização funcional da consulta de enfermagem demonstrou-se um desafio, mas constitui-se como uma das maiores mudanças implementadas. Mudança que teve impacto intraprofissional, interprofissional e na organização da instituição. Esta mudança criou, ao nível institucional, um referencial para o desenvolvimento da ação de

enfermagem no ambulatório. Por esta via foi possível aos enfermeiros, contemplar as múltiplas potencialidades deste espaço, para ajudar os clientes com doença crónica a desenvolverem competências para a autogestão da condição de saúde.

As mudanças na organização dos cuidados também permitiram o aumento da acessibilidade aos cuidados; realidade para a qual a disponibilização de um contacto telefónico dedicado para estes clientes foi um ganho significativo, não se restringindo essa melhoria de acessibilidade, à disponibilização do enfermeiro para o contacto presencial. Este facto revela, uma intenção de aproximação dos cuidados ao cliente, baseada na facilitação da acessibilidade dos clientes aos serviços de saúde e à informação necessária, para efeitos da gestão do regime terapêutico.

A mudança implementada alicerçou-se numa aprendizagem em circuito duplo³⁵⁷, e nos pressupostos da aprendizagem organizacional, viabilizando o estabelecimento de novas prioridades para a ação dos enfermeiros; e a atribuição de nova importância aos factos e às variáveis envolvidas na promoção da gestão do regime terapêutico. As estratégias implementadas contribuíram para a criação de novos valores, regras, princípios orientadores e critérios a considerar no processo de tomada de decisão para a resolução dos desafios colocados.

As estratégias implementadas permitiram controlar alguns dos fatores identificados na literatura, como obstáculos à implementação de linhas de orientação na prática clínica. Destes, destacamos a ausência de duplicação da documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, a integração das linhas de orientação da ação no fluxo de cuidados, o desenvolvimento pelos enfermeiros do “sentimento de pertença” e de controlo sobre a evolução do processo.

Na revisão da literatura, e ao contrário do observado no nosso estudo, verificamos que noutros contextos e grupos profissionais, tem emergido a problemática da fraca vinculação com a implementação de “*guidelines*” na prática clínica, por parte dos atores locais. Este estudo realça a importância do envolvimento e da promoção do comprometimento interno ao nível individual e organizacional, para o sucesso das mudanças.

Relativamente ao desenvolvimento da aprendizagem em circuito duplo e à sua divulgação, não podemos deixar de referir que os manuais de apoio ao cliente, desenvolvidos, foram

adotados em 2012, num programa nacional de uma indústria farmacêutica, tendo sido editados e distribuídos numa primeira fase quarenta mil exemplares, em hospitais e centros de saúde a nível nacional (anexo 20).

Este trajeto de IA foi condicionado pelas limitações temporais inerentes ao trajeto académico que o sustenta. Pelo exposto, não podemos deixar de realçar, que o acompanhamento destes clientes e a resolução das suas necessidades de cuidados de enfermagem, não podem ser devidamente avaliados ou “medidos”, em tão curto espaço de tempo.

Os resultados do impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes, devem ser encarados como uma contemplação dos potenciais benefícios de uma maior sistematização da ação dos enfermeiros.

O nível de especificação adotado para a descrição dos conteúdos e das estratégias de ação agregaram complexidade, à sua implementação na prática clínica e à sua documentação. Mas, em simultâneo, contribuíram, para o desenvolvimento do conhecimento individual e organizacional.

Nesta discussão, devemos agora, reter-nos sobre a impossibilidade de alguns clientes se deslocarem à consulta de enfermagem. Para este efeito, devemos realçar que dos vinte e nove clientes do grupo do internamento, vinte e seis tinham indicação ou critérios para utilizarem a consulta externa de enfermagem, facto que não se verificou.

Estes clientes eram os que tinham maior número de comorbilidades associadas e eram os mais velhos. Este facto pode justificar uma condição de saúde mais complexa, em comparação com a dos restantes grupos, o que associado a outros fatores, como a maior dependência no autocuidado, a intolerância à atividade, a falta de suporte familiar e a existência de baixos recursos económicos (para custear o transporte) pode justificar, a não utilização do acompanhamento na consulta externa de enfermagem.

A dependência nas atividades de autocuidado, a intolerância à atividade e o perfil socioeconómico da população estudada, associados à legislação (em vigor em 2010-2011, que fazia depender a justificação do pagamento do transporte da justificação médica) constituíram-se como condicionalismos negativos da continuidade dos cuidados de enfermagem, entre o internamento e a consulta externa.

Dada a complexidade da condição de saúde destes clientes, e os critérios para a sua referenciação hospitalar, torna-se inevitável o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento geridas a partir do hospital, em interação com os restantes parceiros do SNS.

Centrados na necessidade de assegurar a continuidade de cuidados a estes clientes, emerge como fundamental, desenvolver uma nova solução. A discussão desta nova solução deve ser realizada em dois níveis.

Um primeiro, centrado na conceção de uma estratégia organizacional integrada, que vise o desenvolvimento de uma resposta estrutural à problemática da gestão da doença crónica na área de influência do CHP-HSA. Estratégia esta baseada na adoção de um modelo de gestão organizacional, com a integração de múltiplos contextos de cuidados (cuidados saúde primários/hospitalares). Esta estratégia poderia contribuir para a facilitação da articulação, coordenação e para a continuidade dos cuidados, à luz daquilo que já acontece noutras realidades (Unidades Locais de Saúde).

Um segundo, centrado na organização interna da instituição e na necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados. A continuidade dos cuidados pode ser viabilizada pela otimização da referenciação destes clientes para as estruturas já existentes (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -RNCCI), através da inclusão dos clientes com DPOC com maior vulnerabilidade, nos processos de referenciação para a equipa de gestão de altas. De acordo com as evidências que emergem deste estudo, poderiam ser critérios a considerar na referenciação de alguns destes casos:

- Clientes que vivam sozinhos;
- Clientes com baixos recursos económicos;
- Clientes com estilos de gestão do regime terapêutico do tipo “abandonado” ou negligente;
- Clientes com baixa perceção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico;
- Clientes com maiores dificuldades de aquisição de capacidades para gerirem o regime terapêutico, à escala do hospital.

Atendendo às limitações dos recursos financeiros existentes, devemos considerar o custo da implementação e manutenção deste novo critério de acesso à RNCCI. O custo inerente a

esta alteração pode ser balanceado, pela diminuição do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, pela redução do número de internamentos, pela redução do número de consultas médicas e de enfermagem agendadas e não utilizadas pelos clientes.

Relativamente ao cliente e à sociedade, clientes com melhor condição de saúde, que desenvolvem perceção do suporte profissional e competências para a gestão do regime terapêutico, podem manter um maior nível de funcionalidade e, potencialmente, maior qualidade de vida. Estes factos poderão reduzir a estigmatização social, evitar o isolamento e reduzir o impacte da condição de saúde do cliente sobre a família, nomeadamente no potencial da família gerar rendimento a partir do trabalho.

Discutidos os resultados centrados na mudança na prática clínica, evoluímos para a discussão do impacte da mudança sobre a condição de saúde dos clientes.

Os resultados deste estudo indicam-nos que clientes que desenvolvem uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, que se envolvem na gestão da condição de saúde e que têm esperança, são os que desenvolvem mais rapidamente as competências para uma gestão eficaz do regime terapêutico.

Neste estudo, os resultados do grupo de clientes acompanhados na consulta são inferiores aos dos restantes clientes. Estes resultados podem encontrar justificação no reduzido número de consultas frequentados pelos clientes e, também, nas condições sobre as quais as consultas, ainda, são realizadas.

O acompanhamento na consulta externa é influenciado negativamente por fatores extrínsecos aos clientes. Estes fatores estão associados ao tempo disponível para a consulta, ao stresse psicológico e fisiológico a que o cliente é exposto, pela necessidade de coordenar as atividades de autocuidado, com a deslocação ao hospital e a disponibilidade para apreender.

As consultas em ambulatório encerram um enorme potencial para o desenvolvimento de perceção da disponibilidade dos recursos profissionais, e para o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico. Contudo, os fatores expostos podem reduzir a sua efetividade.

Pelo exposto, a definição de outras soluções para o acompanhamento destes clientes podem

potenciar a sua efetividade. Estas soluções podem alicerçar-se no desenvolvimento de grupos de autoajuda³⁵⁸, no desenvolvimento de cenários controlados, para o desenvolvimento de estratégias adaptativas para o autocuidado e, para o controlo de situações de dispneia e de exacerbações da doença³⁵⁹.

Na primeira fase da IA já tínhamos verificado que, estratégias de promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC eram efetivas: na redução do número de exacerbações; na redução do número de hospitalizações; possivelmente, na redução da mortalidade; e no aumento da qualidade de vida^{360,361,362}. Atualmente, a evidência aponta para que programas com uma estrutura baseada num modelo teórico³⁶³ e que sejam centrados em dois ou mais componentes (a articulação dos recursos de saúde da comunidade e hospitalar; suporte para a promoção da gestão do regime terapêutico; facilitação do acesso dos clientes aos serviços; na disponibilização de sistemas de apoio à decisão aos profissionais; e na utilização de sistemas de informação)³⁶⁴ possam ser, mais efetivos na promoção da gestão do regime terapêutico. Contudo, a clarificação do seu custo-efetividade continua a necessitar de melhor evidência^{365,366}. Tínhamos ainda, identificado três indicadores consensuais de monitorização do impacte deste tipo de programas: as admissões/readmissões hospitalares; o conhecimento dos clientes e a satisfação com os cuidados prestados³⁶⁷. No nosso estudo, apenas avaliamos o número de episódios de recurso ao serviço de urgência, o número de internamentos e o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para a gestão do regime terapêutico.

No particular dos resultados verificados nas dimensões ou domínios do “conhecimento” e das “capacidades” dos clientes para gerirem o seu regime terapêutico, verificamos “baixas” taxas de resolução dos diagnósticos de enfermagem inscritos naqueles domínios. Contudo, somos levados a considerar nesta discussão alguns aspetos. O primeiro, que a mudança operada viabilizou a sua identificação, a criação de condições para a sua monitorização e a passagem de uma ação de enfermagem quase inexistente nesses domínios para a agora apresentada.

O segundo aspeto, associado à necessidade destes indicadores serem monitorizados por períodos de tempo mais alargados, principal limitação identificada neste estudo.

O terceiro aspeto, prende-se com a natureza do processo de desenvolvimento de

competências que estes clientes estavam a vivenciar e, para o qual, o fator tempo é fundamental. Motivo pelo qual resulta claro deste estudo, que estes clientes devem ser acompanhados por longos períodos de tempo, variando a intensidade de acompanhamento em função das necessidades dos clientes. Acompanhamento que, pela natureza da mudança operada, viabilizou a realização nestes clientes (n=99), de mais cento e quarenta e quatro consultas de enfermagem (n=144), até 29 de fevereiro de 2012 (1 ano após terminada a implementação).

O quarto aspeto, associado à natureza do processo desenvolvido, à natureza das intervenções implementadas e à evolução necessária no modelo de cuidados, na organização e na documentação. A dimensão da mudança planeada e implementada e a sua manutenção ao longo do tempo levam-nos a afirmar que, os resultados dos indicadores/dimensões apresentados representam apenas, uma contemplação do potencial de impacte da mudança sobre os clientes, sobre a organização e sobre a otimização dos cuidados de saúde.

A taxa de resolução das principais dimensões dos diagnósticos de enfermagem estudados reflete, ainda, uma realidade que não podemos deixar de realçar: o da existência de um elevado nível de especificação no diagnóstico diferencial de enfermagem.

Este elevado nível de especificação e a existência de critérios de resultado (ex.: assegurar que no internamento durante pelo menos quarenta e oito horas os clientes continuavam a apresentar o resultado esperado e, na consulta durante pelo menos dois episódios de consulta – ver anexo 8), poderá contribuir para os resultados apresentados. Contudo, este nível de especificação e os critérios adotados agregaram maior rigor ao processo de tomada de decisão do enfermeiro e, realçam a necessidade de tempo para que os enfermeiros possam ser mais significativos para ajudar os clientes a desenvolverem competências neste domínio.

Os dados que apresentamos revelam uma realidade muito preocupante sobre a utilização dos dispositivos de inaloterapia, indicando-nos que muito existe ainda por fazer, para ajudar os clientes a otimizarem a utilização dos fármacos. Neste sentido e no contexto do estudo, a generalização da utilização de câmaras expansoras pode revelar-se, como uma estratégia fulcral para a otimização das competências individuais dos clientes^{368,369}.

Na avaliação do impacto da mudança sobre a condição de saúde dos clientes, utilizamos alguns indicadores como: a percepção da autoeficácia; a dependência no autocuidado; e a intolerância à atividade.

Relativamente à percepção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico, cerca de 77% dos clientes apresentavam no final de três meses de acompanhamento uma “percepção de autoeficácia” positiva ou alta. Este dado pode ser revelador da efetividade da ação de enfermagem na promoção da gestão do regime terapêutico nestes clientes; o que evidencia, as potencialidades das linhas de orientação definidas e implementadas.

Neste estudo os clientes apresentavam uma elevada dependência no autocuidado e intolerância à atividade, consequência da degradação dos processos corporais associados à progressão da doença e à incapacidade de sozinhos desenvolverem e implementarem estratégias adaptativas para assegurar o autocuidado.

Utilizamos dois instrumentos, um para avaliar a dependência no autocuidado e outro para avaliar a intolerância à atividade, ao contrário de outros estudos onde apenas utilizam um instrumento^{370,371}, optando por não utilizar os definidos pela DGS³⁷², por não darem resposta às necessidades identificadas.

A utilização de dois instrumentos com os mesmos itens de avaliação embora, um centrado na dependência e outro na intolerância para as atividades do autocuidado, tinha por objetivo, perceber a influência da intolerância à atividade sobre a dependência no autocuidado. Optamos por esta estratégia, tendo por base a possibilidade de clientes que desenvolveram estratégias adaptativas eficazes para o autocuidado durante o período de progressão da doença, poderem apresentar maior autonomia no autocuidado, com menor intolerância à atividade.

Os dados do estudo revelam o potencial de muitos clientes para desenvolverem mais e melhores estratégias adaptativas para minimizarem os efeitos da doença no autocuidado. Neste estudo, verificamos que uma das estratégias adaptativas mais utilizadas pelos clientes, era a de deixar de desempenhar as atividades para as quais apresentavam maior falta de energia, o que tem consequências negativas ao nível da interação social, profissional e familiar.

Na análise da dependência global no autocuidado, cerca de 85% dos clientes dependiam da

ajuda de pessoas para andar. Este facto está intimamente associado com a diminuição da massa e da força muscular nos membros inferiores, em resultado das alterações sistémicas da doença e/ou do efeito da diminuição da atividade física sobre os processos corporais³⁷³. Alterações que, progressivamente, reduzem a capacidade do cliente para andar. Este dado revela a importância de direcionar a ação dos enfermeiros para ajudar os clientes, por antecipação, a desenvolverem competências para prevenir a degradação dos processos corporais ou, quando instalados os compromissos dos processos corporais, desenvolverem estratégias adaptativas que otimizem a sua autonomia.

A síntese da avaliação da mudança

As estratégias utilizadas para viabilizar o planeamento e implementação da mudança permitiram observar evoluções no modelo de cuidados em uso, na organização dos cuidados e na documentação.

O modelo de cuidados em uso no final da implementação do percurso de mudança realça, uma mudança substantiva na intenção dos enfermeiros para os cuidados.

A mudança operada no modelo de cuidados evidencia uma ação de enfermagem “mais avançada”. Ação de enfermagem alicerçada na condução dos objetivos da ação para: o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”; o envolvimento dos clientes na gestão da condição de saúde; o desenvolvimento de esperança; e para a integração na conceção de cuidados de condicionalismos internos ao cliente, que condicionam o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico.

O modelo de cuidados em uso refletiu, no final da implementação, um quadro concetual explícito, com a definição de linhas de orientação da ação e da avaliação. Este modelo de cuidados integrou, um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento na ação de enfermagem. O modelo de cuidados adota métodos de ajuda centrados na promoção de um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e de métodos de ensinar. Este modelo de cuidados utiliza estratégias de ação de enfermagem que recorrem, entre outras, à utilização de recursos informacionais em suporte de papel e de vídeo.

O modelo de cuidados, no final da implementação da mudança, revelou a evolução de uma lógica quase essencialmente substitutiva (antes da mudança), para uma lógica de promoção do desenvolvimento das competências dos clientes para serem mais autónomos e

competentes na gestão do seu regime terapêutico.

Na organização dos cuidados existe uma dinâmica de partilha de informação entre os enfermeiros (no internamento), entre os enfermeiros e os médicos e, entre o espaço de internamento e da consulta. Esta dinâmica de partilha de informação viabiliza e promove a continuidade de cuidados.

No final da implementação da mudança, ficou disponível uma consulta de enfermagem com recursos humanos e espaço físico adequados às solicitações clínicas.

A mudança na documentação dos cuidados foi garantida pela otimização da parametrização e utilização do SIE do internamento e pela implementação de um SIE (em suporte eletrónico) na consulta. Mudanças que concorreram para a continuidade de cuidados e monitorização dos resultados de enfermagem. A evolução da documentação do fenómeno em estudo representa uma mudança substantiva no internamento. Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem na consulta, assistimos a uma evolução, da ausência de documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, para os resultados agora apresentados.

A evolução no modelo de cuidados em uso, na organização e na documentação de enfermagem, viabilizam, agora, a monitorização e continuidade dos cuidados de enfermagem no domínio do autocuidado - gestão do regime terapêutico.

O percurso de mudança permitiu aos enfermeiros, definir e operacionalizar a produção de um conjunto de indicadores, que permitem monitorizar a evolução do desenvolvimento das competências dos clientes com DPOC, para gerirem o regime terapêutico.

A mudança implementada teve impacto na condição de saúde dos clientes. Os clientes que desenvolveram uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, acabam por ser os que mais se envolveram na gestão da condição de saúde e que desenvolveram mais esperança. Estes clientes, em linha com os pressupostos teóricos do modelo explicativo da teoria das transições com relevância para a enfermagem, proposto por Meleis e colaboradoras (2000), são aqueles que acabam por desenvolver mais conhecimentos e capacidades para gerir o seu regime terapêutico.

Realçamos que, o desenvolvimento e implementação de estratégias sistematizadas da

promoção da gestão do regime terapêutico, assentes em estratégias de promoção da participação, do comprometimento interno dos enfermeiros e, na articulação efetiva entre instituições de cuidados de saúde e de ensino, revelam potencial para influenciar positivamente a capacidade dos clientes para, neste caso, gerir o seu regime terapêutico.

A mudança operada e os resultados verificados permitiram contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no contexto estudado. Esta melhoria foi alcançada pela maior sistematização da ação de enfermagem.

A avaliação da mudança permitiu aferir resultados satisfatórios, face às oportunidades e às estratégias planeadas e implementadas. A avaliação realizada pelos enfermeiros expressou a sua satisfação com o percurso desenvolvido e com a resposta adequada às expectativas geradas no grupo. *“...Agora sinto que o que fazemos está de acordo com o que devíamos fazer, estamos preparados, temos recursos, os cuidados têm um objetivo que todos partilhámos e assim é muito melhor para os doentes...”* (NC97).

A avaliação da mudança sobre as respostas às questões de investigação permitiu identificar os principais elementos da prática clínica de enfermagem que, à escala do contexto estudado, foram melhorados e que contribuíram para o desenvolvimento de competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC. Estes elementos organizaram-se em torno das linhas de orientação definidas e que viabilizaram o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”, o envolvimento dos clientes na gestão da condição de saúde, a promoção da esperança, e o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico.

Relativamente às mudanças que se revelavam prioritárias, ao nível das estratégias organizacionais, em uso no contexto, planeamos e implementamos estratégias alicerçadas em três eixos fundamentais: o modelo de cuidados em uso; a organização dos cuidados e a sua documentação. Mudanças que se constituíam como essenciais para aportar maior sistematização à ação dos enfermeiros, no domínio em estudo.

Relativamente aos principais elementos da prática clínica de enfermagem que, à escala do contexto do estudo, podiam ser melhorados, de forma a promover as competências de autocuidado - gestão do regime terapêutico dos clientes com DPOC, desenvolvemos estratégias e implementamos soluções no domínio da conceção de cuidados.

Desenvolvemos linhas de orientação da ação de enfermagem, suportadas por estratégias de intervenção e por elementos facilitadores da aprendizagem dos clientes, como são exemplos os recursos informacionais desenvolvidos em suporte de papel, vídeo e voz. Em paralelo, criamos as condições que viabilizam a monitorização dos resultados e ganhos em saúde, no âmbito do domínio em estudo.

As linhas de orientação desenvolvidas enformam um modelo de cuidados “iluminado” por um quadro concetual explícito alicerçado no conceito de autocuidado de Orem³⁷⁴, recorrendo à teoria de médio alcance das transições com relevância para a enfermagem, proposto por Meleis e colaboradoras^{375,376,377}. Modelo de cuidados em uso que reflete, agora, aspetos de uma enfermagem mais avançada³⁷⁸.

O modelo de cuidados em uso integra um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento na ação de enfermagem e, a adoção de métodos de ajuda de enfermagem centrados na promoção de um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, e na utilização de métodos de ensinar (Cfr. Orem, 1993), direcionado para a promoção do desenvolvimento das competências dos clientes para gerirem o seu regime terapêutico.

A otimização do SIE permitiu uma melhor tradução do modelo de cuidados em uso, com resultado efetivo na documentação dos cuidados de enfermagem.

Relativamente às mudanças que se revelaram como prioritárias, ao nível das estratégias organizacionais em uso no contexto, identificamos e intervimos na reorganização funcional da consulta de enfermagem e na comunicação intra e interprofissional.

Neste percurso emergiu a necessidade de assegurar a produção e disponibilização de informação relevante para a continuidade de cuidados. Neste sentido, foram desenvolvidos um conjunto de estratégias que viabilizaram a otimização da partilha de informação entre contextos e entre profissionais de saúde.

Para assegurar a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no domínio em estudo, tornou-se necessário (re) parametrizar o SIE do internamento, e colaborar na parametrização e implementação de um SIE na consulta.

Relativamente às mudanças organizacionais que se revelavam como prioritárias para promover a ação dos enfermeiros, devemos ainda, realçar a mudança de paradigma adotada

para a formação em serviço, através da reorientação da gestão de horas para a formação dos enfermeiros, aspeto que viabilizou a criação de espaços para reflexão e discussão em contexto de reunião.

5.7 – As estratégias que sustentaram a mudança e a expansão dos domínios de ação dos enfermeiros

A DPOC é uma doença crónica potencialmente progressiva, cuja prevalência tende a aumentar nas próximas décadas³⁷⁹. A DPOC evolui entre fases de exacerbação e controlo³⁸⁰. Controlo intimamente dependente de uma gestão eficaz do regime de terapêutico. O regime terapêutico adotado no controlo da DPOC³⁸¹ encerra alguma complexidade. A OMS estima que, a prevalência desta doença tenda a aumentar nas próximas décadas, associada às condições ambientais interiores e exteriores e ao previsível impacte das medidas estratégicas adotadas.

A evidência demonstra que o desenvolvimento de estratégias farmacológicas “per si”, não é suficiente para o controlo da progressão da doença. As diversas organizações internacionais e nacionais que se ocupam desta problemática, têm colocado especial ênfase na necessidade de ajudar os clientes a desenvolverem a capacidade de autocuidado e de controlo da doença^{382,383,384}. Esta capacidade alicerça-se no desenvolvimento de competências de autocuidado nos próprios clientes, o que torna evidente a centralidade do exposto para a disciplina e para a profissão de enfermagem.

Neste sentido, o percurso desenvolvido teve como finalidade contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, alicerçada no desenvolvimento de uma ação de enfermagem progressivamente mais sistematizada.

O percurso desenvolvido, teve por base a necessidade percebida pelos enfermeiros de darem maior sistematização à sua ação, para otimizar o potencial dos clientes com DPOC para gerirem o regime terapêutico.

Neste percurso, pela necessidade de produzir mudanças em contextos concretos, e tendo em consideração o carácter de dualidade do envolvimento dos investigadores na investigação e nos próprios processos de mudança, a investigação-ação apresentou-se como a opção

metodológica mais adequada para a concretização do estudo. O percurso de IA viabilizou a agregação de maior sistematização à ação dos enfermeiros, na promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC.

Para o sucesso da mudança implementada, revelou-se como fundamental a parceria estabelecida entre a instituição de ensino e de cuidados. Este tipo de parcerias pode viabilizar a criação de um clima organizacional, e as circunstâncias individuais (investigador principal/enfermeiros) que permitam desenvolver um percurso dirigido ao avanço da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ambiente propício ao desenvolvimento de todos os atores na conceção e implementação de mudanças na prática clínica, direcionadas à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As lideranças revelaram-se como fundamentais para garantir os recursos necessários às decisões do grupo. Motivo pelo qual, elegemos como central, para além da vinculação das instituições e dos enfermeiros, a vinculação das lideranças, a todos os níveis organizacionais, para que se constituam como elementos potenciadores do processo.

O envolvimento de um grupo alargado de enfermeiros num percurso dirigido à melhoria contínua da qualidade, deve implicar uma aproximação prévia ao grupo, para conhecer as suas efetivas necessidades e expectativas. Esta aproximação deve ser orientada pela participação (investigador principal) no contexto clínico, permitindo-lhe a identificação das idiossincrasias dos contextos e dos envolvidos. Este processo de aproximação permitirá em sentido inverso, o conhecimento e reconhecimento pelos enfermeiros das ideias, motivações, competências e expectativas do investigador principal. Este reconhecimento mútuo permite ultrapassar as “fachadas protetoras” e aproximar os objetivos entre os envolvidos (investigador principal/enfermeiros).

Num percurso de mudança num contexto clínico, a norma subjetiva criada pelas expectativas dos enfermeiros, das instituições e do investigador principal, pode desempenhar um papel “chave”, funcionando como uma tensão criativa que dirige a intenção para a mudança.

Na condução da IA, a adoção de uma perspetiva participativa na interação entre o investigador principal e os co investigadores (enfermeiros) contribui para a promoção do envolvimento e do comprometimento interno de todos com a mudança. Esta perspetiva de interação otimiza a compreensão da problemática, viabiliza o planeamento, a

implementação e a avaliação da mudança. Esta estratégia descentraliza o “poder” sobre a gestão do percurso, possibilitando a identificação de soluções a partir da perspectiva dos enfermeiros. Soluções estas, que no contexto, provavelmente, melhor respondem às suas necessidades e expectativas.

A utilização do modelo II de Argyris & Schon³⁸⁵ permitiu otimizar a predisposição dos enfermeiros para analisarem e gerirem a informação. Esta predisposição dos enfermeiros deve ser orientada para o questionamento constante sobre o existente, para a incorporação dos seus pontos de vista, a explicitação das decisões tomadas, e o seu teste no contexto da ação.

A disponibilização de informação, que na opinião dos enfermeiros seja válida, viabiliza o comprometimento interno com a mudança, potenciando a defesa dos propósitos, a confrontação de ideias, de opiniões e de emoções, proporcionando uma escolha livre e informada. A disponibilização de informação e a promoção do comprometimento interno com a mudança são os alicerces que potenciam o diálogo e a reflexão.

O convite à participação constante dos envolvidos é fundamental para o sucesso da mudança.

Num percurso direcionado à mudança nos contextos clínicos, a reflexão “na e sobre a ação” viabiliza a construção de um objetivo comum para ação. A construção de um objetivo comum neste percurso, viabilizou o desenvolvimento de soluções que na opinião dos enfermeiros, foram válidas e completas para os contextos, e que responderam às suas expectativas.

Outro dos elementos fundamentais para o sucesso da mudança, é a criação de um ambiente onde os enfermeiros possam ser originais e experimentem o sucesso e o controlo sobre o percurso. Para a sua consecução preconizamos a utilização de estratégias orientadas:

- Para a reflexão, enquanto elemento estruturador dos momentos de formação/reflexão e de implementação da mudança na prática clínica. Estes momentos de partilha são o pretexto ideal para atingir o nível necessário de reflexão crítica;
- Para a promoção da aceitação do desafio dos enfermeiros para falarem sobre o que

fazem, o que implica necessariamente, a análise e reflexão “na ação e sobre a ação”;

- Para a mudança, assumindo a necessidade de uma reflexão profunda sobre as crenças e as práticas, e por outro lado, a necessidade do diálogo se converter numa prática usual.

A predisposição dos enfermeiros para analisarem a informação e para desenvolverem soluções, que viabilizem a mudança no contexto, pode ser sedimentada pelo desenvolvimento de aprendizagem no domínio individual e do grupo. O desenvolvimento da aprendizagem pode ser sustentado pelos pressupostos da aprendizagem organizacional preconizados por Senge³⁸⁶ (no domínio pessoal; nos modelos mentais; no objetivo comum; na aprendizagem em grupo e no pensamento sistémico), criando condições para uma aprendizagem em circuito duplo, que sustente a mudança e o estabelecimento de novas prioridades, atribuindo nova importância aos factos e às variáveis envolvidas.

O desenvolvimento do domínio pessoal dos enfermeiros deve ser dirigido com objetivo de aumentar a capacidade para enfrentarem a realidade de uma forma criativa, em oposição a formas reativas³⁸⁷. Para a sua concretização, a construção e disponibilização de sínteses sobre o estado da arte, o diálogo e a reflexão “na e sobre a ação” podem ser fundamentais. Para que o desenvolvimento individual concorra para a aprendizagem do grupo e para o objetivo comum, preconizamos a utilização da reflexão “sobre a ação” em grupo, em contexto de reunião de serviço e na “passagem” de turno e, a reflexão individual com os enfermeiros em momentos informais, momentos que podem ser potenciadores da aproximação do investigador principal ao grupo.

Relativamente às reuniões de serviço, a discussão e apresentação das ideias e sínteses da melhor evidência, deve resultar de uma estratégia partilhada e colaborativa entre todos os envolvidos. Neste particular, as tecnologias da informação e comunicação podem constituir-se como facilitadores do processo, promovendo a partilha e a acessibilidade à informação julgada como relevante pelo grupo.

As “passagens” de turno podem ser utilizadas, também, como pretextos para a reflexão “sobre a ação” de situações vivenciadas. Esta estratégia viabiliza a discussão das premissas da decisão, dos pressupostos da ação e da sua avaliação, contribuindo para a aproximação

da intenção de “mudar à mudança”³⁸⁸.

As estratégias utilizadas na promoção da reflexão viabilizam, também, a definição e clarificação de um objetivo comum ao grupo. Este objetivo comum pode funcionar como um aglutinador dos desejos e expectativas individuais; potenciando a predisposição para a reflexão, para a partilha, e conduzir à aprendizagem em grupo.

Os modelos mentais representam as perspetivas internas dos enfermeiros e enformam a visão e a interpretação do que fazem, do mundo exterior, em cada momento, condicionando a forma de pensar e agir. A estratégia de intervenção sobre os modelos mentais deve dirigir-se individualmente com cada enfermeiro e com o grupo, para a reflexão, enquanto estratégia promotora da “desaceleração dos processos de raciocínio”, de forma a desenvolver a autoperceção dos modelos mentais utilizados, e a forma como estes influenciam a ação. Neste contexto, podem ser adotadas estratégias de exposição e clarificação das premissas básicas para a ação definidas pelo grupo.

Para o sucesso da aprendizagem e da mudança, torna-se fundamental a viabilização de um pensamento sistémico.

A aprendizagem construída pelos enfermeiros deve alicerçar-se na expansão do domínio pessoal; do modelo mental; do objetivo comum ao grupo; e na aprendizagem em grupo, viabilizando a expansão da conceção de cuidados de enfermagem para áreas tidas como o “*core*” da disciplina.

5.8 - A promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Expostos os pressupostos que alicerçaram a mudança, evoluímos para a apresentação da estratégia que permitiu agregar maior sistematização à promoção da gestão do regime terapêutico.

A sistematização da ação de enfermagem na promoção da gestão do regime terapêutico, em clientes com DPOC, implicou e exigiu o desenvolvimento de linhas de orientação que criassem um referencial para a ação, viabilizando a continuidade dos cuidados e a monitorização dos resultados dos clientes. Este referencial da ação deve incorporar a melhor evidência, dar resposta às expectativas dos enfermeiros, ser integrável na prática

clínica e responder às necessidades dos clientes.

As linhas de orientação que desenvolvemos foram “iluminadas” por um quadro conceitual alicerçado no conceito de autocuidado de Orem³⁸⁹, recorrendo à teoria de médio alcance das transições com relevância para a enfermagem, proposto por Meleis e colaboradoras^{390,391,392}, para a sua operacionalização na prática clínica. Esta teoria de médio alcance, por ser mais operativa, facilitou a conceção e a implementação das linhas de orientação, dada a sua simplicidade conceptual e a identificação dos enfermeiros com a teoria.

As linhas de orientação que apresentamos integram um sistema de apoio educativo e de desenvolvimento, na ação de enfermagem, e a adoção de métodos de ajuda de enfermagem centrados na promoção de um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal (Cfr. Orem, 1993).

A partir das estratégias expostas para a mudança, e dos pressupostos para a aprendizagem, os enfermeiros definiram linhas de orientação da ação que se distribuem por três fases.

A primeira fase das linhas de orientação para a ação tem por objetivos, centrados nos clientes:

- Desenvolver uma consciencialização da necessidade de “mudança”;
- Promover a esperança;
- Promover o envolvimento na gestão da condição de saúde;
- Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado.

Após a admissão dos clientes no internamento, a ação de enfermagem deve centrar-se na gestão dos sinais e sintomas da doença, até estarem estabilizados os processos corporais, requisito básico para ser iniciada uma abordagem terapêutica iluminada pelo conceito de transição.

O desenvolvimento de competências para a gestão do regime terapêutico deve ter início, quando existir estabilidade clínica no processo respiratório. A presença da estabilidade clínica define-se pelos critérios: SpO₂ > 88%; FiO₂ estável; sem referência a dispneia em repouso.

Verificada a estabilidade clínica, é necessário avaliar a integridade das funções cerebrais superiores (através da utilização da BAEM). Após ter sido constatada a integridade dos

processos cerebrais superiores, o enfermeiro deve avaliar se o cliente está ou não, consciencializado da necessidade de implementar “mudanças” no seu quotidiano.

Nesta fase, não é objetivo da ação terapêutica desenvolver competências cognitivas ou instrumentais, dirigidas ao desenvolvimento de estratégias adaptativas centradas na resolução de problemas. Nesta primeira fase, os enfermeiros direcionam a sua ação para ajudar o cliente a perceber as mudanças necessárias no quotidiano; a conhecer o suporte profissional disponível e a identificar as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico sobre o controlo da condição de saúde. No fundo, aquilo que se procura, com o cliente, é um trabalho de reconhecimento do que muda ou precisa de mudar; dos recursos que estão disponíveis para essas eventuais mudanças; aquilo que o cliente está disposto a mudar e o que essas “mudanças” significam.

Nesta primeira fase da implementação das linhas de orientação da ação, torna-se fundamental avaliar e/ou promover o desenvolvimento de esperança; e de envolvimento na gestão da condição de saúde. Ao longo do nosso estudo, percebemos que clientes sem “sentido para a vida”, sem esperança e fraco suporte, acabavam por se envolver menos no processo terapêutico. Neste contexto, importa ajudar os clientes a identificarem prioridades, metas no curto e médio prazo, que se transformem num sentido e num projeto de saúde realizável.

As especificações dos conteúdos das intervenções de enfermagem que concretizam cada estratégia de intervenção são descritas no anexo 8. É certo que as terapêuticas de enfermagem são mais que as intervenções, dado que radicam na forma como interagimos com os clientes, na disponibilidade que mostramos, na forma como recolhemos dados, em aspetos não verbais e informais das interações (Cfr. Meleis, 2010³⁹³)

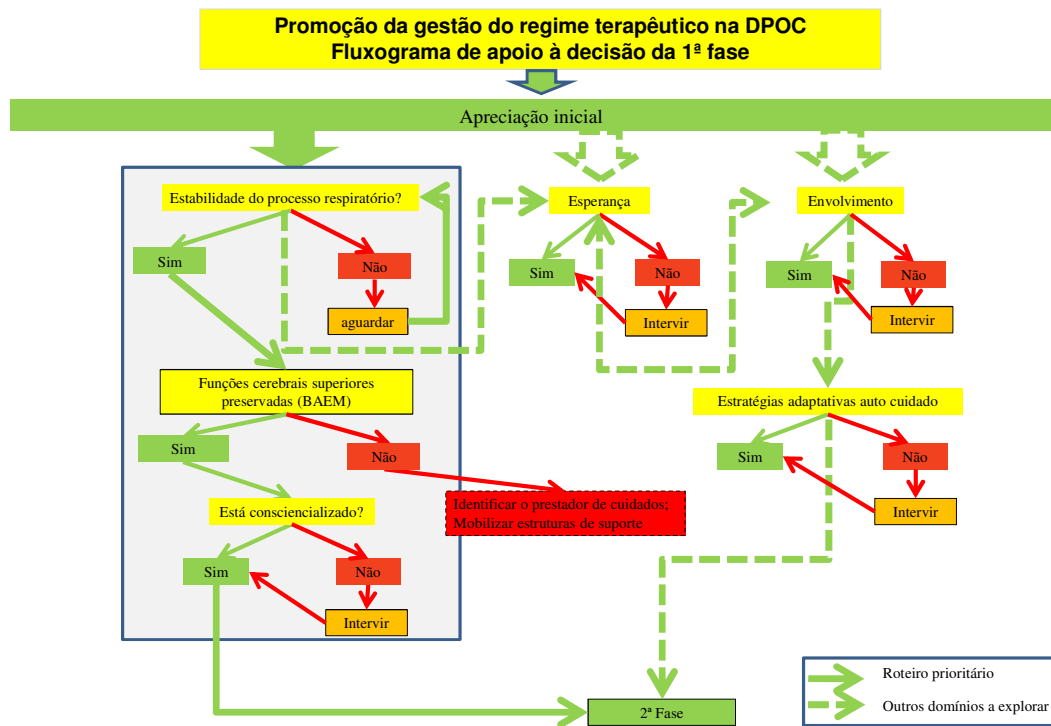
No período inicial do internamento estão, também, reunidas as condições para ajudar o cliente a perceber o conjunto de estratégias adaptativas disponíveis no domínio do autocuidado, que podem contribuir para a reacquirição ou preservação da sua autonomia.

Nas situações em que os clientes apresentem alteração das funções cerebrais superiores, deve proceder-se à identificação de um prestador de cuidados ou à mobilização de estratégias formais de apoio, para assegurar a continuidade dos cuidados.

Na figura 13 apresentamos o fluxograma de decisão definida para a primeira fase do

programa.

Figura 13 - Fluxograma de apoio à decisão na 1ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



Quando o cliente apresentar consciencialização da necessidade de implementar “mudanças” no quotidiano, considera-se estarem reunidas condições para iniciar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso).

A segunda fase das linhas de orientação tem por objetivos:

- Desenvolver o conhecimento sobre a doença;
- Desenvolver o conhecimento e capacidades sobre a técnica de inalação;
- Desenvolver o conhecimento sobre a utilização do dispositivo de inaloterapia;
- Desenvolver o conhecimento e capacidades para o autocontrolo da dispneia;
- Desenvolver o conhecimento e capacidades sobre a técnica tosse controlada;
- Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia.

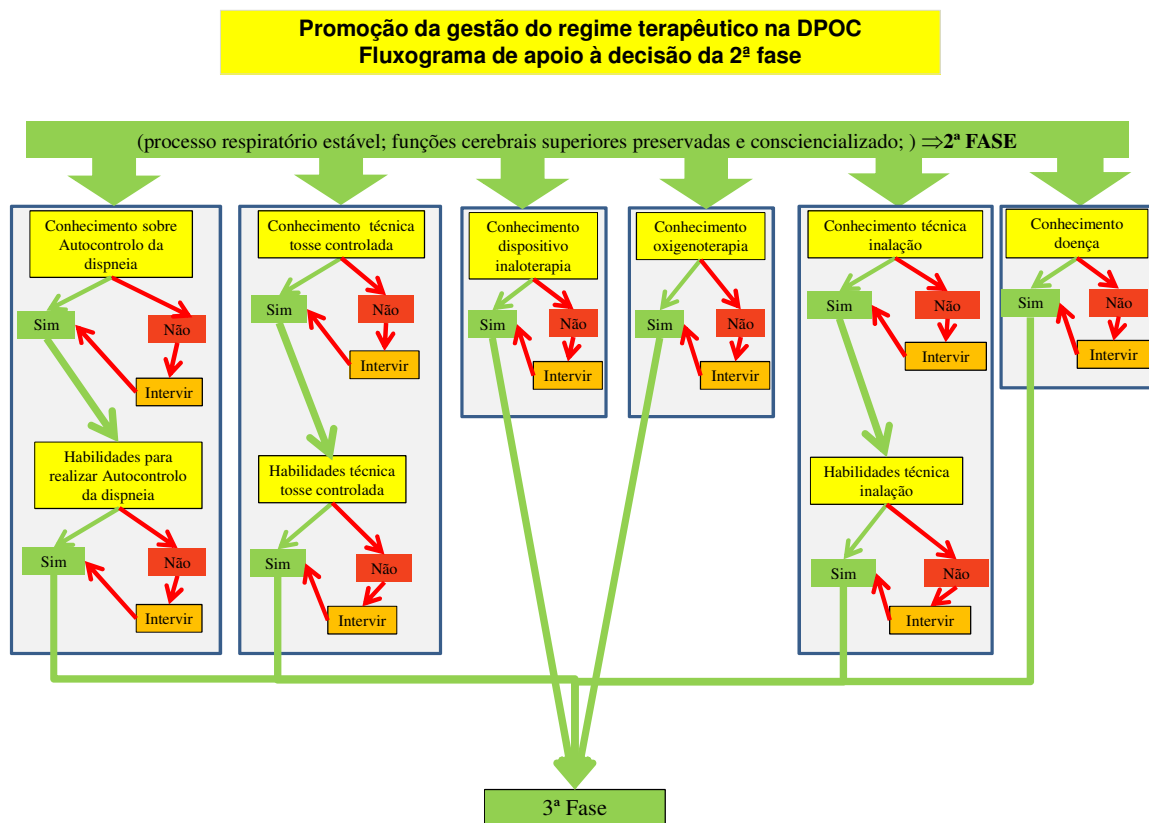
A entrada na segunda fase pode ser feita por qualquer um dos domínios identificados, ficando a sua priorização dependente de tomada de decisão do enfermeiro, em função das

particularidades do cliente. Adquiridos os conhecimentos e capacidades inerentes a esta fase, a estratégia de implementação das linhas de orientação evoluiu para a terceira fase.

Realçamos que o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades em cada um dos domínios especificados deve ser precedido da sua avaliação, em cada um dos clientes alvo da ação de enfermagem. Motivo pelo qual, se justifica também, que a entrada na segunda fase fique dependente da opinião clínica do enfermeiro.

Na figura 14 apresentamos o fluxograma de apoio à decisão na segunda fase da implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem.

Figura 14 – Fluxograma de apoio à decisão da 2ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



Realçamos que o cliente deve iniciar sempre o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades relativas ao regime terapêutico não medicamentoso: autocontrolo da dispneia, pela dissociação dos tempos respiratórios, seguido do desenvolvimento de competências para utilizar a respiração abdómino-diafragmática, evoluindo de seguida, para o

desenvolvimento de competências para o autocontrolo da dispneia (posição de pé; sentado e deitado).

Na terceira fase, as linhas orientadoras da ação têm por objetivos:

- Desenvolver conhecimento e capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;
- Desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;
- Desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica;
- Desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococos;
- Desenvolver a interação de papéis;
- Melhorar a perceção do suporte familiar e de pessoas significativas; e a perceção do suporte profissional.

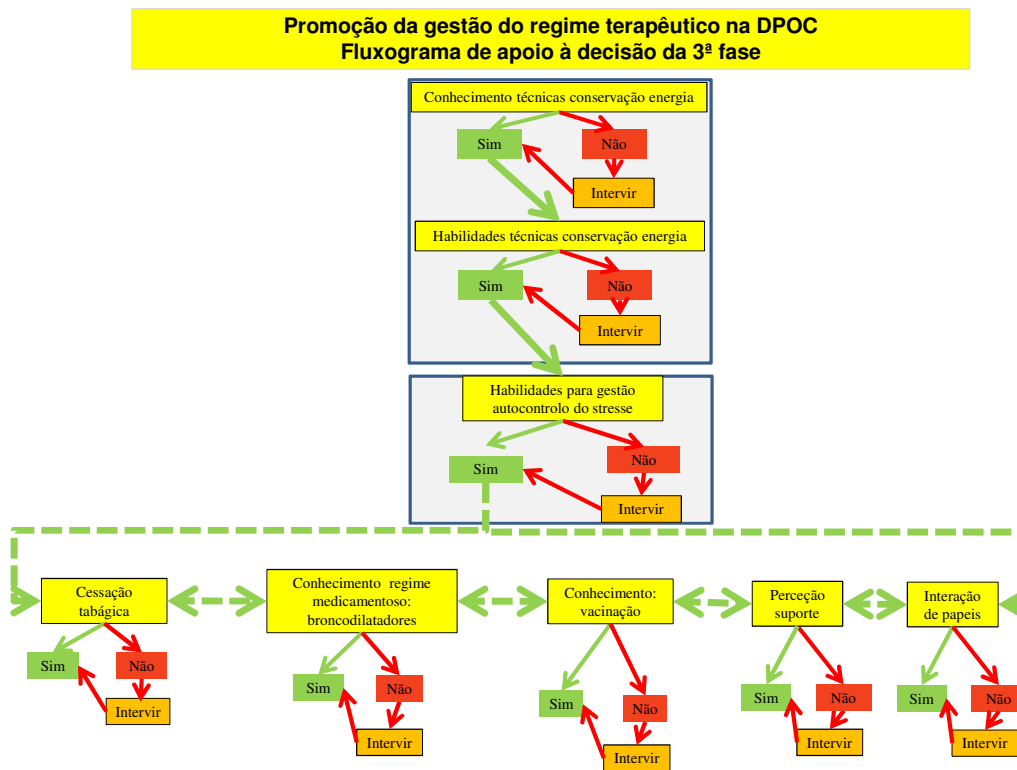
Na figura 15, podemos observar que os clientes devem iniciar esta fase pelo desenvolvimento de conhecimentos e capacidades sobre as técnicas de conservação de energia, seguindo-se os restantes domínios definidos.

A diferença fundamental na implementação das linhas de orientação na consulta externa encontrava-se na primeira fase. Assim, assume especial relevância que no primeiro contacto na consulta externa, seja realizado o diagnóstico diferencial no domínio da consciencialização, avaliada a esperança e o envolvimento do cliente.

Aqui importa explorar, na perspetiva do cliente, aspetos que sejam suficientemente significativos para justificar a necessidade de implementar “mudanças” no quotidiano.

As restantes orientações mantêm-se iguais às definidas para o internamento.

Figura 15 – Fluxograma de apoio à decisão na 3ª fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação de enfermagem



O sucesso da implementação das linhas de orientação é suportado, nas estratégias e pressupostos expostos e na disponibilização, aos enfermeiros, de suportes à tomada de decisão. Estes suportes de apoio à decisão podem adotar a forma de manuais de apoio à implementação, de fluxogramas ou de suporte técnico/científico.

A implementação das linhas de orientação deve ser acompanhada pela implementação de estratégias de ação junto dos clientes que:

- Privilegiem a interação “face a face”;
- Recorram a estratégias centradas no desenvolvimento da aprendizagem centrada na resolução de problemas;
- Otimizem o ambiente físico (ex.: privilegiar a utilização de gabinetes; redução do ruído; evitar a presença de outros elementos nos espaços contíguos);
- Utilizem no internamento, momentos “chave”, nos quais os clientes tenham efetiva disponibilidade para aprender;
- Recorram à disponibilização de informação adequada às necessidades dos clientes,

nos suportes para os quais estes manifestem facilidade em usar;

- Promovam a acessibilidade aos serviços, através da facilidade de marcação de consultas, da disponibilização de um contacto telefónico para aceder à informação disponibilizada pelo enfermeiro, e a disponibilização de uma consulta externa para o acompanhamento em ambulatório.

Na implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico, o enfermeiro deve adequar a estratégia de intervenção em função do estilo de autocuidado do cliente. A identificação do estilo de autocuidado poderá não recorrer à utilização do instrumento validado por Leite³⁹⁴. Aquilo que importa é realizar uma colheita de dados, que nos permita ter uma noção sobre: as atitudes do cliente face ao regime que lhe é proposto; a forma como interage com os profissionais de saúde, a sua opinião e postura face aos eventuais compromissos que apresenta (ao nível dos processos corporais e no nível de dependência no autocuidado).

A existência de uma consulta externa para o acompanhamento em regime de ambulatório contribui de forma significativa para a facilitação do acesso dos clientes com DPOC (graus III e IV) aos cuidados de enfermagem no hospital. A organização da consulta deve garantir, quer as condições físicas e de recursos humanos para o seu funcionamento, quer a possibilidade dos enfermeiros procederem ao agendamento de consultas de enfermagem de acordo com o seu critério clínico e a disponibilidade dos clientes.

O acesso a esta consulta deve ser prioritário para os clientes mais vulneráveis. De acordo com aquilo que resultou deste estudo, referimo-nos a clientes com:

- Idade superior a setenta e quatro anos;
- Com diagnóstico recente de DPOC;
- Fumadores ativos;
- Que ainda não tinham desenvolvido uma “consciencialização da necessidade de mudança”;
- Não envolvidos na gestão da condição de saúde;
- Apresentem níveis mais significativos de “dependência no autocuidado”;
- Vivam sozinhos;
- Refiram baixos recursos económicos;

- Com “baixa percepção de suporte familiar”;
- Antecedentes de depressão;
- Utilizem OLD;
- Mais de duas comorbilidades.

A gestão das consultas e da capacidade de resposta dos enfermeiros pode ser positivamente influenciada, pela alteração no fluxo dos clientes na consulta, nomeadamente, pela realização em primeiro lugar (quando necessário) da consulta médica.

A sistematização da ação de enfermagem na promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC, a partir das linhas de orientação definidas, implica a utilização de um SIE, que viabilize a continuidade dos cuidados e a monitorização dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para a sua consecução, torna-se necessário a existência de um sistema de informação onde os conteúdos das linhas de orientação estejam parametrizados. Este SIE deve, idealmente, partilhar a mesma estrutura de dados (entre ambientes de cuidados) de forma a garantir a continuidade dos cuidados e monitorização dos resultados.

Para o sucesso da promoção da gestão do regime terapêutico torna-se fundamental assegurar a continuidade de cuidados. Motivo pelo qual, a partilha de informação relacionada com as necessidades de cuidados de enfermagem são críticas. A partilha de informação entre enfermeiros, enfermeiros e médicos e entre enfermeiros de diferentes ambientes, deve ser formalizada (através da carta de transferência) e do contacto telefónico. A carta de transferência deve incluir, para além da informação que resulta do *output* automático disponibilizado pelo SIE, informação editada em texto livre, que o enfermeiro julgue como relevante, por exemplo, as preferências do clientes sobre estratégias de aprendizagem ou dispositivos farmacológicos e os condicionamentos internos do cliente.

A otimização da comunicação interprofissional assume no internamento, primordial importância, viabilizando a partilha de informação para a definição do momento do regresso a casa, e para a definição das estratégias terapêuticas farmacológicas.

No processo de implementação da mudança, a disponibilização de enfermeiros entre o

espaço de internamento e da consulta pode ser uma estratégia facilitadora da integração das linhas de orientação e da partilha de informação. Esta estratégia pode ser relevante para que os enfermeiros percecionem os resultados da mudança sobre a condição dos clientes, facto que sustentará a força motriz da mudança.

Relativamente à monitorização do desenvolvimento de competências dos clientes com DPOC, estão agora disponíveis, um conjunto de vinte e um indicadores (anexo 18), que se agregam em cinco dimensões:

- A consciencialização da necessidade de “mudança”;
- O desenvolvimento de esperança;
- O envolvimento na gestão da condição de saúde;
- Os conhecimentos para gerir o regime terapêutico;
- As capacidades para gerir o regime terapêutico.

A produção de informação pelos enfermeiros que contribua para o cálculo dos indicadores definidos viabiliza a monitorização da evolução das competências dos clientes para gerir o regime terapêutico.

No processo de desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico, a avaliação da perceção da autoeficácia assume especial relevância. Motivo pelo qual preconizamos a sua avaliação, em intervalos de tempo regulares, a partir do instrumento que desenvolvemos. A perceção da autoeficácia é um condicionalismo intrínseco ao cliente que pode influenciar o desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico. Por isso, a monitorização da sua evolução ao longo do tempo, pode ser utilizada como um dos indicadores do desenvolvimento de mestria na gestão do regime terapêutico, em clientes com DPOC. Propomos que no futuro, possam ser identificados diagnósticos de enfermagem que tomem por foco a autoeficácia dos clientes, numa lógica de coerência da documentação com o referencial teórico que ilumina a ação terapêutica dos enfermeiros.

O rigor dos diagnósticos de enfermagem centrados na dependência no autocuidado pode ser incrementado pela utilização de instrumentos auxiliares, como aquele desenvolvido por Alves³⁹⁵. Estes tipos de instrumentos, mais que servir propósitos de investigação, podem também ser muito úteis em termos clínicos, agregando rigor ao processo de diagnóstico e à monitorização da evolução dos clientes.

Para a avaliação do impacto da estratégia apresentada sobre a condição do cliente, propomos, a monitorização do número de episódios de recurso ao serviço de urgência, o número de episódios de internamento, e o número de dias de internamento.

A estratégia apresentada concorreu para a implementação de uma mudança na prática clínica, dirigida para uma maior profissionalização da ação dos enfermeiros, viabilizando o desenvolvimento de uma consciencialização promotora da necessidade de “mudança”, o desenvolvimento de esperança, o envolvimento na gestão da condição de saúde, e o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para gerir o regime terapêutico.

5.9 – Contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados

A construção da realidade que apresentamos nesta tese resultou da interação dos investigadores com o contexto da ação. Motivo pelo qual, reafirmamos não ser a nossa intenção que esta esteja incontrovertidamente certa. Pelo contrário, foi nossa intenção, através da sua descrição, demonstrar a sua utilidade para o contexto.

Ao longo deste trajeto académico, mas simultaneamente profissional, verificamos o potencial de desenvolvimento da ação de enfermagem, associado à otimização da articulação dos recursos das instituições de saúde e de ensino.

A enfermagem, enquanto disciplina iminentemente associada à prática, continua a carecer de mais e melhores níveis de evidência, que sustentem uma maior sistematização da ação e conseqüentemente, permitam aos clientes a obtenção de mais e melhores resultados em saúde.

O trajeto desenvolvido pretendia apresentar uma solução válida para o contexto, mais do que uma solução generalizável, motivo pelo qual utilizamos uma metodologia orientada por um paradigma que realça o papel dos investigadores, não como sujeitos passivos, exteriores à realidade, mas como alguém que constrói uma interpretação da realidade, interpretação que procuramos que fosse útil aos clientes, aos enfermeiros, à organização de cuidados e à disciplina de Enfermagem.

Do percurso realizado emerge, como relevante, a necessidade de criação de “soluções” técnicas para a produção automática dos indicadores preconizados, de forma a que estes

possam estar disponíveis para a tomada de decisão nos diferentes níveis da organização de cuidados e acessíveis para a investigação.

Neste percurso, verificamos que o desenvolvimento de estratégias adaptativas para o autocuidado implicam também, o desenvolvimento de novas soluções para o acompanhamento destes clientes. Isto porque nos episódios de internamento, se assiste com frequência à instabilidade nos processos corporais dos clientes, que pode condicionar/contraindicar, em determinados momentos, o treino de estratégias adaptativas no domínio do autocuidado.

Na opinião dos enfermeiros, o desenvolvimento de um laboratório de promoção da autonomia no autocuidado, integrado na estratégia de implementação das linhas de orientação desenvolvidas, poderá contribuir positivamente para a manutenção/reaquisição da autonomia dos clientes com DPOC.

A proposta de um laboratório para o desenvolvimento de competências para o autocuidado é feita, numa perspetiva complementar à dos recursos já existentes, como é o caso da reabilitação respiratória. Este laboratório deverá proporcionar as condições técnicas e humanas para ajudar ao desenvolvimento de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, andar (subir escadas), atividade doméstica (cozinhar, arranjar a roupa); estratégias que não se centram apenas, na manutenção da capacidade funcional respiratória, mas também, na ajuda à integração no quotidiano do cliente das limitações de energia.

A existência dum laboratório com esta finalidade, gerido por enfermeiros e centrado na manutenção/reaquisição da autonomia no autocuidado, poderá contribuir positivamente para o aumento da perceção da autoeficácia, para a prevenção da deterioração cognitiva associada à depressão, para reduzir a morbilidade e para aumentar a qualidade de vida dos clientes com DPOC.

Neste trajeto verificamos que a continuidade dos cuidados poderá ser otimizada através da referenciação de alguns clientes para as estruturas já existentes (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI). Neste particular, propomos a inclusão dos clientes com DPOC com maior vulnerabilidade, nos processos de referenciação para a equipa de gestão de altas, para que se discuta a relevância de serviços da RNCCI na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida destes clientes.

Neste percurso, deparamo-nos com a existência de clientes que faltavam à consulta de enfermagem, alguns pela dificuldade associada à deslocação e transporte, mas outros por esquecimento, motivo pelo qual, propomos o desenvolvimento e utilização de uma estratégia de aviso automático disponibilizado por SMS.

Os cuidados de enfermagem na consulta externa estão organizados em torno de um modelo de organização funcional “iluminado” pelas diferentes especialidades médicas, motivo pelo qual, a coordenação dos cuidados de enfermagem em clientes com doença crónica não é otimizada, facto que pode influenciar negativamente a condição de saúde dos clientes e o padrão de utilização dos serviços de saúde. Pelo exposto, propomos a reorganização do modelo assistencial da consulta externa de enfermagem, para clientes com doença crónica, em torno de um modelo de gestão de casos.

Do percurso realizado emerge a necessidade de viabilizar a formação de grupos de autoajuda. Esta estratégia tem potencial para complementar a ação terapêutica de enfermagem, permitindo potenciar as características individuais dos clientes e as suas preferências de aprendizagem.

Das estratégias desenvolvidas para a promoção da gestão do regime terapêutico emerge, a necessidade de envolver os outros profissionais de saúde, e outros contextos de cuidados, de forma a otimizar a partilha de informação, a discussão das condições clínicas e a coordenação dos cuidados de saúde. Motivo pelo qual, propomos o desenvolvimento de um percurso mais alargado, multiprofissional e multicontextual (hospital e centros de saúde da área de influência do CHP-HSA) direcionado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados disponibilizados aos clientes com DPOC.

Dos resultados deste percurso de IA, identificamos como aspetos centrais para a disciplina o desenvolvimento de estudos sobre:

- A efetividade da ação de enfermagem na preservação/reaquisição da autonomia no autocuidado dos clientes com DPOC;
- A efetividade de uma estratégia de gestão de casos de clientes mais vulneráveis com DPOC, no controlo da condição de saúde e na utilização dos recursos de saúde;
- A avaliação do impacte da melhoria contínua na qualidade dos cuidados de

enfermagem sobre a qualidade de vida dos clientes com DPOC;

- O impacto do desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico sobre o controlo da condição de saúde em clientes com DPOC, por períodos de tempo mais alargados.

Deste percurso emerge também a oportunidade para desenvolver soluções que:

- Contribuam para uma maior acessibilidade dos clientes a informação promotora do desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico, através do recurso à utilização de tecnologias “*web based*”;
- Apoiem o processo de decisão do enfermeiro no domínio da gestão do regime terapêutico. Estas soluções podem contribuir para uma maior segurança na decisão, para a garantia da qualidade dos cuidados, e para uma maior eficiência dos cuidados de enfermagem;
- Apoiem o processo de decisão do cliente com DPOC no domínio da gestão do regime terapêutico, nomeadamente nas situações de potencial exacerbação da doença.

Como síntese final, podemos referir que o estudo desenvolvido é um contributo importante para a disciplina, não só pelo conhecimento produzido, mas essencialmente pelas oportunidades que se vislumbram de desenvolvimento do conhecimento disciplinar no domínio da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC, e simultaneamente em clientes com outras condições de saúde crónicas.

5.10 - Referências bibliográficas

³¹⁵MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf>

³¹⁶AJZEN, I - The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process*, Vol. 50 (1991), p. 179-211.

³¹⁷CONNER, M. & SPARKS, P. – Theory planned behavior and health behavior. In *Predicting health behavior: research and practice with social cognitions models*. 2ª ED.USA. Open University Press, 2007

³¹⁸VENKATESH V. - Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into in the technology acceptance model. *Inform Sys Res*. Vol.11, n.º4 (2000), p.342-65.

³¹⁹SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol.55. (Jan-Fev. 2007), p.11-20.

³²⁰MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p.12-28.

³²¹SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol.55. (Jan-Fev. 2007), p.11-20.

³²²PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

³²³MELEIS, Afaf Ibrahim– *Theoretical Nursing, Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p. 457.

³²⁴GUERREIRO et al. – Avaliação Breve do estado mental, p.33-40, In GRUPO DE ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DEMÊNCIA – *Escalas e Testes na demência*. 2ª ed. Novartis, 2008.

³²⁵OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias, desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão. 2011.

³²⁶MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p. 12-28.

³²⁷BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.30, n.º3 (Set, 1999), p. 564-572.

³²⁸MOTA, Liliana A. N. – O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua

influência no sucesso após o transplante hepático. 2011. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Porto.

³²⁹Ibidem, p,73.

³³⁰LEITE, Maria das Dores Vieira – Avaliação da tipologia de autocuidado no cliente com DPOC. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.

³³¹BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.30, n.º3 (Set, 1999), p. 564-572.

³³²BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol.15,n.º 3 (Set, 2001), p. 195-202.

³³³LEITE, Maria das Dores Vieira – Avaliação da tipologia de autocuidado no cliente com DPOC. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.

³³⁴SEQUEIRA, Eduarda, M.A. – Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar. 2010. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada. Porto.

³³⁵ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Porto.

³³⁶DUQUE, H. J. – O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a ação profissional dos enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

³³⁷MOREIRA, Márcia Maria Pinto - A intolerância à atividade em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Porto.

³³⁸Ibidem.

³³⁹BANDURA, A. - Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall, 1986.

³⁴⁰BANDURA, A. - Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall, 1986, p.391.

³⁴¹COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*, 46. 2009.

³⁴²LUSZCZYNSKA, A; SCHWARZER – Social cognitive theory. IN Predicting health behavior: research and practice with social cognitions models r. 2.^a Ed. London: Open University Press, 2009. Cap.4.

³⁴³MARÔCO, João – Análise estatística com o PASW Statistics. Report Number, Lda, 2010, p.537.

³⁴⁴GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2011, p.20.

³⁴⁵MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p.12-28

³⁴⁶CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão beta 2. Lisboa. APE, 2003, p. 47.

³⁴⁷MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p.12-28

³⁴⁸INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (version 2) – International Classification for Nursing Practice [em linha]. Switzerland: International Council of Nurses, [consult. 29 Out. 2012]. Disponível em http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/v3_0/10011042/

³⁴⁹INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (version 2) – International Classification for Nursing Practice [em linha]. Switzerland: International Council of Nurses, [consult. 29 Out. 2012]. Disponível em http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/v3_0/10018225/

³⁵⁰JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – *Nursing Outcomes Classification – NOC -*, St. Louis: 2^a Ed, Mosby. 2000, p.24.

³⁵¹MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs*

Sci; 23(1). 2000, p.12-28.

³⁵²CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA [em linha], 2009, [consult. 03/11/2009]. USA. Case Management Society of America, disponível em linha: <http://www.cmsa.org/>.

³⁵³INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (version 2) – International Classification for Nursing Practice [em linha]. Switzerland: International Council of Nurses, [consult. 29 Out. 2012]. Disponível em http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/v3_0/10017690/

³⁵⁴ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.

³⁵⁵SILVA, A. – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. 2001. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

³⁵⁶SOUSA, P. – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto: [s.n.]. 2005. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

³⁵⁷VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*. São Paulo. Thomson, Learning, Inc. 2007, p.13.

³⁵⁸FOSTER G, et al. - Self-management education programs by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.

³⁵⁹DOWSON, C.A. et al. – Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 56 (2004), p. 333-340.

³⁶⁰SIN, D.D. et al. - Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA*. Vol. 290 (2003), p. 2301–12.

³⁶¹RICE Kathryn L. et al. – Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. A randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care*, Vol. 182. (2010), p. 890-896.

³⁶²COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. Vol. 46 (2009), p. 508-528.

³⁶³LEMMENS, Karin, M.M. et al - Application of a theoretical model to evaluate COPD

disease management. *BMC Health Services Research*. Vol. 10, n.º 81 (2010).

³⁶⁴ADAMS Sandra G. et al - Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch intern med*. Vol.167, (MAR 26; 2007), p. 551-561.

³⁶⁵STEUTEN, L. M. G. et al - Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD. *International Journal of COPD*. Vol. 4 (2009), p. 87–100.

³⁶⁶BRUIN, Simone, R. et al - Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. *Health Policy*. Vol.101 (2011), p. 105-121.

³⁶⁷PADILHA, J.M.; OLIVEIRA, F.; CAMPOS, J. – Promoção da gestão eficaz do regime terapêutico em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Rev Esc Enferm USP*. Vol.44; n.º4 (2010), p. 1123-8.

³⁶⁸BARRONS, Robert; PEGRAM, Angela; BORRIES, Alaina - Inhaler device selection: Special considerations in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol. 68 (Jul 1; 2011), p.1221-1232.

³⁶⁹VINCKEN, W; DEKHUIJZEN; BARNES, R.P. The ADMIT series—issues in inhalation therapy. Part 4. How to choose inhaler devices for the treatment of COPD. *Prim Care Respir J*. Vol.19, n.º 1 (2010), p. 10-20.

³⁷⁰RODRIGUEZ, J. M. Gonzalez-Moro et al - Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *Int J Clin Pract*. Vol.63; n.º 5 (may; 2009), p. 742–750.

³⁷¹LEIDY, Nancy Kline; KNEBEL Ann - In search of parsimony: reliability and validity of the Functional Performance Inventory-Short Form. *International Journal of COPD*. Vol.5 (2010), p. 415–423.

³⁷²PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Nº: 40A/DSPCD de 27/10/09.

³⁷³POLKEY, M.I; RABE, K.F. - Chicken or egg: physical activity in COPD revisited. *Eur Respir J*.; 33 (2). 2009; p. 227-229.

³⁷⁴OREM, Dorothea E. – *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993.

³⁷⁵CKICK, N.; MELEIS I A. – Transition: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*. 1986.

³⁷⁶MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p. 12-28.

³⁷⁷TRANGENSTEIN, Patricia, A.; MELEIS, Afaf, Ibrahim – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*; 42. 1994, p.256.

³⁷⁸SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol.55. (Jan-Fev. 2007), p.11-20.

³⁷⁹WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. World Health Organization. 2008; Switzerland. p. 30.

³⁸⁰GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010

³⁸¹GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010

³⁸²GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2013

³⁸³MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde - *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas*. Uma abordagem integradora. Lisboa. 2008.

³⁸⁴PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342.

³⁸⁵ARGYRIS, C.; SHON, D. – Theory in practice: Increasing professional effectiveness. Jossey-Bass publishers. San Francisco.1982.

³⁸⁶SENGE, Peter, M. – A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo. 1990.

³⁸⁷SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.

- ³⁸⁸BASTO, M. – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Editora Rei dos Livros. Lisboa. 1998.
- ³⁸⁹OREM, Dorothea E. – *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993.
- ³⁹⁰CKICK, N.; MELEIS I A. – Transition: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*. 1986.
- ³⁹¹MELEIS et al – Experiencing transitions: Na emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci*; 23(1). 2000, p. 12-28.
- ³⁹²TRANGENSTEIN, Patricia, A.; MELEIS, Afaf, Ibrahim – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*; 42. 1994, p.256.
- ³⁹³MELEIS, Afaf Ibrahim – Transition theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing, LLC, 2010, p.29.
- ³⁹⁴LEITE, Maria das Dores Vieira – Avaliação da tipologia de autocuidado no cliente com DPOC. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- ³⁹⁵ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Porto.

Bibliografia

-
- ADAMS Sandra G. et al - Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch intern med.* Vol. 167 (MAR 26, 2007), p. 551-561.
- AJZEN, I - The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process.* Vol. 50 (1991), p. 179-211.
- ALVES, Maria Célia Oliveira -O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Fevereiro de 2012.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY and EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY – Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. New York, 2004.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. - *Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med.* Vol. 173 (2006), p 1390–1413. DOI: 10.1164/rccm
- ANTTILA, Sari K. et al. – Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. *Scand J. Public Health*, n.º 28 (2000), p. 41-46.
- AREIAS V. et al. - Evolução da capacidade funcional e estado de saúde dois anos após um programa de reabilitação respiratória. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* Vol. 18, n.º5 (Set./Out., 2012), p. 217-225.
- ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness.* Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.
- ARGYRIS, C.; SHON, D. – *Theory in practice: Increasing professional effectiveness.* Jossey-Bass publishers. San Francisco, 1982.
- ARGYRIS C. – *Maus conselhos: uma armadilha gerencial, como distinguir os conselhos eficazes daqueles que não têm valor.* Porto Alegre: Artmed editora S.A., 2005.
- ASHWORTH N.L. et al. - Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004017. DOI: 10.1002/14651858.CD004017.pub2. (2005).
- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* Vol.15,n.º3 (Set, 2001), p. 195-202.

- BACKMAN, K. & HENTINEN, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.30, n.º3 (Set, 1999), p. 564-572.
- BAKER D.W. et al. - Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. Vol.13 (1988); p.791–8.
- BAKER, D.W. et al - The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health*. Vol. 87 (1997), p.1027–30.
- BANDURA, A. - *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- BÁRBARA, C.F. et al - COPD prevalence in Portugal. The Burden of Obstructive Lung Disease study (BOLD). *European Respiratory Society*. (2010).
- BÁRBARA, C.F. et al. A prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *REV PORT PNEUMOL*, 19 (3) (2013), p.96-105.
- BARLOW, JULIE et al – Self management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 48 (2002); p. 177-187.
- BARNETT, Margaret - A guide to producing quality written information for patients. *Journal of Community Nursing*. Vol. 24, n.º2 (2010), p.4-8.
- BARRONS, Robert; PEGRAM, Angela; BORRIES, Alaina - Inhaler device selection: Special considerations in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol. 68 (Jul 1; 2011), p.1221-1232.
- BARROW, Elizabeth J.; LYTE, Geraldine; BUTTERWORTH Tony - An evaluation of problem based learning in a nursing theory and practice module. *Nurse Education in Practice*. Vol. 2 (2002), p. 55–62.
- BASTO, M. – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Editora Rei dos Livros. Lisboa. 1998.
- BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J.; - *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BISHOP, George D. – *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon, 1994.
- BOURBEAU J.; BARTLETT, S.J. - Patient adherence in COPD. *Thorax*. Vol.62 (2008), p.831-8.

- BOURBEAU, Jean. et al. - Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*. Vol. 130, n.º6 (2006), p.1704-11.
- BRUIN, Simone, R. et al - Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. *Health Policy*. Vol.101 (2011), p. 105-121.
- BULECHEK, Gloria, M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey – NIC: Classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- BULL, M.; HANSEN, H.; GROSS, C. – Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 14 (April-2000), p. 76-87.
- BULL, Margaret J.; ROBERT, Julia – Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of advanced nursing*. Vol. 35 (August 2001), p. 571-581.
- BURGESS, R. G. – *A pesquisa no terreno, uma introdução*. Oeiras; Celta editora, 1997.
- CARNEIRO et al - Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica - Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. XVI, n.º 5, (Setembro-Outubro. 2010), p. 759-777.
- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA [em linha], 2009, [consult. 03/11/2009]. USA. Case Management Society of America, disponível em linha: <http://www.cmsa.org/>.
- CEMBE – *NOC de adesão terapêutica*. 1ª Ed. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência, 2004, p.9.
- CENTRE FOR HEALTH CARE STRATEGIES. Centre for Health Care Strategies Health Literacy Factsheets [online]. 2008. [citado em 2010 10 Maio]. Disponível em: http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf
- CHERYL, et al - Managed Care and Case Management: Roles for Professional Nursing. *American Nurses Publishing*. Washington, DC. (1996).
- CKICK, N.; MELEIS I A. – Transition: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*. 1986.
- CLOSS, José S; TIERNEY, Alison J. - The complexities of using a structure, process and

- outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of advanced Nursing*. Nº 18 (1993), p. 1279-1287.
- CONNER, M. & SPARKS, P. – Theory planned behavior and health behavior. In *Predicting health behavior: research and practice with social cognitions models*. 2ª ED.USA. Open University Press, 2007
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão beta 2*. Lisboa. APE, 2003.
- CORBIN, J. & STRAUSS, A. – Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology*. Vol. 8, n. ° 3 (1985), p. 224-47.
- CORBIN, Juliet M.; STRAUSS, Anselm - A Nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Research and Theory for Nursing Practice*. Vol.5, n. ° 3 (1991), p. 155-174.
- COSTER & NORMAN – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of nursing studies*. 46 (2009), p.508-528.
- CREER T; RENNE C; CHRISTIAN W - Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*. (1976), p. 226–232, 247.
- DAVIS, F. D. - Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*. Vol.13, n.º3 (1989), p.319-339.
- DE JONGH T. et al. - Mobile phone messaging telemedicine for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007459. DOI:10.1002/14651858.CD007459.
- Decreto-lei n.º 101/2006. D.R. - I SÉRIE-A. N.º 109 (06-06-2006), p. 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º248/2009. Diário da república 1ª série. N. ° 184 (22 09- 2009) 6761-65.
- DENZIN, N. K., & LINCOLN, Y. S. - *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1994.
- DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. - *Major Paradigms and Perspectives. The landscape of qualitative research - Theories and Issues*. United States of America: Sage. Publications, Inc., 1998.

- DIORIO, C. et al. - The epilepsy medication and treatment complexity index: reliability and validity testing. *J Neurosci Nurs*. 35, n.º3 (2003), p.155-62.
- DOWSON, C.A. et al. – Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 56 (2004), p. 333-340.
- DUQUE, H. J. – O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a ação profissional dos enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2. 2009.
- EFFING T, et al – Self management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD002990. DOI: 10.1002/14651858.CD002990.pub2.
- EILLOT, Rohan, A.; O'CALLAGHAN, Christopher J. - Impact of hospitalization on the complexity of older patients' medication regimens and potential for regimen Simplification. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. Volume 41, N.º. 1 (2011).
- ESPOSITO L. - Medication knowledge and compliance: homecare vs. senior housing client. *Caring Magazine*. (November; 1992), p. 42–45.
- EUROPEAN FEDERATION OF ALLERGY AND AIRWAYS DISEASES PATIENTS ASSOCIATIONS (EFA). Book on Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Europe. Sharing and Caring. [em linha], 2013, [consult. 06/11/2012]. European Federation of Allergy and airways diseases patients associations, disponível em linha: <http://www.efanet.org/wp-content/documents/EFACOPDBook.pdf>.
- FEITOSA, W.; NASCIMENTO, J. - The specific scope of physical education professional who works in the orientation of physical activity: a study of Delphi. *R. bras. Ci e Mov*. Brasília. Vol.11, n.º4 (Out/Dez. 2003), p.19-26.
- FORTIN, M. – O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência, 1999, p. 149.
- FOSTER G, et al. - Self-management education programs by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.
- GADOURY, M.A. et al - Self-management reduces both short- and long-term

- hospitalization in COPD. *Eur. Respir. J.* Vol. 26 (2005), p. 853–857.
- GANTZ, S.B. – Self-care perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 4, n.º 2 (1990), p1-12.
- GARDINER et al. - Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine*. Vol. 104, (2010), p. 159-165.
- GELMAN, R. – Domain specificity and variability in cognitive development. *Child development*. Vol. 71, 4. 2000, p. 854-56.
- GEORGE J. Kong DC; STEWART K. - Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 2, n.º 3. (2007), p. 253-62.
- GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. Vol. 128. (2005), p. 3198-3204.
- GEORGE, J. et al. - Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. Vol. 128 (2005), p. 3198-3204.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2010
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2011.
- GOOSSEN, W. Towards strategic use of nursing information in Netherlands. Groningen: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek den Haag, 2000.
- GRANT, A.R.; SUTTON, S.R. - Interventions for adherence to pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005605. DOI: 10.1002/14651858.CD005605. 2006.
- GREENWOOD J. – Action research: a few details, a caution and something new. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.20 (1994), p. 13-18.
- GREY, Margaret; KNAFL, Kathleen; McCORKLE Ruth. – A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. Vol. 54 (2006), p. 278-286.
- GRIM M. et al. - Impact Evaluation of a Pilot Web-Based Intervention to Increase Physical Activity. *American Journal of Health Promotion*. Vol. 25, n.º4 (March/April; 2011).

- GUBA, E.; LINCOLN, Y. – Competing Paradigms in Qualitative Research. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994
- GUERREIRO et al. – Avaliação Breve do estado mental, p.33-40, In GRUPO DE ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DEMÊNCIA – Escalas e Testes na demência. 2ª ed. Novartis, 2008.
- GWINN, Bianca; SEIDMAN, Joshua – Information Therapy, *The Ix Evidence Base: Using Information Therapy to Cross the Quality Chasm*. Center for Information Therapy, 2004.
- HADDOCK, KS. - Collaborative discharge planning: nursing and social services. *Clinical Nurse Speciality*. Vol. 8, Nº 5 (September 1994), p. 248-252.
- HART, E. - Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.23 (1996), p. 454-461.
- HAYNES, RB et al. - Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- HENDERSON, Amanda; ZERNIKE, W. – A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 35, nº 3 (2001), p. 435-441.
- HESS, Christine; MEYER, Diane; PHILLIPS, Debra - Video-on-demand provides easy access to visual teaching tool, enhancing education. *Patient Education Management*. August. Vol.16. n. °8 (2009), p. 85-96.
- HOLTER & SCHWARTZ-BARCOTT - Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*. Vol.18 (1993), p.298-304.
- INQUERITO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE – *Inquérito nacional de Estatística 2005/2006*. INE, IP; INSA, IP; 2009. [consult. 04/11/2011]. Disponível em linha <http://www.instituto-nacional-de-estatistica.pt>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Indicadores sociais 2009*. Lisboa 2010. Disponível em linha <http://www.ine.pt>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Retrato territorial de Portugal, 2009, parte II, sustentabilidade demográfica dos territórios*. Lisboa; 2011. [consult. em 04/11/2011]. Disponível em linha <http://www.ine.pt>
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *International Classification for Nursing*

Practice [em linha]. Versão 2011. Switzerland: International Council of Nurses, 2011, [consult. 05/11/2011]. Disponível em linha <http://www.icn.ch>

JAARSMA, T. et al. - Self-care behaviour of patients with Herat failure. *Scand. J. Caring Sci.* n° 14 (2000), p. 112-119.

JACKSON, Marilyn, F. – Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing, a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing.* N° 19 (1994), p. 492-502.

JEPPESEN E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, Walters JAE. - Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2012), Issue 5. Art. No.: CD003573. DOI: 10.1002/14651858.CD003573.pub2.

JEWELL, Sarah E. – Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing.* N° 18 (1993), p. 1288-1296.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – *Nursing Outcomes Classification – NOC* - , St. Louis: 2ª Ed, Mosby. 2000, p. 24.

JOHNSTON, Kylie, N. et al - Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructive pulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. *International Journal of COPD.* Vol.6 (2011), p. 659–667.

KALRA, L. et al. - Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *BMJ Journals.com.* Vol. 328 (May 2004).

KAPTEIN, A. et al – Illness perceptions and COPD patient management. *Journal of Asthma.* Vol. 45 (2008), p. 625-629.

KATHOL Roger G.; PEREZ, Rebecca; COHEN, Janice S. - *The integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health.* New York: Springer Publishing Company, 2010.

KERZMAN, H. et al. – What do discharged patients know about their medication? *Patient Education Counseling.* Vol. 56 (2005), p. 276-282.

KUHN, Thomas S. – A estrutura das revoluções científicas. Guerra e Paz, Editores S.A, 2009.

LACASSE, Y. et al - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 4. Art. No.: CD003793. DOI:10.1002/14651858.CD003793.pub2. 2006.

- LANGER D. et al - Clinical Practice Guideline for physical therapy in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) - Portuguese version. *Rev Bras Fisioter, Sao Carlos*. Vol. 13, n.º3 (mai./jun.; 2009), p. 183-204.
- LEI PAN, et al. - Does upper extremity exercise improve dyspnea in patients with COPD? A meta-analysis. *Respiratory Medicine*. Vol. 106, n.º 11 (November 2012), p. 1517-1525.
- LEIDY, Nancy Kline; KNEBEL Ann - In search of parsimony: reliability and validity of the Functional Performance Inventory-Short Form. *International Journal of COPD*. Vol.5 (2010), p. 415 – 423.
- LEITE, Maria das Dores Vieira – Avaliação da tipologia de autocuidado no cliente com DPOC. 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- LEMMENS K.M.M. et al. Designing patient-related interventions in COPD care: empirical test of theoretical model. *Patient Education and Counseling*. Vol. 72 (2008), p. 223-231.
- LEMMENS, Karin, M.M. et al - Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Services Research*. Vol. 10, n.º 81 (2010).
- LLEWELLYN, Anne; LEONARD Margaret - *Nursing case management: nursing review and resource manual*. 3ª Ed. Washington: American Nurses Credentialing Center, 2009.
- LODEWIJCKX, Cathy et al - Inhospital management of COPD exacerbations: a systematic review of the literature with regard to adherence to international guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol. 15 (2009), p. 1101–1110.
- LORIG, Kate R.; HOLMAN, Halsted R. - Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 26, n.º 1 (2003).
- LUSZCZYNSKA, A; SCHWARZER – Social cognitive theory. IN Predicting health behavior: research and practice with social cognitions models r. 2.ª Ed. London: Open University Press, 2009. Cap.4.
- MANEN VAN et al - Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. Vol. 57 (2002), p. 412–416.
- MARION JOHNSON et al. – *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artemed, 2009.
- MARÔCO, João – *Análise estatística com o PASW Statistics*. Report Number, Lda, 2010,

p. 537.

McCORKLE, R., et al - Self-Management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin.* Vol. 61 (2011), p. 50–62.

McCORMACK, Diane – An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing leadership.* Vol. 16, n. ° 4 (2003), p. 48-65.

MCGOWAN, Patrick - Self-management: A background paper. New perspectives: international conference on patient self-management. University of Victoria. [em linha] [Consult. 12-04-2012] Disponível em: http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf

MCKAY, J.; MARSHALL, P. - 2 x 6 = 12, or Does It Equal Action Research? Paper presented at the Australasian Conference on Information Systems (ACIS 1999), Wellington; New Zealand. December; 1999

MCKAY, J.; MARSHALL, P. – Action research: a guide to process and procedure. 2002. [Em linha], [Consult. 21-05-2009] Disponível em: <http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20model.pdf

MELEIS et al – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv. Nurs Sci.* 23, n.º1 (2000), p.12-28.

MELEIS, A. I. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MELEIS, Afaf Ibrahim – Theoretical Nursing, Development & Progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott & Williams & Wilkins, 2007.

MELEIS, Afaf Ibrahim – Transition theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing, LLC, 2010.

MELEIS, I A; TRANGENSTEIN P. A. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook.* Vol. 42 (1994), p. 255-59.

METTLER, Molly; KEMPER, Donald W. - Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics.* Vol. 377 (2006).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde - *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas.* Uma abordagem integradora. Lisboa. 2008.

- MINISTERIAL COUNCIL ON EDUCATION, EMPLOYMENT, TRAINING AND YOUTH AFFAIRS. National Assessment Program Information and Communication Technology Literacy - ICT Literacy Years 6 and 10 Report. Australia 2005.
- MONTI, E. J. & TINGEN, M. S. - Multiple Paradigms of Nursing Science. *Advances in Nursing Science*. Vol. 21, nº 4 (1999), p. 64-80.
- MOORHEAD, Sue et al. – NOC: *Classificação dos resultados de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MOREIRA, Márcia Maria Pinto - A intolerância à atividade em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. 2012. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação. Porto.
- MORO-GONZALEZ, et al - Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *Int J Clin Pract*. Vol.63, n. °5 (May; 2009), p.742–750 doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02040.x.
- MORSE, J.; FIELD, P. – *Nursing Research: the application of a qualitative approaches*. 2ª ed. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd., 1998.
- MOTA, Liliana A. N. – O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após o transplante hepático. 2011. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do grau de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Porto.
- MUIR, A.J.; et al - Reducing medication regimen complexity: a controlled trial. *J Gen Intern Med*. 16, n. °2 (2001), p. 77-82.
- NARDI, R. et al. - Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med*. Vol. 2 (2007), p.95-99.
- NAYLOR, M. D.; BOWLES, H. K.; BROOTEN, D. – Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public health nursing*. Vol. 17, n. °2 (2000), p. 94-102.
- NAYLOR, M. D.; MCCAULEY, Kathleen, M. – The Effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal Cardiovascular Nursing*. Vol.14, nº1 (1999), p. 44-54.
- NAYLOR, M.D. – Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot

study. *Nursing research*. Vol. Nº 39, n.º 3 (1990), p. 156-161.

NOLTE, Ellen; MCKEE, Martin – Caring for people with chronic conditions a health system perspective. *European observatory on health system and policies*. Open University press. 2008.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias, desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. [Lisboa], Set. 2002.

OREM, Dorothea E. – *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona. 1993.

OREM, Dorothea E. – *Nursing: concepts of practice*. McGraw-Hill Book. New York. 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Adherence to a long-term therapies, evidence for action*. 2003.

PADILHA, J. – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. 2006. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

PADILHA, J.M.; OLIVEIRA, F.; CAMPOS, J. - Integrative literature review on treatment management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *REV ESC ENFERM USP*. Vol.44, n.º4 (2010), p. 1123-8.

PADILHA, José Miguel – Influência da perceção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Vol. 16, n.º4 (Julho/Agosto; 2010).

PADILHA, José Miguel; SOUSA, Paulino; PEREIRA, Filipe - Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com DPOC. *Revista Acta Paulista*. Vol. 25, n.º7 (2012).

PEREIRA, F. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 5ª Ed. Lisboa: Edições Silabo, 2008.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLKEY, M.I; RABE, K.F. - Chicken or egg: physical activity in COPD revisited. *Eur Respir J.*; 33 (2). 2009; p. 227-229.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Nº: 40A/DSPCD de 27/10/09.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Programa tipo de atuação em cessação tabágica*. N.º26/DSPPS. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Centro de Investigação em Saúde Comunitária - *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa. 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Plano nacional de saúde 2004/2010*. Lisboa. 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Plano nacional de saúde, indicadores e metas em saúde parte 3. 20012/2016*. Lisboa. 2012, p.25. [consult. 21/08/2012], disponível em linha <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica N.º4/DGCG*. 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342.

PROOT, Ireen, et al. - Autonomy in the Rehabilitation of Stroke Patients in Nursing Homes: a Concept Analysis. *Scand J Caring Sci*. 12 (1998), p. 139–145.

PUHAN M, et al - Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.:

- CD005305. DOI:10.1002/14651858.CD005305.pub2. (2009).
- QUIVY R; CAMPENHOUDT, L.V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa; 5ª ed. Gradiva, 2005, p. 69.
- RAND C.S. - Patient adherence with COPD therapy. *Eur Respir Rev*. Vol. 11, n. ° 96 (2005), p. 96-101.
- RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 3, n. °3 (2008), p. 371-84.
- RESTREPO, R.D. et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Vol. 3, n.°3 (2008), p.371-84.
- RIBEIRO, L. - Cuidar e Tratar - *Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa, 1995.
- RICE Kathryn L. et al. – Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. A randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care*, Vol. 182 (2010), p. 890-896.
- ROBERTS S. E. et al - The use of pursed lips breathing in stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the evidence. *Physical Therapy Reviews* Vol. 14, n° 4 (2009).
- ROBERTS, N. J. et al. - Health Literacy in COPD. *International Journal of COPD*. Vol.3, n, °4 (2008), p. 499-07.
- RODRIGUEZ, J. M. Gonzalez-Moro et al - Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *Int J Clin Pract*. Vol.63; n.°5 (may; 2009), p.742–750.
- RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, n.°4 (2009), p. 217–225.
- SCHARLOO, M. et al. – Illness perceptions and quality of live in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*. Vol. 44 (2007), p. 575-581.
- SCHILLINGER D. et al. Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *JAMA*. Vol.288 (2002), p. 475–82.
- SENGE, Peter, M. – *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. 15 Ed. Círculo do Livro. São Paulo, 1990.
- SEQUEIRA, Eduarda, M.A. – Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo

exploratório numa unidade de saúde familiar. 2010. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada. Porto.

SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol.55 (Jan-Fev. 2007), p.11-20.

SILVA, A. – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. 2001. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SILVA, A. – *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra. Formasau. 2006, p.57-58.

SILVA, Maria Antónia Taveira da Cruz – Intenções dominantes nas conceções de enfermagem, estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas. 2011. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, instituto de ciência da saúde do Porto.p.45.

SIMONET, M. L.et al. – Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients` knowledge about their medication. *The American Journal of Medicine*. Vol. 117 (2004), p. 563-568.

SIN, D.D. et al. - Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA*. Vol.290 (2003), p. 2301–12.

SOUSA, P. – O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Porto: [s.n.]. 2005. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SOUSA, P.A F. – *Sistema de partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra. Formasau. 2006.

STEUTEN, L. M. G. et al - Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD. *International Journal of COPD*. Vol. 4 (2009), p. 87–100.

STONE, V.E. et al - Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 28, n.º2 (2001), p.124-31.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. – *Pesquisa qualitativa, técnicas e procedimentos para o*

- desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2º Ed. São Paulo: Artmed, 2009.
- STREUBERT, H.J.& CARPENTER, D.R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002.
- SUSMAN, G.I. & EVERED R.D. - An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 23 (1978), p. 582-603.
- SWALLOW, E.B. et al. - Quadriceps strength predicts mortality in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. vol.62 (2007), p. 115–120.
- THORAX - Appendix C: Educational packages. *Thorax*. Vol.59 (Suppl. I) (2004), p. 1-232. doi: 10.1136/thx.2004.022707
- TRANGENSTEIN, Patricia, A.; MELEIS, Afaf, Ibrahim – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*; 42. 1994, p. 256.
- TURNOCK AC, WALTERS EH, WALTERS JAE, WOOD-BAKER R. - Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD005074. DOI: 10.1002/14651858.CD005074. pub2. 2009.
- USA. DMMA. (2011) - Definition of disease management. Washington, D.C. Care Continuum Alliance, [em linha]. Disponível em http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp
- VAN ZELLER et al. - Avaliação de eficácia de Sessões de Educação a doentes com Asma e DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Volume 18, n.º1 (Jan/Feb. 2012), p. 29-33.
- VASCONCELOS, I.F.G; MASCARENHAS A. O. – *Organizações em aprendizagem*. São Paulo. Thomson, Learning, Inc, 2007.
- VENKATESH V. - Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into in the technology acceptance model. *Inform Sys Res*. Vol.11, n.º4 (2000), p. 342-65.
- VIEIRA, Margarida – Solidariedade e responsabilidade. In Para uma ética da enfermagem. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra 2 – publicações, Lda., 2004.
- VINCKEN, W; DEKHUIJZEN; BARNES, R.P. The ADMIT series—issues in inhalation therapy. Part 4. How to choose inhaler devices for the treatment of COPD. *Prim Care Respir J*. Vol.19, n.º1 (2010), p.10-20.
- WALKER, M. L.; THOMPSON, D.R. – Self Management in long term health conditions – A complex concept poorly understood and applied?. *Patient Education and Counseling*.

Vol. 75 (2009), p. 290-292.

WARD, Marcia M. et al - Provider adherence to COPD guidelines: relationship to organizational factors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol.11 n.º4 (2005), p.379–387.

WEISS B.D. et al. - Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract*. Vol.5. (1992), p. 257–64.

WENDT, D.A. - Evaluation of medication management interventions for the elderly. *Home Healthcare Nurse*. Vol.16 (1998), p. 612–617.

WILLIAMS, Bev; PACE Ana Emilia - Problem based learning in chronic disease management: A review of the research. *Patient Education and Counseling*. Vol. 77 (2009), p. 14–19.

WILLIAMS, M. V. et al - Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med*. Vol. 158 (1998), p. 166–72.

WILLIAMS, M. V. et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. Vol.114 (1998), p. 1008–15.

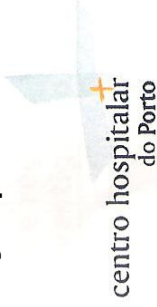
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. World Health Organization. Switzerland, 2008.

YAM, B. – From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing; *British Journal of Nursing*. 13, n.º16 (2004), p. 978 – 982.

ZWERINK, Marlies et al. - Relationship between daily physical activity and exercise capacity in patients with COPD. *Respiratory Medicine*. Vol. 107, n.º2 (February 2013), p. 242-248.

Anexos – Volume em suporte digital apensado à Tese, dela fazendo parte integrante

ANEXO 1 - Autorização para a realização do estudo



Largo Professor Abel Salazar
4059 - 001 PORTO
www.hgsa.pt

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Para: ENF. JOSÉ MIGUEL S CASTRO PADILHA PEDRO ESTEVES
R. Beatriz Costa, 51 – Rio Tinto PRESIDENTE DO CONSELHO DE
4435-120 GONDOMAR ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 22 DE JANEIRO DE 2010

Tel.: Págs.:

Ref.: N/ REF.º 186/09(132-DEFI/155-CES) CC:

Urgente Apreciar p.f. Comentar p.f Responder p.f. Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Projecto de Investigação - “Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica”

Em resposta ao solicitado por V.º Ex.ª em carta datada de 20 de Novembro de 2009, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, nos Serviços de Medicina 1A, Medicina ID e Consulta Externa, sendo Investigador Principal o Enf. José Miguel dos Santos Castro Padilha.

Cumprimentos,

Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



Estudos de investigação
Modelo de Consentimento Informado



Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Eu, abaixo-assinado _____.

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a promover a gestão do regime terapêutico através do desenvolvimento de um modelo de intervenção e acompanhamento de Enfermagem.

Sei que neste estudo está prevista a realização de “ensinos” durante o internamento e consultas de enfermagem na consulta externa, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus objetivos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantida a sua anonimização.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a anonimização dos dados.

Nome do participante no estudo _____

Assinatura _____ Data [Ano/mês/dia].

Nome do Enfermeiro responsável

Assinatura _____ Data [Ano/mês/dia].

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que **leia** todo o documento e se **sinta à vontade** para **colocar todas as questões** que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Miguel Padilha, Enfermeiro, a frequentar o Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa/Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“PROMOÇÃO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CLIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA”**.

Este estudo de investigação destina-se a promover as competências dos utentes para lidarem de forma adequada com os tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, no sentido de prevenir complicações associadas aos problemas de saúde que apresentam e, por essa via, melhorarem a sua “qualidade de vida”.

Neste estudo está prevista a realização de “ensinos” durante o internamento sobre a forma de gerir a sua doença (DPOC) e o seu acompanhamento na consulta externa.

Este estudo pretende ser um contributo para a melhoria da sua capacidade de integrar no seu dia-a-dia a toma da medicação e de outros conselhos que os profissionais de saúde acordem consigo.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade do Centro Hospitalar do Porto. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afectará a sua relação atual ou futura com o Centro Hospitalar do Porto.

PROCEDIMENTO:

Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

□ Caso esteja internado e aceite participar no estudo, serão realizados “ensinos” pelos enfermeiros do serviço sobre a forma de gerir a sua doença, e posteriormente após a alta, será acompanhado na consulta externa por um enfermeiro para o ajudar a gerir a doença. Para este fim o enfermeiro avaliará os seus conhecimentos e capacidades para executar as atividades relacionadas com a toma da medicação e com outras atividades relacionadas com os conselhos dados pelos profissionais de saúde, com a intenção de ajudá-lo a melhorar aquelas em que necessitar.

□ Caso seja apenas acompanhado na consulta e aceitar participar no estudo, passará a ter o recurso de um enfermeiro para o ajudar a gerir a doença. Para este fim o enfermeiro avaliará os seus conhecimentos e capacidades para executar as atividades relacionadas com a toma da medicação e com outras atividades relacionadas com os conselhos dados pelos profissionais de saúde, com a intenção de ajudá-lo a melhorar aquelas em que necessitar.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, com a realização do estudo pretende-se “ajudar” através da definição de intervenções de enfermagem que permitam prevenir situações de risco associadas à situação de doença no domicílio e atender às suas necessidades. Desta forma estamos a contribuir para a profissionalização das práticas e comportamentos dos enfermeiros.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Agradecemos a sua participação no estudo e o contributo dado para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Análise de conteúdo às entrevistas exploratórias com os clientes com DPOC

Categories Major	Categories	Subcategories	ex.: unidades de registo
Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico	Autocuidado	Andar	E3 – “...quando apertava um bocadinho o passo, já sentia aqui o peito...”; E3 – “...perco a força...dói-me as pernas...e o peito parece que me rebenta...”; E1 – “...ia para ali...já não posso andar...canso-mo ...eu canso-me a atravessar a estrada com dois ou três pães!...”; E2 – “...queria andar mais e não posso...” E5 – “...subir escadas sentia dificuldades...sentia uma aflição...uma vez em Roma se não fosse a bombinha (inalador)...”;
		Atividade doméstica	E1 – “...não conseguia fazer a cama...fazia mas era aos bocados...mudar a cama...perdi a força para isso...”; E1 – “...Fazia as compras todos os dias...mas um bocadinho de cada vez...agora...(encolhe os ombros resignado)”;
		Atividade recreativa	E5 – “...deixei de fazer alguma coisa como nadar que gostava muito...não tenho resistência...”; E1 – “...ia até Matosinhos todos os dias...foi a minha perdição ter de deixar de fazer isso...”;
		Higiene	E1 – “...sinto-me cansado... a tomar banho...”; E2 – “...Lavar as pernas e depois secar é que é mais complicado...”;
		Alimentar	E1 – “...à refeição ...como de pé!...senão tenho falta de ar...”;
	Atitude face ao autocuidado	Efeito terapêutico percebido	E1 – “...não via melhoras...olhe... deixei de fazer...”; E4 – “...não noto diferença nenhuma...continuo a ter cansaço na mesma, aliás, aquilo também não deve ser para o cansaço...”;

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex. Unidades de registo
Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>continuação</i>)	Atitude face ao autocuidado	Conhecimento	E3 – “...eu sentia-me à rasca, fumava um cigarro, tossia, limpava e passava...”; E3 – “...é coisa muito simples...a malta é que não se mentaliza, a gente fuma e quer andar e dá a impressão que o ar cada vez falta mais... nem que, não vá a fumar... andava no plano andava bem, ...depois comecei a sentir a andar em plano ... isto é o cigarro... depois deixei de fumar...”; E4 – “...agora tenho a consciência que isto é para agravar...mas ainda não deixei de fumar...”
		O custo	E1 – “...o pior de todos é o redondinho (inalador); só nesse vai um quarto da reforma...”;
		A complexidade percebida	E1 – “aquele redondinho (inalador) é muito difícil, primeiro que percebesse...” E2 – “a bombinha (inalador) não é fácil de usar...”
	Crenças	Fármacos	E1 – “...no principio não tomava os medicamentos, eram muitos e eu tinha medo... de ficar pior...”; E2 – “...se não tomo complico...”; E5 – “...não ligava...não tomava medicamentos nem nada e passava...e o cigarro dá um certo alívio ao contrário do que a malta acha...porque a gente tosse um bocado e fica mais aliviado e mais calmo...”;
		Severidade percebida	E1 – “...sei lá... porque vi a minha vida muito má, aqui à minha frente...agora não quero estragar...”; E4 – “...agora tenho consciência disso, do perigo...porque agora estou a sentir dificuldade...”; E4 – “...agora vou daqui ciente, a senhora Doutora, pôs-me os pontos no sítio certo...no carnaval vou deixar de fumar(risos...faltava um dia)...”;
	Volição	Projeto de vida	E3 – “...Aquela paixão de vir a fazer uma coisa que gosto de fazer...”; E3 – “...tenho um neto que fez ontem dois meses, a semana passada estive mal... e disse, a ti já não te vou ver andar...e é isso que eu gostava... tenho outros de 3 anos de 6 anos...e a gente gosta de ver aquilo...”; E5 – “... vou querer ver os meus netos a crescer, a família é uma motivação muito grande... e as crianças mais... a família os mais pequeninos...”; E6 – “... estou velho, o que ando aqui a fazer, não tenho ninguém que me possa ajudar... vem um dia, vem outro... pouco importa...”.

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex. Unidades de registo
Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>continuação</i>)	Adaptação	As estratégias adaptativas	<p>E4 – “...mudar... ora bem... não porque é assim....o meu serviço é no exterior...ainda por exemplo hoje de manhã, fiz um serviço que fiquei muito cansado... ultimamente é que tenho sentido mais acentuadamente... tenho de pensar como me vou arranjar...”;</p> <p>E1 – “... pensando bem, deixei de fazer isto, isto, quando dei fé... estou aqui sentado... e pouco faço...”;</p> <p>E2 – “... tenho de me sentar, mas o quarto de banho é pequenino...”;</p> <p>E2 – “...não sou homem para correr... tenho de ir até onde posso...e depois!...olhe sento-me e espero pelas forças...”;</p>
	Perceção do suporte	Familiar	<p>E1 – “...o meu filho às vezes não pode... coitado dá-me tudo o que pode... mas todos os dias anda a correr, tanto está em Braga como em Viana...”;</p> <p>E2 – “...tenho filhos próximos... tenho dois... tenho apoio, a minha filha está ali...ela está sempre em casa...”;</p> <p>E1 – “... eu gosto de andar e estar sozinho...”;</p> <p>E3 – “...reformado, sem fazer nada, passar o dia em casa, já sei os programas todos da televisão...é raro ter amigos... uns trabalham... havia um que ia lá... mas já não sei dele... se calhar está doente... tenho lá um cãozinho...”;</p> <p>E5– “... as pessoas também já me começavam a chatear ...”;</p> <p>E5– “...senti-me sempre acompanhado eles também compreendem...”;</p>
		Profissional	<p>E1 – “...os enfermeiros pouco me oferecem..., é mais o médico...”;</p> <p>E1 – “...lá em casa, não houve nada dos enfermeiros, tomara eu...”</p> <p>E2 – “...os enfermeiros são maravilhosos... quando vou lá fazem o que eu peço...medem as tensões!...mas quem me ensinou foi o médico...”;</p> <p>E5– “...os enfermeiros nenhuma (ajuda); pesar...peso-me eu; medir a tenção vou à farmácia meto o braço...os enfermeiros podiam ter essa ação mais próxima do doente (disponibilizar informação)...”;</p>
		Acesso aos serviços de saúde	<p>E1 – “...a única coisa que tenho da caixa é o médico...mas é uma dificuldade...e hoje é sexta-feira...agora só na segunda...”;</p> <p>E1 – “...Na caixa a dificuldade é o médico...”;</p> <p>E2 – “...não tenho dificuldade de ir (acesso) ao médico...quando preciso vou lá...”;</p>

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex. Unidades de registo
<p>Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico.</p>	<p>Informação</p>	<p>Fiabilidade</p>	<p>E4 – “até leio umas coisas, mas tenho medo, nuns sítios leio uma coisa, noutra, outra, fico confuso...tenho medo de fazer asneira...!”;</p>
		<p>Disponibilidade</p>	<p>E4 – “...a informação que tenho sobre isso foi da escrita...do que li...que fui apanhando lá fora... devia de existir mais...!? no hospital e no posto de saúde acho que não encontrei nada...”;</p> <p>E4 – “...foi na farmácia que me ensinaram...abriram a caixa e explicaram-me... lá ao balcão... à frente dos outros!?! (mostra um ar incrédulo) ...”;</p> <p>E5 – “...não dão resposta...(ao que gostava de saber) leio na net...mesmo o doutor não está preparado...”;</p> <p>E5 – “... importante era a educação sobre isto, sobre a alimentação, muito sobre a ginástica...e eu sei que existe, porque já vi na internet...”;</p>
		<p>Utilidade</p>	<p>E5 – “...quando preciso não tenho nada, outras vezes leio, mas sabe, com o tempo esquecemos...”;</p> <p>E5 – “já me deram uns papéis pequeninos para ler, mas olhe, para que é que queria aquilo era para deixar de fumar, e eu já não fumo há anos!”;</p>
		<p>Oportunidade</p>	<p>E5 – “...isso do exercício é que precisava de saber agora... para reduzir o peso... e para ajudar aqui esta membrada (aponta para o diafragma)...”;</p>
		<p>Acessibilidade</p>	<p>E1 – “...a gente até vê umas coisas, nas revistas, na farmácia, nos medicamentos e nas paredes dos centros de saúde, mas olhe, as letras são miudinhas, eu leio passado duas linhas ou três já não sei o que estão a dizer...aquilo é só para doutores...e eu só fiz a 4 classe...”</p> <p>E4 – “o meu filho já me deu umas coisas da internet, mas sabe como é, foi boa vontade, mas se fosse eu, havia de encontrar outras coisas...não acha!”.</p> <p>E3 – “...os enfermeiros até me explicaram como fazer os exercícios, quando andei na ginástica...”;</p> <p>E4 – “...não ensinaram, porque isto foi à pouco tempo (3 meses)..foi a médica...”;</p> <p>E5 – “...ninguém me ensinou, fui eu que vi no papel do medicamento...”;</p>

Análise de conteúdo às entrevistas com os enfermeiros peritos

Categories Major	Categories	Subcategorias	ex.: unidades de registo
Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico	Atitude face ao autocuidado	Efeito terapêutico percebido	EEP 1 – “...quando estão melhor deixam a medicação...”; EEP 1 – “...Quando o cliente se vê numa situação menos aguda, tende a abandonar a terapêutica medicamentosa, e o estilo de vida que lhe é proposto...”; EEP 4 – “...quando se sentem bem, deixam de fazer a medicação...”; EEP 2 – “...eles até aderem à medicação, mas...não sentem as melhorias!...” EEP 2 - “...se não sentir melhorias não toma...”.
		Preferências	EEP 5 - “...muitas das vezes não estamos atentos e não privilegiamos as preferências dos clientes, deixamos que a prescrição do tratamento ideal se sobreponha e em consequência o resultado não é o melhor...”
		Conhecimento	EEP 2 – “...é fundamental que entendam a doença que tem...” EEP 2 – “...se não percebem que só estão bem porque estão a fazer a medicação....”; EEP 2 – “...têm haver, com as pessoas...estou muito mal faço qualquer coisa, estou muito melhor deixo de fazer...”; EEP 2 – “...existem pessoas que acham que a saúde é a coisa mais importante...outras não.”; EEP 4 – “...alguns têm medo de deixar de respirar, e conseqüentemente da morte...”. EEP 2 – “...estou muito mal faço qualquer coisa, estou melhor deixo de fazer...” EEP 4 – “...tomo quando estiver mal...quando se sentem bem deixam de fazer...” EEP 1 – “...algo que leva a pessoa a não aderir ao regime terapêutico que lhe é oferecido para controlar a sua doença, passa pelo conhecimento sobre as oscilações da doença quer a nível sazonal, quer a nível de questões que despoletam as crises de agudização ...”.
		O custo	EEP 2 – “... o preço dos medicamentos... são caríssimos... este doentes não fazem só esta medicação... às vezes dizem-me Sra. enfermeira só faço a medicação até meio do mês se não, não como!...” EEP 3 – “...muitas vezes não fazem a medicação porque o dinheiro não chega...”.

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex.: unidades de registo
Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>Continuação</i>)	Atitude face ao autocuidado	Efeitos secundários	EEP 1 – “...os efeitos simpáticomiméticos...os doentes podem ter alterações da sua mobilidade fina e isso vai prejudicar o autocuidado...”; EEP 1 – “...os efeitos cardíacos, nomeadamente a taquicardia...”; EEP 2 – “...o tipo de inalador que os doentes têm...porque existem alguns difíceis de utilizar...” EEP 2 – “...é preciso adequar a prescrição...é complicado para alguns...tem de se falar com o senhor doutor...”; EEP 2 – “...alguns têm muitos medicamentos...” EEP 2 – “...tentar os fármacos dois em um...”;
	Volição	Projeto de vida	EEP 1 – “...até podem não saber ler, não terem recursos económicos, mas...se querem que o filho chegue à faculdade e é importante para ele (cliente) ... manter-se vivo, e bem até ao filho ir para a faculdade, a pessoa vai fazer de tudo, para gerir bem, ...”. EEP 4 – “...por norma o que apreende o que eu ensino são aqueles que têm algum objetivo de vida...e que quer mesmo aprender...e esses dá para ver à partida que estão interessados, fazem perguntas, fazem pesquisa...”.
	Literacia		EEP 1 – “...o facto de possuir baixa literacia....perturba a utilização, de dispositivos, dos medicamentos e, dos equipamentos que na sua conceção não preveem este tipo de dificuldades...”; EEP 2 – “...uma grande maioria não consegue ler...”.
	Adaptação	Aceitação da condição de saúde	EEP 3 – “...cronicidade implica uma forma de estar...o doente que não aceita a sua limitação...porque é restritiva...tem uma reação diferente...”;
	Capacidade cognitiva		EEP 2 – “... existem doentes nos quais intervêns uma vez, e estão aptos...outros é necessário intervir uma, duas, três vezes, porque continuam a fazer mal... tens de perceber a capacidade e a disponibilidade para aprender...” EEP 2 - “...tens de perceber a capacidade de aprender...”.
	Capacidade instrumentais		EEP 1 – “...a limitação a nível da visão perturba a utilização dos medicamentos...”; EEP 2 – “...o facto de ter a coordenação entre acionar o dispositivo com a mão e a inalação é complicado para alguns doentes...”; EEP 2 – “...a grande dificuldade é na inspiração...”.

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex.: unidades de registo
<p>Condicionalismos pessoais do cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>Continuação</i>)</p>	<p>Perceção do suporte</p>	<p>Profissional</p>	<p>EEP 1 – “...o não acompanhamento por um profissional...com o intuito de ver como a pessoa está e se está ou não cumprir o regime terapêutico, é um dos fatores para que a pessoa seja reinternada...”;</p> <p>EEP 2 – “...sempre que necessitar de mim, eu estou aqui!...”;</p> <p>EEP 2 – “...tudo o que tenho de dizer tem de ser verdade...”.</p> <p>EEP 3 – “...o que falha é a articulação dos hospitais com os centros de saúde, para a continuidade de cuidados...”;</p> <p>EEP 5 – “...os centros de saúde com enfermeiro de reabilitação, para ensinos de manutenção, se calhar evitavam muitos reinternamentos...”;</p> <p>EEP 5 – “...não temos tempo para ouvir as dúvidas...”;</p>
		<p>Familiar</p>	<p>EEP 1 – “...muitas vezes, as pessoas significativas têm mais idade...”;</p> <p>EEP 3 – “...têm aspetos da personalidade que originam mais rejeição da família...”;</p> <p>EEP 3 – “...a sintonia com os familiares...”;</p> <p>EEP 4 – “...muitos vivem sozinhos...têm medo de passar a noite...”;</p> <p>EEP 4 – “...não fomos feitos para estar sozinhos... ficam mais ansiosos, quando estão sozinhos e, está de noite...”;</p>

Categorias Major	Categorias	Subcategorias	ex.: unidades de registo
<p>Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico</p>	<p>Ação enfermagem</p>	<p>Conceção de cuidados</p>	<p>EEP 1- “...devíamos intervir melhor no conhecimento dos doentes, para eles saberem mais sobre a doença, como evitarem ficar piores, quando iniciar a medicação de SOS...ajudá-los a deixar de fumar, fazê-los perceber a importância de utilizar os inaladores...” EEP 2 “...é muito importante ajudá-los a viver com a falta de ar, a tomar banho, a andar, a comer,...estes doentes perdem a massa muscular e depois ficam completamente dependentes, se não os ajudarmos a manter a massa e a força muscular....têm complicações e acabam por morrer...” EEP 3 “...sabes... acho que... para estes doentes, era muito importante eles terem consciência que são capazes de fazer... por exemplo de usar o inalador corretamente...”.</p>
		<p>Elementos da ação</p>	<p>EEP 1- “...é sempre feita, embora neste ambiente controlado...e fazemos para aquele inalador...”; EEP 2 – “...o ensino não pode ser feito uma vez... tem de ser sequencial... devemos deixar mexer...”; EEP 4 – “...têm de ser ensinados...”; EEP 4 – “...os enfermeiros preocupam-se em fazer os ensinamentos relativamente ao inalador... os colegas fazem o ensino uma vez de manhã outra vez à tarde e as coisas perdem-se...” EEP 4 – “...em relação ao regime não farmacológico, faço em relação às técnicas respiratórias... outro ensino que faço é em relação à hidratação...”; EEP 5 - “...é preciso uma boa comunicação... a forma como se fala, se for muito elaborado os doentes não compreendem, é preciso explicar...”; EEP 5 – “...para haver uniformidade de intervenções devia de haver formação...”.</p>
		<p>Intenção</p>	<p>EEP 3 – “...não é uma questão de tempo... é a envolvimento na promoção da saúde... posso é não estar sensibilizado...” EEP 4 – “...as rotinas em si dificultam...adaptar as rotinas ao doente... o ter tempo para me sentar com o doente... ou perdemos um bocadinho de tempo ou não conseguimos...”;</p>
		<p>Organização</p>	<p>EEP4 “... a gestão do tempo é muito complexa, tenho de assegurar a gestão das solicitações organizacionais que me ocupam uma parte significativa do tempo, depois tenho de avaliar os doentes e selecionar as prioridades de intervenção, e temos muitos doentes, tenho de ajudar os colegas a tomar decisões sobre tratamentos às úlceras, ajudar nas transferências da cama para a cadeira, viabilizar a preparação das altas... claro que os outros aspetos não são abordados”</p>
		<p>Avaliação</p>	<p>EEP 1- “...isso penso que ainda falha...”; EEP 1 – “...há aqueles (enfermeiros) que estão contentes quando o clique é feito, outros só quando os doentes demonstram a capacidade...” EEP 5 – “há de tudo, uns só fazem porque está lá... outros fazem mas não põem lá (documentado no sistema de informação)...”</p>

Anexo 4: Análise de conteúdo às entrevistas de grupo

Análise de conteúdo às entrevistas de Grupo

Categorias major	Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Ex. Unidades de registo
Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico	Ação enfermagem	Organização dos cuidados	Tempo disponível	<p>R1E1 “...o grau de dependência dos doentes...tendo seis doentes à tarde quatro deles totalmente dependentes...todos sabemos que os doentes com DPOC nós nem intervimos (gestão do regime terapêutico) ... porque estamos centrados nos outros porque temos de alimentar, posicionar, fazer pensos...”;</p> <p>R2E2 “...perdemos tempo com algumas coisas como: a articulação com a farmácia, andar atrás do médico para alterar isto ou aquilo...atender telefone ...”;</p> <p>R1E3 “...depende muito de quando sabemos...tive uma doente que ia ter alta à tarde, os nebulizadores, chegaram no dia antes...teve de ser tudo muito rápido, e muitas das vezes não dá tempo para avaliar...”;</p>

Categorias major	Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Ex. Unidades de registo
<p>Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>Continuação</i>)</p>	<p>Ação enfermagem</p>	<p>Organização dos cuidados (<i>continuação</i>)</p>	<p>Formação</p>	<p>R1E4 “...do meu ponto de vista, tenho falta de tempo...e eles (Especialistas) têm uma melhor formação...”;</p> <p>R2E4 “...porque está muito pouco interiorizado..., estamos muito no modelo biomédico... preocupamo-nos muito com os sinais vitais, com os exames, com a medicação”;</p> <p>R2E3 “...sei muito pouco sobre gestão do regime terapêutico, e mesmo aqueles que sabem um pouco mais não nos conseguem a ajudar no dia-a-dia...”</p>
			<p>Organização da equipe de saúde</p>	<p>R2E3 “...chegam à nossa beira, dizem-nos que o doente vai ter alta à tarde, é preciso fazer ensinios sobre os nebulizadores que a irmã ou a filha vai trazer daqui a meia hora, mesmo que digamos mas olhe o doente não consegue, não sabe...”;</p> <p>R2E6 “...prescrevem os inaladores dois a três dias antes da alta...e às vezes não dá tempo...”;</p> <p>R1E3 “...elas (assistentes operacionais) deveriam trabalhar mais na dependência do enfermeiro e não de uma forma tão numérica...”;</p>

Categorias major	Categoria s	Subcategorias	Sub-subcategorias	Ex. Unidades de registo
Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>Continuação</i>)	Ação enfermagem	Intenção		R2E1 “...não faço nada... (sobre o regime não farmacológico)...é verdade...”; R2E9 “...aquilo que era importante fazer e que é da nossa competência que era interligar o regime terapêutico à vida diária do doente...de forma a o integrar de uma forma natural...”; R2E8 “...sabes é esse conhecimento que nos falta, e isso dificulta-nos, é por isso que nos sentimos impotentes... depois a nossa reação não foi a mais adequada, deixamo-nos influenciar pela tradição dos cuidados...”
		Os elementos da ação	Conteúdos	R2E3 “...intervimos a nível dos nebulizadores, como devem utiliza-los como devem pousá-los adequadamente e os cuidados a ter com esses materiais...”;
			As estratégias	RE10 “...tenta-se utilizar na altura que vamos utilizar esses materiais (inaladores, hora da administração da medicação)... e tentámos arranjar mais algum tempo...”; R1E8 “...na primeira ou segunda vez explica-se para que é que é a medicação... demonstro... explico como ele deve manipular...”; R2E6 “...sento-me à beira do doente... mostro o material com calma...e tento explicar...”;

Categorias major	Categoria s	Subcategorias	Sub-subcategorias	Ex. Unidades de registo
Condicionalismos externos ao cliente, que influenciam a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (<i>Continuação</i>)	Ação enfermagem	Os elementos da ação (<i>continuação</i>)	Os recursos	R1E11 “...ainda não temos nenhuma brochura... normalmente utilizamos a exposição oral...”; R1E3 “...se os doentes têm capacidade para ler ... entrego as bulas já que têm mais tempo para lerem e verem como o inalador funciona...”; R2E8 “...vontade não nos falta, até já falamos nisso numa reunião o problema é outro...o fazer...não é fácil...surgem muitas questões...tem de ser muito bem feito...”
			O contexto da ação	R1E3 “... é na enfermaria...às vezes puxo a cortina...”; EGE2E3 “...normalmente à barulho à volta...”;
		Continuidade dos cuidados	R2E8 “... passo a informação oralmente, não sei como registar...”; R2E4 “...às vezes passa no meio de tanta coisa...”; R1E6 “...não identificamos diagnósticos sobre a gestão do regime terapêutico...é verdade...”; R1E5 “...quando o doente tem alta, imprimimos a carta, mas não escrevemos nada sobre isso...”; R2E3 “...a informação que disponibilizamos na alta restringe-se aquela que o SAPE define automaticamente...”;	
		Avaliação	R1E1 “...não temos nenhum guia, cada um faz como acha melhor...”; RE2E3 “...claro que eu dou mais importância a isto, ele a outras coisas, é preciso uniformizar...”;	

Anexo 5: Representação do fenômeno em 2009

Diagnósticos de enfermagem identificados no ano 2009 nos episódios de internamento no serviço de medicina A, nos clientes com diagnóstico médico principal de DPOC

Diagnóstico	n	%	total % dimensão	n total dimensão
dependência autocuidado higiene	36	6,59		
dependência autocuidado vestuário	33	6,04		
dependência autocuidado uso do sanitário	28	5,13		
dependência no alimentar-se	21	3,85		
dependência no transferir-se	20	3,66		
dependência no posicionar-se	17	3,11		
dependência no andar	1	0,18		
dependência no deambular	8	1,47		
dependência no andar com auxiliar de marcha	1	0,18		
risco de queda	38	6,96	37,2	203
dispneia funcional	32	5,86		
expetorar ineficaz	19	3,48		
dispneia repouso	13	2,38		
risco de aspiração	9	1,65		
hipotensão	7	1,28		
hipertensão	2	0,37		
perda sanguínea	1	0,18		
perfusão dos tecidos	1	0,18		
ventilação	1	0,18		
hematoma	2	0,37		
hemorragia	2	0,37		
ortopneia	2	0,37	16,7	91
gestão ineficaz regime terapêutico	2	0,37	0,37	2
risco de úlcera de pressão	30	5,49		
pele seca	21	3,85		
obstipação	18	3,3		
edema	16	2,93		
dor	12	2,2		
membrana mucosa alterada na cavidade oral	11	2,01		
sono	10	1,83		
confusão	9	1,65		
retenção urinária	9	1,65		
agitação	7	1,28		
febre	7	1,28		
ferida	7	1,28		
maceração	7	1,28		

consciência	6	1,1		
contusão	6	1,1		
ferida traumática	6	1,1		
úlceras de pressão	5	0,92		
deglutição comprometida	4	0,73		
paresia	4	0,73		
ansiedade	3	0,55		
coma	3	0,55		
infecção	3	0,55		
morte	3	0,55		
papel do prestador de cuidados	3	0,55		
risco de ingestão nutricional diminuída	3	0,55		
comunicação	3	0,55		
apetite diminuído	3	0,55		
ferida cirúrgica	3	0,55		
incontinência de stresse	3	0,55		
incontinência urinária	2	0,37		
risco de anquilose	2	0,37		
vômito	2	0,37		
ascite	1	0,18		
audição diminuída	1	0,18		
desidratação	1	0,18		
diarreia	1	0,18		
eritema	1	0,18		
estupor	1	0,18		
fissura	1	0,18		
incontinência intestinal	1	0,18		
metabolismo energético alterado	1	0,18		
mobilidade comprometida	1	0,18		
náusea	1	0,18		
pele húmida	1	0,18		
sonolência	1	0,18		
suicídio	1	0,18		
suscetibilidade à infecção	1	0,18		
úlceras venosas	1	0,18		
visão alterada	1	0,18		
zona de pressão	1	0,18		
tristeza	1	0,18		
			45,8	250
Total	546	100,0		

PROMOÇÃO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM CLIENTES COM DPOC

Os Enfermeiros do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, em parceria com a **Escola Superior de Enfermagem do Porto**, estão a realizar um estudo que tem por objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes com DPOC.

Assim, **solicitamos a sua colaboração** no preenchimento deste questionário, com a intenção de recolher informações que contribuam para a definição de quais os recursos de informação mais adequados as Vossas necessidades de informação relacionadas com a doença respiratória.

Com este questionário os enfermeiros pretendem desenvolver mais e melhores recursos para disponibilizarem aos doentes com DPOC, por este motivo, é **fundamental a sua participação!**

A sua participação é voluntária e os dados são **confidenciais**, e utilizados apenas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Caso aceite participar, por favor preencha os campos das próximas páginas, e no final **entregue o questionário à Enfermeira.**

Muito obrigado pela sua colaboração.

Secção I

Idade: _____ (anos)

Sexo: Masculino Feminino

Há quantos anos tem a sua doença respiratória? _____ (anos)

No último ano, quantas vezes, foi internado pelo agravamento da sua doença respiratória? _____

Tem outras doenças? Sim Não ;

Se sim, quais _____

1-Escolaridade (coloque um x no espaço adequado ao seu caso)

Não frequentou a escola	<input type="checkbox"/>
Até à 4ª Classe	<input type="checkbox"/>
Até ao 6º ano	<input type="checkbox"/>
Até ao 9º ano	<input type="checkbox"/>
Até ao 12º ano	<input type="checkbox"/>
Curso técnico profissional	<input type="checkbox"/>
Curso superior	<input type="checkbox"/>

Tem dificuldades em **ler e escrever**?

Muita dificuldade ; Alguma dificuldade ; Nenhuma dificuldade

Consegue entender os **textos que lê em jornais e revistas**?

Tenho muita dificuldade ; Alguma dificuldade ; Nenhuma dificuldade

Consegue perceber **as instruções escritas (bula/folhetos) dos medicamentos**?

Tenho muita dificuldade ; Alguma dificuldade ; Nenhuma dificuldade

2-Tem telefone em casa? Sim ; Não ;

3-Tem telemóvel? Sim ; Não ;

Se tem telemóvel, responda às questões que se seguem, **se não tem** passe a pergunta **n.º 4**

Sabe utilizar o telemóvel? Sim ; Não

Se sim, como qualifica, a sua **capacidade** para usar o telemóvel?

Baixa ; Moderada ; Alta

Sabe utilizar SMS (mensagens de texto curtas) ? Sim ; Não

Se sim, qual o nível de **facilidade** que tem em utilizar SMS (mensagens de texto curtas):

Muita dificuldade ; Alguma dificuldade ; Nenhuma dificuldade

Com que frequência as utiliza: Baixa ; Moderada ; Alta

Vive com alguém que saiba utilizar SMS? Sim ; Não ;

Se sim, acha que esta pessoa a pode ajudar com as mensagens SMS? Sim ; Não ;

4- Tem internet em casa? Sim ; Não ;

Se **tem** internet, responda às questões que se seguem, **se não tem** passe a pergunta **n.º 5**

Sabe utilizar a internet? Sim ; Não

Se sim, como qualifica, a sua **capacidade** para usar a internet?

Baixa ; Moderada ; Alta

Utiliza a internet? Sim ; Não

Se sim, com que frequência? Baixa ; Moderada ; Alta

Tem email? Sim ; Não

Se sim, com que frequência costuma utilizar o email? Baixa ; Moderada ; Alta

Vive com alguém que **saiba utilizar** internet? Sim ; Não ;

Se sim, acha que esta pessoa a pode ajudar com a internet? Sim ; Não ;

Vive com alguém que **saiba utilizar** email? Sim ; Não ;

Se sim, acha que esta pessoa a pode ajudar a utilizar o email? Sim ; Não ;

Utiliza a internet para ocupar o seu tempo livre? Sim ; Não ;

A utilização de um computador e da internet?

Assusta-o: Sim ; Não ;

É um divertimento: Sim ; Não ;

Procura ou já procurou informação na internet sobre a sua doença? Sim ; Não ;

Se sim, com que frequência o faz/fez? Baixa ; Moderada ; Alta

5- Conhece alguma associação de doentes com o seu problema de saúde? Sim ; Não ;

Faz parte de alguma **associação de doentes** com o seu problema de saúde? Sim ; Não ;

Costuma **encontrar-se com outros doentes** para partilhar experiências? Sim ; Não

Secção II

Nesta parte do questionário pretendemos conhecer **como qualifica a informação sobre a sua doença**, que atualmente está disponível nos diferentes meios tecnológicos?

1-Teve acesso a algum panfleto/ livro que o ajude com a sua doença? Sim ; Não ;

Se teve acesso, dê a sua opinião colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 2**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de utilização do livro/panfleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Teve acesso a vídeos que o ajudem com a sua doença? Sim ; Não ;

Se teve acesso, dê a sua opinião colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 3**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de utilização do vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Teve acesso a sítios na internet que o ajudem com a sua doença? Sim ; Não ;

Se teve acesso, dê a sua opinião colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 4**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de utilização do sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Teve acesso ao email de um profissional de saúde? Sim ; Não .

Se teve acesso, dê a sua opinião sobre a informação que lhe foi disponibilizada, colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 5**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade resposta do enfermeiro ao email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 -Teve acesso ao telefone do enfermeiro? Sim ; Não .

Se teve acesso, dê a sua opinião sobre a informação que lhe foi disponibilizada, colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 6**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de acesso ao enfermeiro pelo telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Teve acesso a encontros com outros doentes? Sim ; Não .

Se teve acesso, dê a sua opinião colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à pergunta 7**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de acesso ao encontro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-Teve acesso a fotos ou imagens que o ajudaram com a sua doença? Sim ; Não .

Se teve acesso, dê a sua opinião colocando um **x**, em cada uma das opções abaixo indicadas. **Se não teve acesso passe à próxima página**

	Má	Média	Boa
Facilidade de compreensão da informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualidade da informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de utilização das fotos/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiança na informação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique, qual a sua intenção, para utilizar cada um destes recursos?

	Nada Interessado	Pouco Interessado	Interessado
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendo em consideração os recursos disponíveis e os meios existentes ou ainda as estratégias que possam vir a ser disponibilizadas, **qual a sua opinião sobre a facilidade** que tem ou teria na utilização de cada um dos recursos?

	Nada Fácil	Pouco Fácil	Fácil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Relativamente ao exercício físico, tem dúvidas:

- Sobre os exercícios mais indicados para si? Nenhuma Algumas Muitas
- Como realizá-los? Nenhuma Algumas Muitas
- Se são úteis para manter a sua condição? Nenhuma Algumas Muitas
- Quando os deve realizar? Nenhuma Algumas Muitas
- Com que frequência? Nenhuma Algumas Muitas
- Outras dúvidas: _____

Indique, qual a utilidade de cada um dos recursos indicados, para ajudá-lo a retirar essas dúvidas relativas ao exercício físico?

	Nada útil	Pouco útil	Útil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique, qual a sua intenção, para utilizar cada um destes recursos?

	Nada Interessado	Pouco Interessado	Interessado
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendo em consideração os recursos disponíveis e os meios existentes ou ainda as estratégias que possam vir a ser disponibilizadas, **qual a sua opinião sobre a facilidade** que tem ou teria na utilização de cada um dos recursos?

	Nada Fácil	Pouco Fácil	Fácil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-Relativamente à falta de ar, tem dúvidas sobre:

- O que fazer para controlar a falta de ar? Nenhuma Algumas Muitas
- Quando fazer? Nenhuma Algumas Muitas
- Como fazer? Nenhuma Algumas Muitas
- O que fazer para controlar o medo? Nenhuma Algumas Muitas
- Outras dúvidas: _____

Indique qual a utilidade de cada um dos recursos indicados, para ajudá-lo a retirar as dúvidas relativas à falta de ar?

	Nada útil	Pouco útil	Útil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique, qual a sua intenção, para utilizar cada um destes recursos?

	Nada Interessado	Pouco Interessado	Interessado
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendo em consideração os recursos disponíveis e os meios existentes ou ainda as estratégias que possam vir a ser disponibilizadas, **qual a sua opinião sobre a facilidade** que tem ou teria na utilização de cada um dos recursos?

	Nada Fácil	Pouco Fácil	Fácil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Relativamente ao seu dia a dia, tem dúvidas:

- Em que condições ambientais, sair à rua? Nenhuma Algumas Muitas
- Como subir escadas? Nenhuma Algumas Muitas
- Como tomar banho com menos esforço? Nenhuma Algumas Muitas
- Como organizar o dia a dia? Nenhuma Algumas Muitas
- O que comer? Nenhuma Algumas Muitas
- Quantas vezes comer? Nenhuma Algumas Muitas
- Como preparar os alimentos? Nenhuma Algumas Muitas
- Outras dúvidas: _____

Indique, qual a utilidade de cada um dos recursos indicados, para ajudá-lo a retirar essas dúvidas relativas ao seu dia a dia?

	Nada útil	Pouco útil	Útil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique, qual a sua intenção, para utilizar cada um destes recursos?

	Nada Interessado	Pouco Interessado	Interessado
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendo em consideração os recursos disponíveis e os meios existentes ou ainda as estratégias que possam vir a ser disponibilizadas, **qual a sua opinião sobre a facilidade** que tem ou teria na utilização de cada um dos recursos?

	Nada Fácil	Pouco Fácil	Fácil
Livro ou Panfleto explicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio na internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografias/imagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontro com outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel do Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os Enfermeiros e os doentes com DPOC agradecem, a sua colaboração, por favor entregue o questionário à Enfermeira!

Muito obrigado

Anexo 7: Mapeamento dos objetivos da ação terapêutica

Objetivo da ação terapêutica	Domínio da ação terapêutica	Diagnósticos de enfermagem	Intervenção de enfermagem
Ajudar os clientes a reconhecerem as implicações atuais e/ou futuras da doença no cotidiano	Conscientização	Percepção sobre a evolução da sintomatologia da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a percepção sobre a evolução da sintomatologia da doença;
Ajudar os clientes a reconhecerem que as implicações da doença sobre o cotidiano são graduais;		Percepção sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e agravamento do impacto da doença no cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com o cliente há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto da doença no cotidiano;
Ajudar os clientes a reconhecerem há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam;		Percepção sobre necessidade de implementar mudança no cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no cotidiano • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
Desenvolver nos clientes a percepção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico;		Percepção sobre a forma de progressão da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a forma de progressão da doença; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
Desenvolver nos clientes sentimentos de esperança;		Percepção sobre as limitações físicas associadas à doença	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre limitações físicas associadas à doença;
		Percepção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;
		Percepção sobre as modalidades do regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre modalidades do regime terapêutico;
	Esperança	Percepção sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico;
		Diminuição da Vontade de viver	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir na identificação de um objetivo para a vida; • Promover a espiritualidade;
		Confiança nas suas capacidades não demonstrada	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no reconhecimento do seu potencial;

			<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre estratégias de adaptação; • Identificar objetivos realistas;
		Sentimento de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no reconhecimento do seu potencial; • Informar sobre estratégias de adaptação; • Identificar objetivos realistas;
Ajudar os clientes a reconhecerem a necessidade de se envolverem nos cuidados de saúde;	Envolvimento	Iniciativa para a procura de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; • Incentivar a procura de informação;
		Vontade de aprender não demonstrada para gerir o regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na gestão do regime terapêutico; • Reforçar a existência de recursos pessoais adequados.
		Não-aceitação da integração das alterações no quotidiano;	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação sobre as vantagens da integração das atividades no quotidiano; • Facilitar a participação nas atividades de gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na tomada de decisão.
Dar a conhecer estratégias adaptativas para autocuidado	Autocuidado	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado Higiene;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre hábitos alimentares		Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado deambular;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a utilização de estratégias adaptativas para deambular; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado alimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.

<p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre controlo da doença;</p> <p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença;</p> <p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores concorrentes para as exacerbações;</p> <p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre a forma de progressão da doença</p> <p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores ambientais agravantes da condição;</p>	Conhecimento sobre a doença	Conhecimento sobre manifestações da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os sintomas da doença; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre sinais e sintomas das exacerbações	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os sintomas das exacerbações; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre fatores que agravam os sintomas: Poluentes interiores e exteriores; emoções; alterações temperatura; infeções respiratórias; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre estratégias para reduzir a exposição; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
<p>Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação;</p>	Conhecimento sobre técnica inalação	Conhecimento para expirar profundamente antes de proceder à inalação	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para expirar profundamente antes de inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Conhecimento sobre colocação do inalador na boca;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre como colocar o inalador na boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre inspiração lenta e profunda pela boca;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a inspirar lenta e profundamente pela boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao

			cliente.
		Conhecimento sobre o momento de retirar o inalador da boca após a inspiração;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a retirar o inalador da boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a retenção da respiração após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para a retenção da respiração após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre expirar profundamente após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para expirar profundamente após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre autocuidado higiene da boca após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação;	Capacidade para a técnica inalação	Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente antes de proceder à inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar para expirar profundamente antes de inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para colocar o inalador na boca	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar sobre como colocar o inalador na boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Aprendizagem de habilidades para inspirar lenta e profunda pela boca;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a inspirar lenta e profundamente pela boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para retirar o inalador da boca após a inspiração;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a retirar o inalador da boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

			<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para a retenção da respiração após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar para a retenção da respiração após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar para expirar profundamente após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para o autocuidado higiene da boca após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a lavar a boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia;	Conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia	Conhecimento sobre a posição de utilização do dispositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a posição de utilização do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a preparação da dose a inalar;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a preparar a dose a inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a descarga do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a descarga do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a verificação da dose administrada;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a verificar a dose administrada; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a lavagem do dispositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a lavagem do dispositivo; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre armazenamento do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre o armazenamento do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.

		Conhecimento sobre substituição do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre como substituir as recargas; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre autocontrolo da dispneia;	Conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	Conhecimento para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo;
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento sobre técnicas músculo articulares ativas;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre exercícios músculo

			<ul style="list-style-type: none"> • articular ativos; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre técnicas músculo articulares ativas resistidos;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnica exercício músculo articular ativo resistido; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre auto exercício com bastão;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre auto exercício com bastão; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre autoexercício com faixa;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre autoexercício com faixa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes a capacidade de autocontrole da dispneia;	Capacidade para o autocontrole da dispneia	Aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas de autocontrole da dispneia técnica de respiração abdómino-diafragmática; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia através técnica de dissociação dos tempos respiratórios;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrole da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia através da posição de pé;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrole da dispneia na posição de pé; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia através da posição sentado;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrole da dispneia na posição sentado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.

		Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre técnica músculo articular ativo;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnica musculo articular ativa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre técnica músculo articular ativo resistido;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnica excitação musculo articular ativa resistido; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre auto exercício com bastão;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar auto exercício com bastão; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre auto exercício com faixa;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar auto exercício com faixa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia;	Conhecimento sobre regime medicamentoso: oxigenoterapia	Conhecimento sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia;	• Instruir sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia.
Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia;		Conhecimento sobre os benefícios da utilização da oxigenoterapia;	• Instruir sobre benefícios da utilização da oxigenoterapia.
		Conhecimento sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia;	• Instruir sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia.
		Conhecimento sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;	• Instruir sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de exercício respiratório;	Conhecimento sobre técnicas de exercícios respiratórios	Conhecimento para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir técnica de tosse: controlada; “<i>huffing</i>”; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as vantagens			

do exercício físico;			• Disponibilizar vídeo.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as vantagens do exercício respiratórios;			
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre metodologias de realização do exercício físico;			
Desenvolver nos clientes a capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias;	Capacidade para as técnicas de exercícios respiratórios	Aprendizagem de habilidades para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	• Treinar a técnica de tosse; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
Desenvolver nos clientes a capacidades para a realização do exercício físico;			
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia;	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	• Instruir técnicas de conservação de energia para o autocuidado; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre gestão da atividade sexual;			
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;			
		Conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual	• Ensinar sobre gestão do estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente
Desenvolver nos clientes a capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;	Capacidade para as técnicas de conservação de energia	Aprendizagem de habilidades para implementar técnicas de conservação de energia	• Treinar técnicas de conservação de energia; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;	Capacidade para a gestão e controlo do stresse	Aprendizagem de habilidades para gestão e auto controlo do stresse;	• Identificar com o cliente os fatores stressantes; • Analisar como o cliente os fatores stressantes; • Treinar como planear o quotidiano por antecipação; • Incentivar o autocuidado: atividades recreativas;
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre a prevenção e controlo do stresse;			

			<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a utilização de técnicas de relaxamento; • Incentivar a utilização da assertividade; • Treinar a técnica de respiração diafragmática; • Treinar a técnica de focalização da imagem; • Incentivar a utilização da musicoterapia; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre importância da cessação tabágica;	Conhecimento sobre a cessação tabágica	Conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a importância da cessação tabágica; • Referir ao médico; • Informar sobre os recursos técnicos disponíveis.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioterapia;	Conhecimento sobre o regime medicamentoso	Conhecimento sobre o nome do fármaco;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o nome do fármaco.
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores;		Conhecimento sobre a dose a administrar;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a dose a administrar
		Conhecimento sobre a via administração;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a via administração
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistêmica;		Conhecimento sobre o horário de administração;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o horário de administração
Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso nas exacerbações;		Conhecimento sobre o efeito terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o efeito terapêutico
		Conhecimento sobre os principais efeitos secundários;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os principais efeitos secundários
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococos;	Conhecimento sobre a vacinação	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a vantagem da vacinação sazonal

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre os recursos da comunidade;	Perceção do suporte	Suporte não percecionado	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o sistema de apoio
Melhorar nos clientes a perceção do suporte familiar e pessoas significativas;		Conhecimento sobre recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre recursos da comunidade
Adequar a interação de papéis familiares do cliente;	Interação de papéis	Interação de papéis diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a interação papéis; • Promover a interação papéis.
Adequar a interação de papéis profissionais do cliente;			
Adequar a interação de papéis sociais do cliente;			
Melhorar a iniciativa dos clientes para a interação com outros;			

Nota: Neste mapeamento dos objetivos por domínios da ação terapêutica de enfermagem, não estão englobados os seguintes objetivos: adequar a crença de saúde do cliente: capacidade de execução; adequar as crenças de saúde: ameaça do cliente; adequar as crenças de saúde: controlo do cliente; adequar as crenças de saúde: recursos do cliente; adequar as crenças de saúde: orientação do cliente. Estes objetivos da ação terapêutica foram consensualizados pelos envolvidos para integrarem o programa de intervenção para a consulta contudo, nas opções tomadas para a viabilização deste mapeamento, foi decidido pelos envolvidos que os objetivos em causa eram transversais, a vários domínios, e resultado da interação da ação terapêutica em mais do que um domínio, motivo pelo qual não estão mapeados isoladamente.

Neste mapeamento estão expressos quarenta e quatro objetivos da ação terapêutica de enfermagem, que resultam dos quarenta e nove do consenso estatístico.

Anexo 7: Objetivos da ação terapêutica colocados a consenso

Objetivos da ação terapêutica de enfermagem para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

- Adequar a crença de saúde do cliente: capacidade de execução;
- Adequar a interação de papéis familiares do cliente;
- Adequar a interação de papéis profissionais do cliente;
- Adequar a interação de papéis sociais do cliente;
- Adequar as crenças de saúde: ameaça do cliente;
- Adequar as crenças de saúde: orientação do cliente;
- Adequar as crenças de saúde: recursos do cliente;
- Ajudar os clientes a reconhecerem a necessidade de se envolverem nos cuidados de saúde;
- Ajudar os clientes a reconhecerem as implicações atuais e/ou futuras da doença no quotidiano;
- Ajudar os clientes a reconhecerem há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam;
- Ajudar os clientes a reconhecerem que as implicações da doença sobre o quotidiano são graduais;
- Dar a conhecer estratégias adaptativas para autocuidado;
- Desenvolver nos clientes a capacidade de autocontrolo da dispneia;
- Desenvolver nos clientes a capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias;
- Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia;
- Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação;
- Desenvolver nos clientes a capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;
- Desenvolver nos clientes a capacidades para a realização do exercício físico;
- Desenvolver nos clientes a perceção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico;
- Desenvolver nos clientes capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre a prevenção e controlo do stresse;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de exercício respiratório;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as vantagens do exercício físico;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre autocontrolo da dispneia;
- Desenvolver nos clientes conhecimento sobre controlo da doença;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores ambientais agravantes da condição;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores concorrentes para as exacerbações;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre gestão da atividade sexual;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre hábitos alimentares;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre importância da cessação tabágica;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre manifestações da doença;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre metodologias de realização do exercício físico;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioterapia;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistêmica;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso nas exacerbações;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre os recursos da comunidade;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre progressão da doença;

Desenvolver nos clientes conhecimento sobre vantagens do exercício respiratório;

Desenvolver nos clientes sentimentos de esperança;

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus;

Melhorar a iniciativa dos clientes para a interação com outros;

Melhorar a iniciativa dos clientes para a procura de informação relacionada com a saúde;

Melhorar a iniciativa dos clientes para a procura dos recursos da comunidade;

Melhorar a percepção dos clientes sobre o suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde;

Melhorar nos clientes a autoestima;

Melhorar nos clientes a percepção do suporte familiar e pessoas significativas;

Anexo 7: Questionário dos objetivos

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Caros colegas,

A definição de um modelo de intervenção de enfermagem para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC implica, agora, a tomada de decisão sobre os elementos que o devem integrar. Na prossecução deste objetivo e na procura de consenso, elaboramos este documento, onde enumeramos os diferentes objetivos da ação terapêutica de Enfermagem, promover uma eficaz gestão do regime terapêutico e a posterior otimização da adesão ao regime terapêutico, contribuindo dessa forma para a integração deste, no quotidiano do cliente, potenciando o nível de saúde e a qualidade de vida.

Este documento resulta do trajeto desenvolvido, estando nele, identificados por ordem **alfabética** os objetivos da ação terapêutica de Enfermagem na DPOC.

Assim, **pretendemos que atribua um nível de relevância** a cada objetivo a ser atingido em função do local (internamento e consulta). Os objetivos não são, mutuamente exclusivos, ou seja, podem ter o mesmo nível de relevância no internamento e na consulta, podendo existir vários com o mesmo nível de relevância.

O documento está organizado em três colunas. Na coluna central, está definido o objetivo a atingir, na coluna da esquerda existe espaço para definir o nível de relevância do objetivo para o internamento, e na coluna mais à direita existe espaço para definir o nível de relevância dos objetivos a atingir na consulta.

O preenchimento é feito através da colocação de uma **X** no nível de relevância julgado adequado e que varia entre **Muito alta relevância** num extremo e **baixa relevância** no outro extremo. Na mesma escala em uso, pode aproximar-se mais de um extremo ou outro, de acordo com a sua decisão, colocando para o efeito um x no que mais se adequa.

Como suporte ao preenchimento, disponibilizamos um documento no sítio da DPOC_CHP, onde estão definidos todos os objetivos incluídos no documento e o seu significado, relembramos que todos os conteúdos, diagnósticos e intervenções de enfermagem que contribuem para os objetivos a priorizar também estão disponíveis.

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Segue-se um exemplo:

Em termos de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC, devem considerar-se os objetivos(enumerados abaixo).... Como de: alta relevância----- baixa relevância													
Internamento					Consulta								
Muito Alta---Baixa					Muito Alta -Baixa								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adequar a					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Esta decisão significa que para o internamento considera-se o objetivo a atingir como de alta relevância e na consulta de baixa relevância.

O preenchimento do documento é anónimo, e tem um tempo de preenchimento previsível de **15 minutos**.

Agradeço a Vossa disponibilidade,

Caso surja alguma dúvida, P.F. entrem em contacto pelo tel. 96----- ou email: -----@esenf.pt

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Em termos de **relevância dos objetivos** a atingir com os clientes com DPOC, devem considerar-se os objetivos **...(enumerados abaixo)...** Como de: **alta** relevância-----**baixa** relevância

Internamento	Consulta
Muito Alta----Baixa	Muito Alta -Baixa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar a crença de saúde do cliente: capacidade de execução;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar a interação de papéis familiares do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar a interação de papéis profissionais do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar a interação de papéis sociais do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar as crenças de saúde: ameaça do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar as crenças de saúde: recursos do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adequar as crenças de saúde: orientação do cliente;	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ajudar os clientes a reconhecerem as implicações atuais e/ou futuras da doença no quotidiano	

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Internamento		Consulta
Muito Alta----Baixa		Muito Alta -Baixa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ajudar os clientes a reconhecerem que as implicações da doença sobre o quotidiano são graduais;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ajudar os clientes a reconhecerem há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ajudar os clientes a reconhecerem a necessidade de se envolverem nos cuidados de saúde;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dar a conhecer estratégias adaptativas para autocuidado;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidade de autocontrolo da dispneia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a capacidades para a realização do exercício físico;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Muito Alta----Baixa		Muito Alta -Baixa
Internamento		Consulta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver o conh. sobre o regime med.: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes a perceção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre controlo da doença;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre manifestações da doença;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre a prevenção e controlo do stresse;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as técnicas de exercício respiratório;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre as vantagens do exercício físico;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre autocontrolo da dispneia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores ambientais agravantes da condição;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Internamento		Consulta
Muito Alta----Baixa		Muito Alta -Baixa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre fatores concorrentes para as exacerbações;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre gestão da atividade sexual;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre hábitos alimentares;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre importância da cessação tabágica;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre metodologias de realização do exercício físico;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioterapia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistémica;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Internamento		Consulta
Muito Alta----Baixa		Muito Alta -Baixa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso nas exacerbações;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre os recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre progressão da doença;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes conhecimento sobre vantagens do exercício respiratório;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desenvolver nos clientes sentimentos de esperança;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar nos clientes a autoestima;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar a iniciativa dos clientes para a procura de informação relacionada com a saúde;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar a iniciativa dos clientes para a interação com outros;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar a iniciativa dos clientes para a procura dos recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar a perceção dos clientes sobre o suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Melhorar nos clientes a perceção do suporte familiar e pessoas significativas;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC

Documento para a definição do nível de relevância dos objetivos a atingir com os clientes com DPOC

Grato pela atenção dispensada!

Anexo 7: Ranking dos objetivos consensualizados

Objetivo a desenvolver no internamento:	ranking	concordância	mediana	moda
capacidade de autocontrolo da dispneia	1	94,7	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação	2	94,7	5	5
capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias	3	89,5	5	5
capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação	4	89,5	5	5
conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	5	89,5	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	6	89,5	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	7	86,8	5	5
dar a conhecer estratégias adaptativas para o autocuidado	8	86,8	4	5
conhecimento das implicações atuais e futuras da doença no quotidiano	9	84,2	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatadores	10	84,2	5	5
capacidade de gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia	11	81,6	4,5	5
perceção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico	12	81,6	5	5
conhecimento sobre as manifestações da doença	13	81,6	4	5
sentimentos de esperança	14	81,6	5	5
conhecimento há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam	15	78,9	4	5
conhecimento a necessidade de se envolverem nos cuidados de saúde	16	76,3	4	5
crença de saúde: orientação	17	73,7	4	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso nas exacerbações	18	73,7	4	4
conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada	19	73,7	4	4
conhecimento sobre as técnicas de exercícios respiratórios	20	68,4	4	4
crença de saúde: capacidade de execução	21	65,8	4	5
crença de saúde: recursos	22	65,8	4	5
conhecimento sobre o controlo da doença	23	65,8	4	5
crença de saúde ameaça	24	63,2	4	5
conhecimento das implicações da doença sobre o quotidiano são graduais	25	63,2	4	4
capacidade para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse	26	63,2	4	4

conhecimento sobre os fatores concorrentes para as exacerbações	27	63,2	4	5
conhecimento sobre técnicas de exercícios respiratórios	28	63,2	4	5
conhecimento sobre os fatores ambientais agravantes da condição	29	63,2	4	4
conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	30	63,2	4	4
capacidade para implementar técnicas de conservação de energia	31	60,5	4	4
conhecimento sobre as vantagens do exercício físico	32	60,5	4	4
percepção do suporte familiar e pessoas significativas	33	60,5	4	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioticoterapia	34	57,9	4	5
conhecimento sobre a prevenção e controlo do stresse	35	55,3	4	4
percepção sobre o suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde	36	55,3	4	5
iniciativa para a interação papéis profissionais	37	52,6	4	3
capacidade para realizar exercícios físicos	38	52,6	4	4
conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença	39	52,6	4	4
conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia	40	52,6	4	4
interação de papéis familiares	41	50	3,5	3
conhecimento sobre a progressão da doença	42	47,4	3	4
iniciativa para a procura de informação relacionada com a saúde	43	44,7	3	3
iniciativa para a procura de recursos da comunidade	44	42,1	3	3
conhecimento sobre hábitos alimentares	45	39,5	3	3
conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	46	36,8	3	1
conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual	47	36,8	3	3
iniciativa para a interação com outros	48	36,8	3	3
interação papéis sociais	49	34,2	3	2
autoestima	50	34,2	3	2
conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistémica	51	34	3	2
conhecimento sobre os recursos da comunidade	52	34	3	2
conhecimento sobre metodologias de realização de exercício físico	53	31,6	3	3
conhecimento sobre a gestão da atividade sexual	54	18,4	2,5	3

Objetivo a desenvolver na consulta externa:	ranking	concordância	mediana	moda
dar a conhecer estratégias adaptativas para o autocuidado	1	97,4	5	5
interação de papéis familiares	2	97,4	5	5
iniciativa para a interação papéis profissionais	3	97,4	5	5
interação papéis sociais	4	97,4	5	5
crença de saúde ameaça	5	94,7	5	5
crença de saúde: capacidade de execução	6	94,7	5	5
crença de saúde: recursos	7	94,7	5	5
crença de saúde: orientação	8	94,7	5	5
conhecimento das implicações atuais e futuras da doença no quotidiano	9	94,7	5	5
conhecimento das implicações da doença sobre o quotidiano são graduais	10	94,7	5	5
conhecimento há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam	11	94,7	5	5
reconhecerem a necessidade de se envolverem nos cuidados de saúde	12	92,1	5	5
capacidade de autocontrolo da dispneia	13	92,1	5	5
capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias	14	92,1	5	5
conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	15	89,5	5	5
capacidade de gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia	16	92,1	5	5
capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação	17	92,1	5	5
capacidade para implementar técnicas de conservação de energia	18	92,1	5	5
capacidade para realizar exercícios físicos	19	92,1	5	5
capacidade para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse	20	92,1	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	21	92,1	5	5
perceção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico	22	92,1	5	5
conhecimento sobre o controlo da doença	23	92,1	5	5
conhecimento sobre os fatores concorrentes para as exacerbações	24	89,5	5	5
conhecimento sobre a prevenção e controlo do stresse	25	89,5	5	5
conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença	26	89,5	5	5
conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia	27	89,5	5	5

conhecimento sobre técnicas de exercícios respiratórios	28	89,5	5	5
conhecimento sobre as vantagens do exercício físico	29	89,5	5	5
conhecimento sobre os fatores ambientais agravantes da condição	30	86,8	5	5
conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual	31	86,8	5	5
conhecimento sobre as manifestações da doença	32	84,2	5	5
conhecimento sobre a gestão da atividade sexual	33	84,2	5	5
conhecimento sobre hábitos alimentares	34	84,2	5	5
conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	35	84,2	5	5
conhecimento sobre metodologias de realização de exercício físico	36	84,2	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioticoterapia	37	84,2	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatadores	38	84,2	5	5
sentimentos de esperança	39	84,2	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistêmica	40	81,6	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	41	81,6	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	42	81,6	5	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso nas exacerbações	43	91,7	4	5
iniciativa para a interação com outros	44	84,2	4	4
percepção do suporte familiar e pessoas significativas	45	84,2	4	4
conhecimento sobre os recursos da comunidade	46	81,6	4	5
conhecimento sobre a progressão da doença	47	81,6	4	5
conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação	48	78,9	5	5
conhecimento sobre as técnicas de exercícios respiratórios	49	81,6	4	5
iniciativa para a procura de recursos da comunidade	50	73,7	4	4
conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada	51	71,1	4	5
autoestima	52	71,1	4	5
iniciativa para a procura de informação relacionada com a saúde	53	65,8	4	5
percepção sobre o suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde	54	68,4	4	4

Anexo 7: texto de apoio

Caros colegas,

Este documento pretende ser um **suporte à V/ tomada** de decisão no âmbito da necessidade de definir um **nível de relevância** atribuída aos objetivos da ação terapêutica de Enfermagem a englobar, no internamento e/ou na consulta de Enfermagem.

Assim, neste documento podem encontrar os diferentes elementos que emergiram da revisão da literatura e das entrevistas com os Enfermeiros e os Clientes.

Na tabela anexa, estão elencados os **objetivos** identificados (coluna da esquerda), pela mesma ordem (alfabética) do documento que se encontra a preencher, e a respetiva **definição** (coluna da direita).

Objetivos identificados	Definição
Adequar a Crença de saúde: capacidade de execução;	Adequar a convicção pessoal ao facto de conseguir desempenhar um determinado comportamento.
Adequar a Interação de papéis familiares	Adequar o estabelecimento de relações familiares de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados por outros na família (pai/mãe/avô...).
Adequar a Interação de papéis profissionais	Adequar o estabelecimento de relações profissionais de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados por outros na atividade profissional.
Adequar a Interação de papéis sociais	Adequar o estabelecimento de relações sociais de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados.
Adequar a Crença de saúde: ameaça;	Adequar a convicção pessoal de que um problema de saúde é grave e tem potenciais consequências negativas para o estilo de vida.
Adequar a Crença de saúde: recursos;	Adequar a convicção pessoal de ter os recursos adequados para levar a cabo comportamentos saudáveis.
Adequar a Crença de saúde: orientação;	Adequar o ponto de vista pessoal de que a saúde e os problemas de saúde são prioritários.
Ajudar os clientes a reconhecerem as implicações atuais e/ou futuras da doença no quotidiano	Consciencializar o cliente sobre as implicações das manifestações da doença no dia-a-dia.
Ajudar a reconhecer que as implicações da doença sobre o quotidiano são graduais	Consciencializar o cliente de que as alterações decorrentes da sintomatologia da doença são de instalação gradual e não abrupta.
Ajudar a reconhecer há quanto tempo os sintomas da doença se manifestam;	Consciencializar o cliente de que as alterações decorrentes da sintomatologia da doença tem tido um agravamento desde algum tempo e que se manifestou em pequenas atividades.
Ajudar a reconhecer a necessidade de se envolver nos cuidados	Consciencializar o cliente para a necessidade de se envolver nos cuidados de saúde e interagir com os profissionais de saúde.
Desenvolver a capacidade para o autocontrolo da dispneia;	Desenvolver habilidades para executar a técnica de autocontrolo da dispneia e as suas vantagens.
Desenvolver a capacidade para a execução das técnicas de exercício respiratórias;	Desenvolver habilidades para executar as diferentes metodologias de exercício respiratório de acordo com o estágio da DPOC.
Desenvolver a capacidade para gerir o regime medicamentoso: oxigenoterapia;	Desenvolver as habilidades associadas à utilização da oxigenoterapia no domicílio.
Desenvolver a capacidade para gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação;	Desenvolver as habilidades associadas à técnica de inalação, manipulação do dispositivo, preparação do dispositivo, técnica de inalação, manutenção do dispositivo.
Desenvolver a capacidade para a implementação de técnicas de conservação de energia;	Desenvolver as habilidades para executar as diferentes técnicas de conservação de energia.
Desenvolver a capacidade para a realização do exercício físico;	Desenvolver habilidades para executar exercício físico.
Desenvolver capacidades para a implementação de técnicas de gestão e controlo do stresse;	Desenvolver habilidades para executar as diferentes técnicas de gestão e controlo do stresse.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime med.: promoção da vacinação	Desenvolver a compreensão sobre as vantagens da vacinação sazonal.

influenza/ pneumococcus;	
Desenvolver a percepção sobre a importância da eficaz gestão do regime terapêutico;	Desenvolver a compreensão sobre a relevância da adequação da execução das atividades que visam cumprir um programa de tratamento e a sua integração no quotidiano, visando o controlo, tratamento e prevenção das exacerbações.
Desenvolver o conhecimento sobre manifestações da doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as manifestações da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre controlo da doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as formas de controlar a doença através da gestão eficaz e adesão ao regime farmacológico e não farmacológico.
Desenvolver o conhecimento sobre prevenção e controlo do stresse;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as técnicas de gestão e controlo do stresse e a sua influência sobre a condição de saúde
Desenvolver o conhecimento sobre as potenciais limitações físicas associadas à doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as limitações físicas decorrentes na DPOC e implicações nas atividades de vida diárias.
Desenvolver o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as diferentes técnicas de conservação de energia e as suas repercussões nas atividades de vida diária.
Desenvolver o conhecimento sobre técnicas de exercício respiratório;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as diferentes metodologias de exercício respiratório de acordo com o estágio da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre vantagens do exercício físico;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as vantagens do exercício físico sobre a condição de saúde (DPOC).
Desenvolver o conhecimento sobre autocontrolo da dispneia;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a técnica de autocontrolo da dispneia e as suas vantagens.
Desenvolver o conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	Desenvolver a extensão da compreensão da influência do estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual na vida quotidiana.
Desenvolver o conhecimento sobre etiologia da doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre os fatores concorrentes para o desenvolvimento da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre fatores ambientais agravantes da condição;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre os fatores ambientais que concorrem para as exacerbações da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre fatores concorrentes para as exacerbações;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre os fatores que concorrem para as agudizações da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre gestão da atividade sexual;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a gestão da energia física para a atividade sexual.
Desenvolver o conhecimento sobre hábitos alimentares;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre os hábitos alimentares adequados à condição de saúde.
Desenvolver o conhecimento sobre importância da cessação tabágica;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a necessidade de cessar a utilização do tabaco.
Dar a conhecer estratégias adaptativas para o autocuidado	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as diferentes alternativas para a consecução do autocuidado
Desenvolver o conhecimento sobre metodologias de realização do exercício físico;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre as diferentes metodologias de exercício físico de acordo com a condição física e o estágio da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: antibioterapia;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre o efeito terapêutico antibiótico, efeitos secundários, horário e via de administração, dose a administrar.

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre o broncodilatador, efeito terapêutico, efeitos secundários, horário e via de administração, dose a administrar.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a corticoterapia inalada, efeito terapêutico, efeitos secundários horário e via de administração, dose a administrar.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia sistêmica;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a corticoterapia oral, efeito terapêutico, secundário, horário e via de administração, dose a administrar.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a utilização do dispositivo de inaloterapia.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a utilização da oxigenoterapia seus benefícios, e medidas de segurança.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a técnica de inalação.
Desenvolver o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso nas exacerbações;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre o regime medicamentoso a iniciar numa exacerbação da DPOC, timings, prioridades e doses.
Desenvolver o conhecimento sobre recursos da comunidade;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre dos recursos disponibilizados na comunidade como (serviços de enfermagem/médicos/cinesiterapia/alimentação/transporte...)
Desenvolver o conhecimento sobre processo da doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre o processo da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre progressão da doença;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre a forma de evolução da DPOC.
Desenvolver o conhecimento sobre vantagens do exercício respiratório;	Desenvolver a extensão da compreensão sobre mas vantagens do exercício respiratório sobre a condição de saúde (DPOC).
Desenvolver sentimentos de esperança;	Desenvolver o otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida.
Melhorar a autoestima	Melhorar a opinião do cliente sobre o seu mérito e capacidades, através da demonstração de confiança, autoaceitação e autolimitação.
Melhorar a iniciativa na procura de informação relacionada com a saúde;	Melhorar as disposições para empreender uma ação de procura de informação relacionada com a sua condição de saúde e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir de acordo com elas.
Melhorar a iniciativa para interação com outros	Melhorar as disposições para empreender uma ação de interação com outras pessoas e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir de acordo com elas.
Melhorar a iniciativa para a procura dos recursos da comunidade;	Melhorar as disposições para empreender uma ação de procura dos recursos da comunidade como por exemplo: serviços de saúde, apoio domiciliar, centro de dia, alimentação domiciliar....
Melhorar a percepção do suporte disponibilizado pelos técnicos de saúde;	Melhorar a disponibilidade percebida e real da assistência confiável prestada pelos profissionais e serviços de saúde.
Melhorar a percepção do Suporte familiar e pessoas significativas;	Melhorar a disponibilidade percebida e real da assistência confiável prestada por pessoas significativas para o cliente

Promoção da gestão do
regime terapêutico em
clientes com DPOC

Especificação do
conteúdo das linhas de
orientação

Miguel Padilha

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Conteúdo

Promover a consciencialização.....	3
Promover a Esperança.....	12
Promover o envolvimento.....	16
Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado	22
Desenvolver conhecimento sobre a doença	28
Desenvolver o conhecimento sobre técnica de inalação.....	32
Desenvolver capacidades para a técnica de inalação	34
Desenvolver o conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia	36
Desenvolver conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	38
Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia	42
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	46
Desenvolver conhecimentos sobre técnica de exercícios respiratórios	48
Desenvolver capacidades sobre a técnica de exercício respiratório	49
Desenvolver conhecimento sobre técnicas de conservação de energia	50
Desenvolver capacidades sobre técnicas de conservação de energia	53
Desenvolver aprendizagem de habilidades para a gestão e controlo do stresse	54
Desenvolver conhecimento sobre a cessação tabágica	56
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso	58
Desenvolver conhecimento sobre a vacinação	62
Desenvolver a perceção de suporte.....	63

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver a interação de papéis67

Promover a consciencialização

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Perceção não demonstrada sobre a evolução da sintomatologia da doença			Demonstra perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	Manifesta défice de compreensão e de interiorização da evolução da sintomatologia	Perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	1-Aumentar a perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença;	Demonstra perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	Avaliar a perceção sobre a evolução a evolução dos sintomas ao longo do tempo

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Aumentar a percepção sobre a evolução da sintomatologia da doença	Identificar as principais manifestações da sintomatologia no quotidiano do cliente; Identificar a forma como a sintomatologia tem evoluído ao longo do tempo; Ajudar o cliente a perceber da evolução da sintomatologia sobre as AVD	Demonstra percepção sobre a evolução da sintomatologia da doença	Identifica evolução da sintomatologia ao longo do tempo;

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Percepção não demonstrada sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacte no quotidiano;			Demonstra percepção sobre há quanto tempo apresenta sintomatologia da doença e o agravamento do impacte no quotidiano	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar percepção sobre há quanto tempo apresenta sintomatologia e o agravamento do impacte no quotidiano	Manifesta défice de compreensão e de interiorização das implicações da sintomatologia sobre o quotidiano	Percepção sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto no quotidiano;	1-Identificar com o cliente há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto no quotidiano;	Demonstra percepção sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto no quotidiano;

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar percepção sobre a evolução da sintomatologia da doença	Avaliar há quanto tempo o cliente apresenta a sintomatologia; Avaliar de que forma a sintomatologia influencia o quotidiano;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Identificar com o cliente há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto no quotidiano.	Identificar atividades que causam dispneia; Identificar estratégias adotadas; Identificar a evolução da dispneia no tempo; Identificar as implicações no quotidiano;	Identifica, há quanto tempo apresenta sintomas, e impacte sobre o quotidiano	Refere as atividades que causam dispneia; Refere as estratégias adotadas; Refere a evolução da dispneia no tempo; Refere as implicações no quotidiano

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Percepção não demonstrada sobre necessidade de implementar mudança no quotidiano			Demonstra conhecimento sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a percepção sobre a necessidade de implementar mudança no quotidiano	Manifesta défice de compreensão e interiorização sobre a necessidade de implementar mudança no quotidiano	Percepção sobre necessidade de implementar mudança no quotidiano	1- Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano; 2- Disponibilizar manual de apoio ao cliente;	1- Demonstra compreensão e interiorização da necessidade de implementar mudanças no quotidiano;

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a percepção sobre necessidade de implementar mudanças no quotidiano	Avaliar a compreensão e interiorização da necessidade de aderir ao regime de tratamento (estilos de vida; regime farmacológico e não farmacológico, cessação tabágica)

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1- Informar sobre as mudanças a implementar no quotidiano;	Informar sobre as mudanças no autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida; • Gestão do regime terapêutico; • Adesão ao regime terapêutico; • Cessação tabágica. 	Compreende e interioriza a necessidade de implementar mudanças no quotidiano	
2- Disponibilizar manual de apoio ao cliente;	Manual da consciencialização		

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Perceção não demonstrada sobre a forma de progressão da doença			Demonstra conhecimento sobre a forma de progressão da doença ;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o nível a perceção sobre a forma de progressão da doença	Manifesta défice de compreensão e de interiorização sobre a forma de progressão da doença;	1- Perceção sobre a forma de progressão da doença;	1- Informar sobre a forma de progressão da doença; 2-Disponibilizar manual de apoio ao cliente;	1-Demonstra compreensão e interiorização sobre a forma de progressão da doença;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o nível de perceção sobre a forma de progressão da doença	Avaliar a perceção sobre a progressão da doença, sinais e sintomas associados às diferentes fases; (controlo-exacerbação)

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Informar sobre a forma de progressão da doença	Ajudar a perceber o carácter crónico da doença; Ajudar a perceber a progressão da doença entre fases de controlo e exacerbação;	Compreende e interioriza a progressão da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende e interioriza o carácter crónico da doença; • Compreende e interioriza a existência de fases de controlo/exacerbação;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
1- Percepção sobre as limitações físicas associadas à doença;			Demonstra conhecimento sobre implicações atuais e futuras da doença ;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a percepção sobre as limitações físicas associadas à doença	Manifesta défice de compreensão e interiorização sobre a influência da condição de saúde sobre a condição física;	1- Conhecimento sobre as limitações físicas associadas à doença;	1- Informar sobre limitações físicas associadas à doença;	1- Compreende e interioriza as limitações físicas associadas à doença.

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a percepção sobre as limitações físicas associadas à doença	Identificar com o cliente as alterações que a doença implicou nas AVD's e estratégias implementadas de adaptação;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1- Informar sobre limitações físicas associadas à doença;	Identificar as limitações físicas associadas à doença (nomeadamente associadas ao autocuidado);	Compreende e interioriza as limitações físicas associadas à doença;	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Percepção não demonstrada sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico			Manifesta compreensão e interiorização sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a percepção sobre a importância das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Manifesta incompreensão ou déficit de interiorização sobre as vantagens da gestão eficaz do regime terapêutico;	1. Percepção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	1. Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	1. Manifesta compreensão e interiorização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a percepção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Avaliar a compreensão e interiorização da influência do regime terapêutico no controlo da doença;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1- Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico	Informar sobre a influência do regime terapêutico sobre a progressão da doença;	Manifesta compreensão e interiorização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico	Compreende e interioriza a influência do regime terapêutico sobre a progressão da doença;
	Informar sobre a importância de manutenção do regime terapêutico;		Compreende e interioriza a importância de manutenção do regime terapêutico;
	Informar sobre os efeitos de descontinuidade no tratamento;		Compreende e interioriza os efeitos da descontinuidade do tratamento;
	Informar sobre as vantagens de administrar as doses prescritas;		Compreende e interioriza as vantagens de administrar as doses prescritas;
	Informar sobre a relação entre gestão eficaz e qualidade de vida;		Compreende e interioriza a influência da Gestão eficaz do regime terapêutico sobre a qualidade de vida;
	Identificar dúvidas;		
	Disponibilizar-se informação sobre dúvidas;		

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Percepção não demonstrada sobre as modalidades do regime terapêutico			Manifesta compreensão e interiorização sobre as diferentes modalidades do regime terapêutico	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a percepção sobre as modalidades do regime terapêutico	Manifesta déficit de compreensão e interiorização sobre as vantagens da eficaz gestão do regime terapêutico;	Percepção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Manifesta compreensão e interiorização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a percepção sobre as modalidades do regime terapêutico;	Avaliar a compreensão e interiorização das diferentes modalidades de regime terapêutico

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Informar sobre modalidades do regime terapêutico;	Informar sobre a existência de um regime farmacológico; Informar sobre a existência de um regime não farmacológico;	Manifesta compreensão e interiorização das diferentes modalidades de regime terapêutico;	Manifesta compreensão e interiorização sobre a existência de um regime farmacológico; Manifesta compreensão e interiorização sobre a existência de um regime não farmacológico;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Percepção não demonstrada sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime de tratamento			Manifesta compreensão e interiorização sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime de tratamento	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a percepção sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime de tratamento	Manifesta déficit de compreensão e interiorização sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime de tratamento;	Percepção sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime de tratamento	Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Manifesta compreensão e interiorização sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a percepção sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico;	Avaliar a compreensão e interiorização sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a Intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	Informar sobre a necessidade de desenvolver competências cognitivas e instrumentais sobre as competências básicas e avançadas da gestão do regime terapêutico	Manifesta compreensão e interiorização sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	Manifesta compreensão e interiorização sobre a necessidade desenvolver e integrar no cotidiano, competências cognitivas e instrumentais sobre as competências básicas e avançadas da gestão do regime terapêutico

Promover a Esperança

Diagnóstico de enfermagem			Resultado Esperado	
Esperança diminuída			Aumento da esperança	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a esperança	<p>Demonstra pouca esperança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia; • Passividade; • Falta de energia; • Diminuição da vontade de dormir; • Incapaz de ver o lado positivo; • Falta de sentido para a vida; • Refere sensação de perda ou privação; • Refere sensação de incompetência; • Diminuição da interação; • Falta de ambição; • Pessimismo; • Diminuição da capacidade de resolver os problemas; • Incapacidade para reconhecer sinais de esperança; • Diminuição da motivação; • Falta de iniciativa; 	<p>1-Diminuição da vontade de viver;</p> <p>2-Confiança nas suas capacidades não demonstrada;</p> <p>3-Sentimento de impotência</p>	<p>1-Assistir na identificação de um objetivo para a vida;</p> <p>1-Promover a espiritualidade;</p> <p>2;3-Apoiar no reconhecimento do seu potencial;</p> <p>2;3-Informar sobre estratégias de adaptação;</p> <p>2;3-Identificar objetivos realistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da vontade de viver; • Desenvolvimento da confiança nas suas capacidades; • Capacidade para enfrentar a condição atual.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a esperança	Avaliar o nível de energia;
	Avaliar interação social;
	Identificar a vontade da pessoa participar no autocuidado;
	Identificar elementos de motivação;
	Avaliar capacidade de tomada de decisão;
	Avaliar capacidade para o autocuidado
	Identificar objetivos de saúde e de vida;
	Avaliar a capacidade verbalizada para o autocuidado;
Avaliar a crença nas suas capacidades.	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Assistir na identificação de um sentido para a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar aspetos positivos na vida pessoal e nas pessoas significativas; • Identificar objetivos realistas para a manutenção destes aspetos positivos; • Promover a interação de papéis de acordo com objetivos traçados; • Apoiar no restabelecimento de laços significativos; • Promover a participação em grupos de autoajuda • Realçar aspetos positivos e promotores de um sentido de vida; • Promover o envolvimento das pessoas significativas; • Melhorar o sistema de apoio • Realçar aspetos positivos e promotores de um sentido de vida; • Promover o envolvimento das pessoas significativas; 	Expressa expectativa num futuro positivo; Expressa um sentido para a vida	Expressa vontade de viver; Expressa razão para viver Demonstra prazer em viver
Apoiar no reconhecimento do seu potencial;	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir na identificação de capacidades mantidas para o autocuidado; • Promover a otimização do potencial disponível; • Incentivar a utilização do potencial; • Elogiar os progressos obtidos; • Disponibilizar informação sobre estratégias adaptativas; 	Expressa expectativa num futuro positivo;	Expressa otimismo Expressa crença em si mesmo
Informar sobre estratégias de adaptação;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre estratégias adaptativas para promoção da ventilação; • Informar sobre estratégias adaptativas para o 	Identifica estratégias adaptativas	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	<p>autocuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre estratégias adaptativas para a conservação de energia: autocuidado higiene; atividade física; cuidado doméstico; atividade recreativa 		
Identificar objetivos realistas	Apoiar na identificação de objetivos a atingir centrados nas atitudes e comportamentos face ao autocuidado e na interação social e familiar.	Estabelece metas	Expressa otimismo
Promover a espiritualidade;	<p>Disponibilizar privacidade para atividades espirituais;</p> <p>Incentivar as atividades espirituais de acordo com as suas crenças;</p> <p>Ensinar sobre métodos de relaxamento e meditação e imagem orientada;</p> <p>Facilitar a presença em espaços religiosos;</p> <p>Disponibilizar apoio dos serviços religiosos;</p>		<p>Expressa fé</p> <p>Expressa paz interior</p>

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Promover o envolvimento

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Iniciativa para a procura de informação não demonstrada			Demonstra envolvimento na gestão do regime terapêutico	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a iniciativa para a procura de informação em saúde	Não coloca perguntas; Não procura informação;	Iniciativa para a procura de informação não demonstrada	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; • Incentivar a procura de informação. 	Participa na gestão do regime terapêutico; Procura informação sobre a condição de saúde e ou regime de tratamento

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a iniciativa para a procura de informação	Avaliar o se o cliente demonstra iniciativa para procurar informação; Avaliar o se o cliente procura informação sobre a gestão do regime terapêutico;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de Enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; 	Criar “ambiente” promotor da participação na gestão do regime terapêutico nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a autoadministração de fármacos; • Incentivar a decisão dos momentos para realizar exercícios promotores da aprendizagem do autocontrolo da dispneia; gestão do stresse; 	Participa na gestão do regime terapêutico	Participa na gestão do regime terapêutico; Procura informação; Procura os profissionais com dúvidas; Demonstra perceção na necessidade de envolvimento; Apresenta iniciativa para a gestão do regime terapêutico;
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; 	Disponibilizar informação face a face; Disponibilizar informação com os recursos adequados às preferências e literacia do cliente.	Tenha acesso a informação adequada à sua condição	
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a procura de informação 	Incentivar o cliente à procura de informação relacionadas com a condição de saúde, junto dos profissionais, nos recursos didáticos disponíveis ou outros	Procura informação, utiliza-a e envolve-se na interação com os profissionais de saúde	Procura informação; Procura os profissionais com dúvidas;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de Enfermagem			Resultados esperado	
Vontade de aprender não demonstrada			Demonstra envolvimento na gestão do regime terapêutico	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar vontade de aprender	Não coloca perguntas; Não procura informação; Verbaliza falta de vontade para aprender	Vontade de aprender não demonstrada	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na gestão do regime de tratamento; • Reforçar a existência de recursos pessoais adequados. 	Participa na gestão do regime terapêutico; Envolve-se na gestão do regime de tratamento; Reconhece o seu potencial de aprendizagem.

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a vontade de aprender	Avaliar se manifesta vontade de aprender; Avaliar se o cliente questiona os profissionais;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; 	Criar “ambiente” promotor da participação na gestão do regime terapêutico nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> Incentivar a autoadministração de fármacos; Incentivar a decisão dos momentos para realizar exercícios promotores da aprendizagem do autocontrolo da dispneia; gestão do stresse; 	Participa na gestão do regime terapêutico	Participa na gestão do regime terapêutico; Procura informação; Procura os profissionais com dúvidas; Demonstra perceção na necessidade de envolvimento; Apresenta iniciativa para a gestão do regime terapêutico;
<ul style="list-style-type: none"> Envolver o cliente na gestão do regime terapêutico; 	Disponibilizar informação face a face; Facilitar a participação na decisão sobre os diferentes componentes do regime terapêutico; Incentivar a manifestação das opiniões expectativas e experiências relacionadas com o regime terapêutico;	Participe na decisão sobre o regime terapêutico	
<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a existência de recursos pessoais adequados 	Ajudar o cliente a perceber a capacidade para reter a informação; Dar feedbacks positivos; Valorizar as aquisições realizadas	Compreende e demonstra possuir os recursos pessoais adequados	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Não-aceitação da integração das alterações no quotidiano			Demonstra envolvimento na gestão do regime terapêutico	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a aceitação da integração das alterações no quotidiano	Manifesta ou demonstra a não-aceitação da integração das alterações no quotidiano	Não-aceitação da integração das alterações no quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; • Facilitar a participação nas atividades de gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na tomada de decisão. 	Manifesta e ou demonstra aceitação da integração de alterações no quotidiano;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a não aceitação da integração das alterações no quotidiano	Avaliar se manifesta a não-aceitação da implementação de mudanças quotidianas;
	Avaliar se demonstra a não aceitação da mudanças quotidianas;
	Avaliar se o cliente implementa mudanças no quotidiano;
	Avaliar se o cliente verbaliza dificuldades ou incongruências entre as atividades negociadas e as suas expectativas;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; 	Disponibilizar informação face a face; Disponibilizar informação com os recursos adequados às preferências e literacia do cliente.	Tenha acesso a informação adequada à sua condição	
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a participação nas atividades de gestão do regime terapêutico; 	Facilitar a participação na decisão sobre os diferentes componentes do regime terapêutico; Incentivar a participação nas diferentes atividades da gestão do regime terapêutico; Demonstrar disponibilidade para auscultar as dúvidas; experiências; expectativas.	Participe na nas atividades da gestão do regime terapêutico	Participa na decisão sobre o regime terapêutico; Auto inicia as atividades de acordo com o negociado;
<ul style="list-style-type: none"> • Envolver o cliente na tomada de decisão. 	Colocar à consideração do cliente todas as decisões sobre a sua condição de saúde; Demonstrar disponibilidade para auscultar as dúvidas; experiências; expectativas; Demonstrar disponibilidade para negociar todas as decisões.	Participa na tomada de decisão sobre a sua condição de saúde	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene			Demonstra conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene	Demonstra défice de conhecimentos sobre estratégias adaptativas adequadas à sua condição	Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente. 	Demonstra conhecimento sobre as adaptativas para o autocuidado: higiene

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene	Avaliar conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado adequadas à sua condição
	Avaliar o conhecimento sobre recursos adaptativos disponíveis.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
<p>Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene;</p>	<p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas na promoção da tolerância à atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão de tempo/energia; • Gestão de temperatura ambiente; • Gestão dos recursos físicos; • Gestão dos momentos para a realização das atividades. <p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas nos défices instrumentais e ou musculo articulares.</p>	<p>Demonstre conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene</p>	
<p>Disponibilizar manual de apoio ao cliente</p>			

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular			Demonstra conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular	Demonstra déficit de conhecimentos sobre estratégias adaptativas adequadas à sua condição	Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente. 	Demonstra conhecimento sobre as adaptativas para o autocuidado: deambular

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular	Avaliar conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado adequadas à sua condição
	Avaliar o conhecimento sobre recursos adaptativos disponíveis.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: deambular;	<p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas na promoção da tolerância à atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão de tempo/energia; • Gestão de percursos; • Gestão de recursos físicos; • Gestão dos momentos para a realização das atividades. <p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas nos défices instrumentais e ou musculo articulares.</p>	Demonstre conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado deambular	
Disponibilizar manual de apoio ao cliente			

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se			Demonstra conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se	Demonstra déficit de conhecimentos sobre estratégias adaptativas adequadas à sua condição	Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente. 	Demonstra conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se	Avaliar conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado adequadas à sua condição
	Avaliar o conhecimento sobre recursos adaptativos disponíveis.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Instruir a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentar-se;	<p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas na promoção da tolerância à atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão de tempo/energia; • Gestão de consistência da alimentação; • Gestão de recursos físicos; • Gestão das quantidades de alimentos a ingerir. <p>Informar sobre estratégias adaptativas centradas nos défices instrumentais e ou musculo articulares.</p>	Demonstre conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se	
Disponibilizar manual de apoio ao cliente			

Desenvolver conhecimento sobre a doença

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado		
Conhecimento não demonstrado sobre manifestações da doença			Demonstra conhecimento sobre implicações atuais e futuras da doença ;		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados	
Avaliar o nível de conhecimento sobre as manifestações da doença	Desconhece as manifestações da doença	1-Conhecimento sobre manifestações da doença	1-Ensinar sobre os sintomas da doença; 1-Disponibilizar material de apoio;	1-Descreve os sintomas da doença	

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o nível de conhecimento sobre as manifestações da doença;	Avaliar o conhecimento sobre as manifestações da doença;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre os sintomas da doença	Ensinar sobre sintomas da doença na bronquite: <ul style="list-style-type: none"> • Expetoração contínua/diária; • Tosse frequente; • Sibilos; • Dispneia associada as AVD's 	Descreve os sintomas da doença	
	Ensinar sobre sintomas da doença no Enfisema: <ul style="list-style-type: none"> • Dispneia associada as AVD's; • Incapacidade para libertar o ar na expiração; • Perda de peso. 		

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado		
Conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações			Demonstra conhecimento sobre implicações atuais e futuras da doença ;		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados	
Avaliar o nível de conhecimento sobre as manifestações da doença	Desconhece as manifestações da doença	1-Conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações	1 Ensinar sobre os sintomas das exacerbações	1 Descreve os sintomas das exacerbações;	

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações	Avaliar o conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre os sinais e sintomas das exacerbações;	Ensinar sobre o aumento da expetoração; Ensinar sobre alteração da cor da expetoração e da consistência; Ensinar sobre a presença de febre; Ensinar sobre o aumento da dispneia associada a um dos sintomas referidos. Ensinar sobre quando recorrer ao apoio clínico; Ensinar sobre o tipo de apoio a recorrer;	Descreve sinais e sintomas de exacerbação	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Conhecimento não demonstrado sobre fatores que agravam os sintomas da doença;			Demonstra conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença ;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o nível de conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença;	Desconhece os fatores que agravam os sintomas da doença;	1-Conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença;	1-Ensinar sobre fatores que agravam os sintomas: Poluentes interiores e exteriores; emoções; alterações temperatura; infecções respiratórias. 2-Disponibilizar manual de apoio ao cliente.	1-Descreve fatores que agravam os sintomas;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o nível de conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença;	Avaliar o conhecimento sobre poluentes interiores; exteriores; emoções; alterações da temperatura; infecções respiratórias.

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre fatores que agravam os sintomas: Poluentes interiores e exteriores; emoções; alterações temperatura; infecções respiratórias. 2-Disponibilizar manual de apoio ao cliente.		Descreve fatores que agravam os sintomas da doença;	1-Descreve a influência: <ul style="list-style-type: none"> • Poluentes interiores; • Poluentes exteriores; • Emoções; • Alterações temperatura; • Infecções respiratórias.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados esperado	
Conhecimento não demonstrado sobre estratégias para reduzir a exposição;			Demonstra conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnósticos qualificadores	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o nível de conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;	Desconhece estratégias para reduzir a exposição;	1-Conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;	1-Ensinar sobre estratégias para reduzir a exposição;	1- Descreve estratégias para reduzir a exposição;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o nível de conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;	Avaliar o conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre estratégias para reduzir a exposição	<p>Ensinar o cliente a reduzir a exposição a fatores agravantes da condição:</p> <ul style="list-style-type: none"> No ambiente exterior: nevoeiro; altos e baixos níveis de humidade; gases industriais; fumo tabaco; fumo dos carros; fatores associados à exposição profissional (madeiras; vernizes; tintas). No ambiente interior: perfumes; fumos tabaco; fumo lareira; ambientadores; vapores detergentes. Controle das emoções: ansiedade, medo, raiva. Redução da probabilidade de desenvolver uma infeção respiratória. 	Demonstra conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição a fatores agravantes da condição	2-Descreve as estratégias de redução à exposição;

Desenvolver o conhecimento sobre técnica de inalação

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação			Demonstra conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre a técnica de inalação	<ul style="list-style-type: none"> • Não expira completamente antes de inalar; • Não coloca corretamente o inalador entre os lábios e a boca; • Não inspira pela boca constante e profundamente; • Não retira o inalador da boca; • Não retêm a respiração até 10 segundos; • Não expira lentamente; • Não lava a boca; 	1-Conhecimento para expirar profundamente antes de proceder à inalação 2-Conhecimento sobre colocação do inalador na boca; 3-Conhecimento sobre inspiração lenta e profunda pela boca; 4-Conhecimento sobre o momento de retirar o inalador da boca após a inspiração; 5-Conhecimento sobre a retenção da respiração após a inalação; 6-Conhecimento sobre expirar profundamente após a inalação; 7-Conhecimento sobre auto cuidado higiene da boca após a inalação;	1-Instruir para expirar profundamente antes de inalar; 2-Instruir sobre como colocar o inalador na boca; 3-Instruir a inspirar lenta e profundamente pela boca; 4-Instruir a retirar o inalador da boca após a inalação; 5-Instruir para a retenção da respiração após a inalação; 6-Instruir para expirar profundamente após a inalação; 7-Ensinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação; Disponibilizar manual de apoio ao cliente.	1-Expira profundamente antes de inalar; 2-Coloca corretamente o dispositivo na boca; 3-Inspira lenta e profundamente pela boca durante a inalação; 4-Retira o inalador da boca após a inspiração; 5-Retêm a respiração após a inalação até 10 segundos; 6-Expirar lenta e profundamente após a inalação; 7-Lava a boca após a inalação;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre a técnica de inalação	Avaliar se o cliente conhece a importância de expira completamente antes de inalar
	Avaliar se o cliente sabe como colocar corretamente o inalador na boca;
	Avaliar se o cliente conhece a importância de inspirar pela boca constante e profundamente;
	Avaliar se o cliente conhece a importância de suspender a respiração até 10 segundos;
	Avaliar se o cliente conhece a importância de expira lentamente;
	Avaliar se o cliente conhece a importância lavar a boca após a inalação;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir para expirar profundamente antes de inalar;	Ver anexo 2	Demonstra conhecimento sobre a técnica de inalação	Demonstra a importância de expirar profundamente antes de inalar;
2-Instruir sobre como colocar o inalador na boca;			Demonstra como colocar o inalador na boca;
3-Instruir a inspirar lenta e profundamente pela boca;			Demonstra como inspirar lenta e profundamente pela boca
4-Instruir a retirar o inalador da boca após a inalação;			Demonstra quando retirar o inalador da boca após a inalação;
5-Instruir para a retenção da respiração após a inalação;			Demonstra como e durante quanto tempo reter a respiração após a inalação;
6-Instruir para expirar profundamente após a inalação;			Demonstra como expirar profundamente após a inalação;
7-Ensinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação;			Demonstra conhecer a importância de proceder ao autocuidado da boca após a inalação.
Disponibilizar manual de apoio ao cliente			

Desenvolver capacidades para a técnica de inalação

Diagnóstico de enfermagem		Resultados Esperados		
Aprendizagem de habilidades não demonstrada para gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação		Demonstra aprendizagem de habilidades para gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação	<ul style="list-style-type: none"> • Não expira completamente antes de inalar; • Não coloca corretamente o inalador entre os lábios e a boca; • Não inspira pela boca constante e profundamente; • Não retira o inalador da boca; • Não retêm a respiração até 10 segundos; • Não expira lentamente; • Não lava a boca; 	1-Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente antes de proceder à inalação 2-Aprendizagem de habilidades para colocar o inalador na boca; 3-Aprendizagem de habilidades para inspirar lenta e profunda pela boca; 4-Aprendizagem de habilidades para retirar o inalador da boca após a inspiração; 5-Aprendizagem de habilidades para a retenção da respiração após a inalação; 6-Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente após a inalação; 7-Aprendizagem de habilidades para o auto cuidado higiene da boca após a inalação;	1-Treinar para expirar profundamente antes de inalar; 2-Treinar sobre como colocar o inalador na boca; 3-Treinar a inspirar lenta e profundamente pela boca; 4-Treinar a retirar o inalador da boca após a inalação; 5-Treinar para a retenção da respiração após a inalação; 6-Treinar para expirar profundamente após a inalação; 7- Treinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação; Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;	1-Expira profundamente antes de inalar; 2-Coloca corretamente o dispositivo na boca; 3-Inspira lenta e profundamente pela boca durante a inalação; 4-Retira o inalador da boca após a inspiração; 5-Retêm a respiração após a inalação até 10 segundos; 6-Expirar lenta e profundamente após a inalação; 7-Lava a boca após a inalação;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a aprendizagem de habilidades não demonstrada para gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação	Avaliar se o cliente expira completamente antes de inalar
	Avaliar se o cliente coloca corretamente o inalador na boca;
	Avaliar se o cliente inspira pela boca constante e profundamente;
	Avaliar se o cliente suspende a respiração até 10 segundos;
	Avaliar se o cliente expira lentamente;
	Avaliar se o cliente lava a boca após a inalação;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Treinar para expirar profundamente antes de inalar;	Ver anexo 2	Demonstra aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação	Demonstra aprendizagem de habilidades para expirar profundamente antes de inalar;
2-Treinar sobre como colocar o inalador na boca;			Demonstra aprendizagem de habilidades para colocar o inalador na boca;
3-Treinar a inspirar lenta e profundamente pela boca;			Demonstra aprendizagem de habilidades sobre como inspirar lenta e profundamente pela boca
4-Treinar a retirar o inalador da boca após a inalação;			Demonstra aprendizagem de habilidades para retirar o inalador da boca após a inalação;
5-Treinar para a retenção da respiração após a inalação;			Demonstra aprendizagem de habilidades para reter a respiração após a inalação;
6-Treinar para expirar profundamente após a inalação;			Demonstra aprendizagem de habilidades para expirar profundamente após a inalação;
7- Treinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação;			Demonstra aprendizagem de habilidades para proceder ao autocuidado da boca após a inalação.
Disponibilizar manual de apoio ao cliente			

Desenvolver o conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia

Diagnóstico de enfermagem		Resultados Esperados		
Conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia;		Demonstra conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia;		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	<ul style="list-style-type: none"> Desconhece o funcionamento do dispositivo de inaloterapia. Posição de utilização; Preparação; Descarga; Verificação; Lavagem; Armazenamento; Substituição. 	1-Conhecimento sobre a posição de utilização do dispositivo; 2-Conhecimento a preparação da dose a inalar; 3-Conhecimento sobre a descarga do inalador; 4-Conhecimento sobre a verificação da dose administrada; 5-Conhecimento a lavagem do dispositivo; 6-Conhecimento sobre armazenamento do inalador; 7-Conhecimento sobre substituição do inalador;	1-Instruir sobre a posição de utilização do dispositivo; 2-Instruir a preparar a dose a inalar; 3-Instruir sobre a descarga do inalador; 4-Instruir a verificar a dose administrada; 5-Instruir sobre a lavagem do dispositivo; 6-Instruir sobre o armazenamento do inalador; 7-Instruir sobre como substituir o inalador; 7-Instruir sobre como substituir as recargas;	1-Descreve como utilizar o dispositivo na posição correta; 2- Descreve como preparar corretamente a dose a inalar; 3- Descreve como ativar corretamente a descarga do inalador; 4- Descreve como verificar a dose administrada; 5- Descreve como lavar o dispositivo corretamente; 6- Descreve como armazenar corretamente o inalador; 7- Descreve como substituir o inalador ou recargas;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	Avaliar se o cliente descreve os componentes do dispositivo;
	Avaliar se o cliente identifica a posição correta de utilização;
	Avaliar se o cliente prepara corretamente a dose;
	Avaliar se o cliente procede á descarga da inalação corretamente;
	Avaliar se o cliente verifica a utilização da dose;
	Avaliar se o cliente lava o dispositivo adequadamente;
	Avaliar se o cliente armazena adequadamente o dispositivo;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir sobre a posição de utilização do dispositivo; 2-Instruir a preparar a dose a inalar; 3-Instruir sobre a descarga do inalador; 4-Instruir a verificar a dose administrada; 5-Instruir sobre a lavagem do dispositivo; 6-Instruir sobre o armazenamento do inalador; 7-Instruir sobre como substituir o inalador; 7-Instruir sobre como substituir as recargas;	ver anexo 1	Descreve o mecanismo de utilização dos dispositivos	Descreve os componentes do dispositivo; Descreve a técnica de utilização do dispositivo: <ul style="list-style-type: none"> • Posição de utilização; • Preparação; • Descarga; • Verificação; • Lavagem; • Armazenamento; • Substituição.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver conhecimento sobre autocontrolo da dispneia

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia			Demonstra conhecimento para implementar intervenções para ao auto controlo da dispneia;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento para o autocontrolo da dispneia;	<p>1-Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: respiração abdómino diafragmática;</p> <p>2-Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: técnica de dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>3-Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição de pé;</p> <p>4-Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição sentado;</p> <p>5-Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição deitado;</p> <p>6-Não sabe como executar corretamente técnicas de exercícios músculo articulares ativos;</p> <p>7- Não sabe como executar</p>	<p>1-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;</p> <p>2-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>3-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;</p> <p>4-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;</p> <p>5-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;</p> <p>6-Conhecimento não demonstrado sobre técnicas exercícios músculo articulares ativos;</p> <p>7-Conhecimento não</p>	<p>1-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;</p> <p>2- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>3- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé;</p> <p>4- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado;</p> <p>5- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado;</p> <p>6-Instruir sobre técnicas de exercício músculo articulares ativas;</p> <p>7- Instruir sobre técnicas exercitação músculo articulares ativas-resistidos;</p> <p>8- Instruir sobre auto exercício com bastão</p>	<p>1-Descreve como implementar respiração abdómino-diafragmática;</p> <p>2- Descreve como implementar técnica de dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>3-Descreve como implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de pé;</p> <p>4-Descreve como implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de sentado;</p> <p>5-Descreve como implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;</p> <p>6-Descreve como implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas;</p> <p>7-Descreve como implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas-resistidos;</p> <p>8-Descreve como implementar auto exercício com bastão;</p> <p>9-Descreve como implementar auto exercício com faixa.</p>

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	<p>corretamente técnicas de exercícios músculo articulares ativos-resistidos;</p> <p>8-Não sabe como executar corretamente autoexercício com bastão;</p> <p>9-Não sabe como executar corretamente autoexercício com faixa.</p>	<p>demonstrado sobre técnicas exercícios músculo articulares ativos-resistidos;</p> <p>8-Conhecimento não demonstrado sobre auto exercício com bastão;</p> <p>9- Conhecimento não demonstrado sobre auto exercício com faixa.</p>	<p>9-Instruir sobre auto exercício com faixa.</p> <p>Disponibilizar manual de apoio ao cliente.</p>	
--	--	---	---	--

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
<p>Avaliar o conhecimento para o autocontrolo da dispneia;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar se o cliente sabe executar a técnica dissociação dos tempos respiratórios; • Avaliar se o cliente sabe executar a técnica de respiração abdómino-diafragmática; • Avaliar se o cliente adota técnicas de redução da dispneia através da posição; • Avaliar se o cliente sabe executar a técnica autoexercício.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	Ver anexo 10	Demonstra conhecimento para implementar intervenções para ao auto controlo da dispneia	Demonstra conhecimento para implementar a respiração abdómino-diafragmática;
2-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;			Demonstra conhecimento para implementar técnicas para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;
3-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé			Demonstra conhecimento para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de pé;
4-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado			Demonstra conhecimento para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de sentado;
5-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia através da posição deitado			Demonstra conhecimento para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de deitado;
6-Instruir sobre técnicas de exercício músculo articulares activas;			Demonstra conhecimento para implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas;
7-Instruir sobre técnicas exercitação músculo articulares activas-resistidos;			Demonstra conhecimento para implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas-resistidos;
8-Instruir sobre auto exercício com bastão;			Demonstra conhecimento para implementar técnicas de auto exercício com bastão;
9-Instruir sobre auto exercício com faixa			Demonstra conhecimento para implementar técnicas de auto exercício com faixa;

Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia

Diagnóstico de Enfermagem			Resultados Esperados	
Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia			Demonstra capacidades para implementar intervenções para ao auto controlo da dispneia;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a aprendizagem de habilidades para autocontrolo da dispneia;	1-Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: respiração abdómino diafragmática; 2- Não executa corretamente a técnicas de dissociação dos tempos respiratórios; 3- Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição de pé; 4- Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição sentado; 5- Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição deitado; 6-Não executa corretamente técnicas de exercícios músculo articulares ativos; 7-Não executa corretamente técnicas de exercícios músculo articulares activos-	1-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática; 2-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da técnica dissociação dos tempos respiratórios; 3-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé; 4-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado; 5-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado; 6-Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnicas exercícios músculo articulares	1-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática; 2-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia através da técnica dissociação dos tempos respiratórios; 3-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia na posição de pé; 4-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia na posição sentado; 5-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia na posição de deitado; 6-Treinar técnicas de exercício músculo articulares ativas; 7-Treinar técnicas exercitação músculo articulares ativas-resistidos; 8-Treinar auto exercício com bastão 9-Treinar auto exercício com	1-Demonstra capacidades para implementar respiração abdómino-diafragmática; 2-Demonstra capacidades para implementar técnica dissociação dos tempos respiratórios; 3-Demonstra capacidades para implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de pé; 4-Demonstra capacidades para implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de sentado; 5-Demonstra capacidades para implementar a técnica de autocontrolo da dispneia através da posição de deitado; 6-Demonstra capacidades para implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas; 7-Demonstra capacidades para implementar as técnicas de exercício músculo articulares ativas-resistidos; 8-Demonstra capacidades para implementar o auto exercício com

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	resistidos; 8-Não executa corretamente autoexercício com bastão; 9-Não executa corretamente auto exercício com faixa.	ativos; 7-Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnicas de exercício músculo articulares ativos-resistidos; 8-Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com bastão; 9-Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com faixa.	faixa. Disponibilizar manual de apoio ao cliente. Disponibilizar o vídeo de apoio ao cliente	bastão; 9-Demonstra capacidades para implementar o auto exercício com faixa.
--	---	--	--	---

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia;	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar se o cliente executa corretamente a técnica dissociação dos tempos respiratórios; • Avaliar se o cliente executa corretamente a técnica de respiração abdómino-diafragmática; • Avaliar se o cliente implementa corretamente técnicas de redução da dispneia através da posição; • Avaliar se o cliente executa corretamente as técnicas autoexercício.

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	Ver anexo 10	Demonstra capacidades para implementar intervenções para ao auto controlo da dispneia	Demonstra capacidades para implementar a respiração abdómino-diafragmática;
2- Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia através da técnica dissociação dos tempos respiratórios;			Demonstra capacidades para o autocontrolo da dispneia através da técnica dissociação dos tempos respiratórios;
3-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia através da posição de pé			Demonstra capacidades para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de pé;
4-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia através da posição sentado			Demonstra capacidades para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de sentado;
5-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia através da posição deitado			Demonstra capacidades para implementar técnica de redução da dispneia através posição corporal: de deitado;
6-Treinar sobre técnicas de exercício músculo articulares ativas;			Demonstra capacidades para implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas;
7-Treinar técnicas exercitação músculo articulares ativas-resistidos;			Demonstra capacidades para implementar técnicas de exercício músculo articulares ativas-resistidos;
8-Treinar sobre auto exercício com bastão			Demonstra capacidades para implementar técnicas de auto

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

			exercício com bastão;
9-Treinar sobre auto exercício com faixa.			Demonstra capacidades para implementar técnicas de auto exercício com faixa;
Disponibilizar manual de apoio ao cliente.			
Disponibilizar o vídeo de apoio ao cliente			

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia

Diagnóstico de enfermagem		Resultados Esperados		
Conhecimento não demonstrado sobre o regime terapêutico medicamentoso: oxigenoterapia		Demonstra conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso: oxigenoterapia		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso: oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Desconhece os princípios da oxigenoterapia; Desconhece o funcionamento do dispositivo em uso no domicílio; Desconhece os benefícios da utilização da oxigenoterapia; Desconhece os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; Desconhece os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso; 	<ol style="list-style-type: none"> Conhecimento sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia; Conhecimento sobre os benefícios da utilização da oxigenoterapia; Conhecimento sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; Conhecimentos sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso; 	<ol style="list-style-type: none"> Instruir sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia; Instruir sobre benefícios da utilização da oxigenoterapia; Instruir sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; Instruir sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso; 	<ol style="list-style-type: none"> Descreve o mecanismo de utilização dos dispositivos; Identifica as vantagens da utilização da oxigenoterapia; Descreve os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; Descreve os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso: oxigenoterapia	Avaliar o conhecimento do cliente sobre o mecanismo dos dispositivos;
	Avaliar o conhecimento do cliente sobre as vantagens da oxigenoterapia;
	Avaliar o conhecimento do cliente sobre procedimentos de segurança;
	Avaliar o conhecimento do cliente sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Ítems de resultado
1-Instruir sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia;	ver anexo 3	Descreve o mecanismo de utilização dos dispositivos	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve os componentes do dispositivo; • Descreve a técnica de utilização do dispositivo;
2-Instruir sobre benefícios da utilização da oxigenoterapia;	Na diminuição da sintomatologia; No controlo da progressão da doença; Influência sobre o quotidiano; Integração no quotidiano.	Identifica as vantagens da utilização da oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Na diminuição da sintomatologia; • No controlo da progressão da doença; • Influência sobre o quotidiano; • Integração no quotidiano.
3-Instruir sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia;	ver anexo 4		<ul style="list-style-type: none"> • Descreve as medidas de segurança a adotar;
4-Instruir sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;			<ul style="list-style-type: none"> • Descreve os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso; • Dispõe de informação sobre os serviços e forma de acesso;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver conhecimentos sobre técnica de exercícios respiratórios

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento não demonstrado sobre técnicas de exercício respiratório;			Demonstre conhecimentos sobre técnicas de exercício respiratório;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre as técnicas de exercício respiratório	Desconhece as técnicas de exercício respiratório;	1- Conhecimento para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	1-Instruir técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	1- Demonstra conhecimento sobre técnicas de exercício respiratório

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre as técnicas de exercício respiratório	Avaliar o conhecimento para implementar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;(anexo 10)	Ver anexo 10	Demonstra conhecimento sobre técnicas de exercício respiratório	1-Demonstra conhecimento sobre a técnica de tosse controlada:“ <i>huffing</i> ”;

Desenvolver capacidades sobre a técnica de exercício respiratório

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Aprendizagem de habilidades não demonstrado sobre técnicas de exercício respiratório;			Demonstre aprendizagem de habilidades sobre técnicas de exercício respiratório;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre as técnicas de exercício respiratório	Não e capaz de realizar as técnicas de exercício respiratório;	1-Aprendizagem de habilidades para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	1-Treinar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	1- Demonstra capacidades sobre técnicas de exercício respiratório

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre as técnicas de exercício respiratório	Avaliar a aprendizagem de habilidades para implementar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;

Intervenção de Enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Treinar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”; (anexo 10)	Ver anexo 10	Demonstra capacidades para executar técnicas de exercício respiratório	1-Demonstra capacidade para executar a técnica de tosse controlada: “ <i>huffing</i> ”;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver conhecimento sobre técnicas de conservação de energia

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado;			Demonstra conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	Não conhece técnicas de conservação de energia para o autocuidado	1-Conhecimento não demonstrado sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	1-Instruir técnica de conservação de energia para o autocuidado; 1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente	1- Demonstra capacidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	Avaliar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para: <ul style="list-style-type: none"> • Atividade doméstica; • Andar; • Atividade recreativa; • Atividade sexual;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir técnica de conservação de energia para o autocuidado;	Ver manual de apoio ao cliente	Demonstra conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado;	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;			Demonstra conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	Não conhece estilos de vida adequados à condição de saúde: descanso/lazer/atividade sexual;	1- Conhecimento não demonstrado sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	1-Ensinar sobre gestão do estilo de vida; 1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente	1- Demonstra conhecimento sobre estilo de vida adequados à condição de saúde: descanso/lazer/atividade sexual;

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1- Ensinar sobre gestão do estilo de vida;	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar o cliente sobre a necessidade de um padrão de sono reparador; Ensinar o cliente sobre estratégias de indução e manutenção do sono: técnicas de relaxamento; gestão da atividade física diurna; gestão do tempo de descanso; posição para dormir; relação entre refeições e sono; preparação do ambiente. Ensinar sobre a necessidade de uma atividade sexual individualmente satisfatória: 	Descreve estratégias de gestão do estilo de vida com descanso e lazer	<ul style="list-style-type: none"> Reconhece a necessidade de um sono reparador; Identifica estratégias a implementar para induzir o sono; Reconhece as vantagens de uma atividade sexual satisfatória; Reconhece a necessidade de integrar no quotidiano atividades de lazer e descanso;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	<p>analisar o padrão, as crenças sobre a influência da DPOC sobre a atividade sexual; identificar estratégias de gestão da energia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar com o cliente quais as atividades preferidas no lazer;• Identificar atividades descontinuadas devido à DPOC;• Identificar estratégias adaptativas para a prossecução das mesmas ou alternativas igualmente prazerosas;• Ensinar sobre a vantagem da execução de atividades de lazer, nomeadamente sob a gestão do stresse;• Avaliar o interesse e disponibilidade do cliente para passear de acordo com a disponibilidade financeira;		
--	---	--	--

Desenvolver capacidades sobre técnicas de conservação de energia

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado;			Demonstra aprendizagem e habilidades para executar técnicas de conservação de energia para o autocuidado	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar as capacidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	Não sabe executar técnicas de conservação de energia para o autocuidado	1-Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	1-Treinar técnica de conservação de energia para o autocuidado; 1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente	1- Demonstra capacidades para executar técnicas de conservação de energia para o autocuidado

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	Avaliar a aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para: <ul style="list-style-type: none"> • Atividade doméstica; • Andar; • Atividade recreativa; • Atividade sexual;

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de Enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Treinar técnica de conservação de energia para o autocuidado;	Ver manual de apoio ao cliente	Demonstra capacidades para executar técnicas de conservação de energia para o autocuidado;	

Desenvolver aprendizagem de habilidades para a gestão e controlo do stresse

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Aprendizagem de habilidades para gestão e controlo do stresse;			Demonstra aprendizagem e habilidades para executar técnicas de conservação de energia para o autocuidado	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar as capacidades para a gestão e controlo do stresse.	Não sabe executar técnicas de gestão e controlo do stresse	1-Aprendizagem de habilidades não demonstrada para a gestão e controlo do stresse;	Identificar com o cliente os fatores stressantes; Analisar com os clientes os fatores stressantes; Treinar como planear o quotidiano por antecipação; Incentivar o autocuidado: atividades recreativas; Incentivar a utilização de técnicas de relaxamento; Incentivar a utilização da assertividade; Treinar a técnica de respiração diafragmática; Treinar a técnica de focalização da imagem; Incentivar a utilização da musicoterapia; Disponibilizar manual de apoio ao cliente.	1- Demonstra capacidades para gerir e controlar o stresse;

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a aprendizagem de habilidades para gestão e controlo do stresse;	Avaliar a aprendizagem de habilidades para gestão e controlo do stresse;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores stressantes • Identificar estratégias adotadas para gerir o stresse.
--	---

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Identificar com o cliente os fatores stressantes; Analisar com os clientes os fatores stressantes; Treinar como planear o quotidiano por antecipação; Incentivar o autocuidado: atividades recreativas; Incentivar a utilização de técnicas de relaxamento; Incentivar a utilização da assertividade; Treinar a técnica de respiração diafragmática; Treinar a técnica de focalização da imagem; Incentivar a utilização da musicoterapia; Disponibilizar manual de apoio ao cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com cliente situações geradoras de stresse (emoções/relações familiares/profissionais/sentimentos de perda: autonomia/económicos/sociais); • Descrever reações físicas e emocionais ao stresse; • Descrever a influências das reações físicas e emocionais sobre a DPOC; • Identificar com o cliente as suas reações habituais; • Ensinar sobre o efeito do stresse sobre o controlo da dispneia; • Identificar as estratégias em uso pelo cliente; • Ensinar sobre estratégias de relaxamento: respiração diafragmática (profunda); autossugestão ou focalização da imagem (pensamentos positivos/parar negativos); musicoterapia; Ver anexo 9	Descreve estratégias de gestão e controlo do stresse;	Identifica os agentes geradores de stresse; Identifica a sua resposta aos agentes stressantes; Reconhece o efeito da gestão do stresse no controlo da dispneia; Identificas as estratégias disponíveis para gerir o stresse; Descreve a metodologia de implementação das estratégias;

Desenvolver conhecimento sobre a cessação tabágica

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre importância da cessação tabágica			Demonstra conhecimento sobre importância da cessação tabágica	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar sobre importância da cessação tabágica	Mantem hábitos tabágicos	1- Conhecimento não demonstrado sobre importância da cessação tabágica	1-Instruir sobre a importância da cessação tabágica; 1-Informar sobre os recursos técnicos disponíveis; 1-Referir ao médico	1- Reconhece a importância da cessação tabágica

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar sobre importância da cessação tabágica;	

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Instruir sobre a importância da cessação tabágica;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre efeito do fumo sobre o sistema respiratório; • Ensinar sobre estratégias de cessação tabágica; • Ensinar sobre o efeito do consumo passivo do tabaco; • Disponibilizar informação sobre recursos disponíveis; • Referenciar para a consulta de cessação tabágica; (ver circular da DGS) 	Reconhece a importância da cessação tabágica;	Identifica o efeito do fumo sobre o sistema respiratório; Identifica algumas estratégias para a cessação tabágica; Identifica os recursos disponíveis;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

1-Informar sobre os recursos técnicos disponíveis;		Demonstra conhecimento sobre os recursos profissionais disponíveis no SNS	
1-Referir ao médico			

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso

Diagnóstico de enfermagem		Resultados Esperados		
Conhecimento não demonstrado sobre o regime terapêutico medicamentoso		Demonstra conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso:		
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhece o nome do fármaco; • Não é capaz de identificar o fármaco pela aparência/cor ou pela caixa; • Não sabe qual a dose a administrar; • Desconhece a via de administração; • Não descreve corretamente o procedimento de preparação e administração; • Desconhece o horário; • Desconhece o momento oportuno para a administração; • Desconhece a finalidade do fármaco; • Desconhece os principais efeitos secundários; • Atribui efeitos aos fármacos que não se adequam; 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Conhecimento sobre o nome do fármaco; 2- Conhecimento sobre a dose a administrar; 3- Conhecimento sobre a via administração; 4- Conhecimento sobre o horário de administração; 5- Conhecimento sobre o efeito terapêutico; 6- Conhecimento sobre os principais efeitos secundários; 7- Conhecimento sobre a obtenção do fármaco; 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Ensinar sobre o nome do fármaco; 2- Ensinar sobre a dose a administrar; 3- Ensinar sobre a via administração; 4- Ensinar sobre o horário de administração; 5- Ensinar sobre o efeito terapêutico; 6- Ensinar sobre os principais efeitos secundários; 7- Ensinar sobre obtenção do fármaco; 	<ul style="list-style-type: none"> Identifica o fármaco a administrar; Demonstra conhecimento sobre a dose a administrar; Demonstra conhecimento sobre a via de administração; Demonstra conhecimento sobre o horário de administração; Demonstra conhecimento sobre o efeito terapêutico do fármaco; Reconhece os efeitos secundários; Identifica os mecanismos para a obtenção do fármaco;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar o conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso:	Avaliar se o cliente conhece o nome do fármaco; Avaliar se o cliente conhece a dose a administrar; Avaliar se o cliente conhece a via de administração; Avaliar se o cliente conhece o horário de administração; Avaliar se o cliente conhece o efeito terapêutico; Avaliar se o cliente conhece os principais efeitos secundários; Avaliar se o cliente conhece como obter o fármaco;

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre o nome do fármaco;	Ensinar sobre o nome do fármaco;	Identifica o fármaco a administrar;	Identifica fármaco pelo nome
	Ensinar sobre a forma alternativa de identificação do fármaco: aspeto da embalagem; cor; forma;		Identifica o fármaco pelo aspeto; Identifica o fármaco pela embalagem; Identifica o fármaco pela cor; Identifica o fármaco pela forma;
2-Ensinar sobre a dose a administrar;	Ensinar sobre a dose a administrar em cada toma;	Demonstra conhecimento sobre a dose a administrar;	Identifica a dose a administrar em cada toma;
	Ensinar sobre a dosagem de cada apresentação do fármaco;		Identifica a dosagem de apresentação do fármaco;
	Ensinar sobre a preparação da dose adequada do fármaco;		Demonstra conhecimento sobre a forma de preparação da dose administrar;
3-Ensinar sobre a via administração;	Ensinar sobre a via a utilizar;	Demonstra conhecimento sobre a via de administração;	Demonstra conhecimento sobre a via de administração
	Ensinar sobre a preparação do fármaco para a administração adequada à via;		Identifica o motivo da utilização da via;
	Ensinar sobre as vantagens da utilização da via;		
4-Ensinar sobre o horário de administração;	Ensinar sobre o horário a administrar o fármaco;	Demonstra conhecimento sobre o horário de administração;	Identifica o horário da administração;
	Ensinar sobre a condição ideal para a administração do fármaco;		Identifica as condições para administração
	Ensinar sobre prevenção de interação dos fármacos;		Demonstra conhecimento sobre a interação dos fármacos;
	Ensinar sobre alternativas para alerta da toma;		Identifica alternativas de alerta;
	Ensinar sobre atuação no caso de esquecimento;		Demonstra conhecimento sobre a atuação em caso de esquecimento;
	Ensinar sobre dispositivos de organização das administrações por horário;		Identifica o dispositivo adequado à organização das administrações;
5-Ensinar sobre o efeito terapêutico;	Ensinar sobre o efeito desejado do fármaco;	Demonstra conhecimento sobre o efeito terapêutico do	Identifica o efeito terapêutico;
	Ensinar sobre os efeitos percebidos;		Identifica os efeitos a perceberem;
	Ensinar sobre o tempo necessário		Identifica a necessidade de um

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

	à perceção dos efeitos;	fármaco;	intervalo de tempo para perceber os efeitos;
	Realçar a importância de continuidade da administração de acordo com a prescrição;		Reconhece a necessidade de manutenção da utilização do fármaco;
6-Ensinar sobre os principais efeitos secundários;	Ensinar sobre os efeitos secundários; Ensinar sobre os comportamentos a adotar para prevenir efeitos secundários; Ensinar sobre efeitos secundários esperados; Ensinar sobre comportamentos a implementar na presença dos efeitos secundários; Ensinar sobre sinais de alerta;	Reconhece os efeitos secundários;	Identifica os principais efeitos secundários; Demonstra conhecimento sobre o comportamento a adotar; Identifica sinais de alerta;
7-Ensinar sobre obtenção do fármaco;	Ensinar sobre recursos disponíveis na comunidade; Ensinar sobre mecanismo de acesso; Disponibilizar contactos;	Identifica os mecanismos para a obtenção do fármaco;	Identifica os recursos disponíveis na comunidade; Identifica a forma de acesso; Dispõe dos contactos;

Desenvolver conhecimento sobre a vacinação

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus			Demonstra conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	Desconhece as vantagens da vacinação	1- Conhecimento não demonstrado sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	1-Ensinar sobre as vantagens da vacinação sazonal	1- Reconhece a importância da vacinação sazonal

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus	

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
1-Ensinar sobre as vantagens da vacinação sazonal		Reconhece a importância da vacinação sazonal	

Desenvolver a percepção de suporte

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Suporte não percebido			Perceciona suporte	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a rede social de apoio;	<p>Não percebe o suporte</p> <p>1-Refere ausência/insuficiência de apoio;</p> <p>1-Apresenta sinais de ausência/insuficiência de apoio;</p> <p>1-Refere solidão;</p> <p>1-Manifesta vontade de maior contato com outras pessoas;</p> <p>1-Ausência de visitas;</p> <p>1-Falta de disponibilidade para o envolvimento de pessoas significativas;</p>	Suporte não percebido	Promover o sistema de apoio	Perceciona suporte

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a rede social de apoio;	Identificar a rede de apoio existente;
	Avaliar rede social do cliente: constituição, pontos fortes e fraquezas
	Avaliar a adequação da rede social de apoio,
	Identificar o grau de apoio das pessoas significativas;
	Identificara a disponibilidade
	Identificar a vontade para o envolvimento
	Identificar recursos para o envolvimento (cognitivos/instrumentais e financeiros)
	Identificar as expectativas das pessoas significativas
Identificara a disponibilidade	

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Promover o sistema de apoio	Identificar dificuldades na utilização da rede de apoio;	Melhoria da perceção do sistema de apoio	Verbaliza/demonstra ajuda oferecida por outros; Verbaliza/demonstra tempo disponibilizado por outros; Verbaliza/demonstra informação disponibilizada por outros; Verbaliza/demonstra apoio emocional disponibilizado por outros; Verbaliza/demonstra relações estabelecidas de confiança; Verbaliza/demonstra ajuda pessoas para auxiliar; Apresenta vontade de procurar ajuda; Existência de uma rede de ajuda estabelecida;
	Encorajar a participação nas redes de apoio;		
	Envolver as pessoas significativas;		
	Promover o envolvimento das pessoas significativas;		
	Promover o contacto com grupos de apoio;		
	Promover o envolvimento das pessoas significativas: a) Encorajar as pessoas significativas a envolverem-se no suporte; b) Facilitar a presença; c) Disponibilizar informação sobre a condição de saúde; d) Clarificar opções de envolvimento		

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Conhecimento sobre recursos da comunidade			Demonstra conhecimentos sobre os recursos da comunidade	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar o conhecimento sobre recursos da comunidade	Desconhece os recursos da comunidade;	Conhecimento não demonstrado sobre recursos da comunidade	Informar sobre recursos da comunidade	Conhece os recursos da comunidade

Atividades Diagnósticas	Atividades que a concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar conhecimento sobre recursos da comunidade	Avaliar conhecimento sobre estruturas de apoio na comunidade; alimentação; higiene; financeiro; aquisição e entrega de medicação; recursos de saúde; recursos técnicos.

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Informar sobre recursos da comunidade	Informar sobre apoio na comunidade: a) Alimentação; b) Higiene; c) Financeiro; d) Aquisição e entrega de medicação; e) Recursos de saúde; f) Recursos técnicos; g) Recursos de transporte; h) Associação de doentes com DPOC	Identifica os recursos da comunidade.	Identifica apoio na alimentação
			Identifica apoio na Higiene
			Identifica apoio nos cuidados domésticos
			Identifica apoio financeiro
			Identifica apoio aquisição medicamentos
			Identifica apoio na entrega de medicação
			Identifica apoio nos recursos técnicos
			Identifica apoio no transporte
			Identifica recursos de saúde
Identifica associação de doentes/grupos de auto ajuda			

Estratégia de intervenção para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver a interação de papéis

Diagnóstico de enfermagem			Resultados Esperados	
Interação de papéis diminuída			Interação de papéis satisfatória	
Atividades Diagnósticas	Dados	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Avaliar a interação de papéis	Refere diminuição da interação de papéis familiares, profissionais e sociais;	Interação de papéis diminuída	Incentivar a interação de papéis Promover a interação de papéis	Manifesta e demonstra interação de papéis satisfatória

Atividades Diagnósticas	Atividades que concretizam a atividade diagnóstica
Avaliar a interação de papéis	Avaliar a interação de papéis familiar, profissional e social.

Intervenção de enfermagem	Atividades que a concretizam a intervenção de enfermagem	Resultado esperado	Itens de resultado
Incentivar a interação de papéis		Manifesta e demonstra interação de papéis satisfatória	
Promover a interação de papéis			

Manual de implementação

Linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Serviços de Medicina A, CHP-HSA

ESEP

Miguel Padilha

Introdução.....	4
Objetivos das linhas de orientação	5
Admissão no serviço.....	6
Período inicial do internamento – 1ª fase	8
Objetivos da 1ª fase, ajudar os clientes a:.....	9
Promover a consciencialização:.....	9
Promover a esperança:.....	11
Promover o envolvimento do cliente nos cuidados de saúde	12
Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado	13
Tabela 1- Resumo da 1ª Fase.....	16
2º Período do internamento – “ atingida a estabilidade do processo respiratório, o cliente tendo preservadas as funções cerebrais superiores e estando consciencializado”	18
Objetivos da 2ª fase, ajudar o cliente a:.....	18
Desenvolver o conhecimento sobre manifestações da doença	19
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação ..	20
Desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	22
Desenvolver a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação ...	23
Desenvolver conhecimento para autocontrolo da dispneia	25
Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia	27
Desenvolver o conhecimento de execução de técnicas de exercício respiratórias	30
Desenvolver a capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias.....	30
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia.....	31
Tabela 2 - Resumo da 2ª fase.....	33
Síntese das notas para a operacionalização	35
3ª Fase do estudo –	36
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores.....	37
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada	38

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;	38
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus	39
Desenvolver conhecimento para implementar técnicas de conservação de energia ..	39
Desenvolver capacidades para implementar técnicas de conservação de energia no autocuidado.....	40
Desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica.....	41
Desenvolver a interação de papéis.....	41
Desenvolver a perceção do suporte	42
Tabela 3- Resumo da 3ª Fase.....	44
Síntese das notas para a operacionalização na consulta	45

Documento de trabalho

Introdução

Caros colegas, elaboramos este manual com, a clara convicção que este será apenas um guia no caminho que vamos começar a definir no contexto clínico. O trajeto desenvolvido permitiu-nos o desenvolvimento linhas de orientação para a ação que carecem de ser implementadas.

Terminadas as duas primeiras etapas do trajeto de investigação ação, que visavam a definição do problema e o planeamento da mudança estamos agora no início da terceira fase, a de implementação da mudança na prática clínica.

Assim organizamos este documento de forma a ser um **apoio à Vossa tomada de decisão**, no contexto clínico e um pretexto para a **reflexão sobre a enfermagem**.

Documento de trabalho

Objetivos das linhas de orientação

Das fases anteriores resulta a necessidade dos clientes com DPOC, consciencializarem-se da sua condição de saúde, para poderem perceber a necessidade de incorporar mudanças no seu quotidiano, que conduzam a uma eficaz gestão do regime terapêutico.

Uma eficaz gestão do regime terapêutico na DPOC implica, a aquisição de conhecimentos, capacidades e a mudança de comportamentos, para controlar a progressão da doença, preservar a autonomia no autocuidado e a qualidade de vida. A DPOC, enquanto doença crónica e progressiva, coloca desafios aos clientes e aos profissionais de saúde.

Na procura de dar maior sistematização à intervenção de enfermagem definimos as linhas de orientação que agora pretendemos implementar.

Estas linhas de orientação tem por objetivos globais, ajudar os clientes a:

- promover a consciencialização;
- promover a esperança;
- promover o envolvimento nos cuidados de saúde;
- dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado;
- desenvolver conhecimento sobre a doença.
- desenvolver conhecimento sobre a técnica de inalação;
- desenvolver capacidades para a técnica de inalação;
- desenvolver conhecimento sobre a utilização do dispositivo de inaloterapia;
- desenvolver conhecimento para o autocontrolo da dispneia;
- desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia;
- desenvolver conhecimento sobre a execução de exercícios respiratórios;
- desenvolver capacidades para a execução de exercícios respiratórios;
- desenvolver conhecimentos sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia.
- desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores; corticoterapia inalada;
- desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

do stresse;

- desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus;
- desenvolver capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;
- desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica;
- desenvolver conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;
- desenvolver a interação de papéis;
- Melhorar a perceção do suporte familiar e pessoas significativas; e profissional.

Admissão no serviço

Após a admissão do cliente, caso este tenha o **diagnóstico médico principal ou associado de DPOC**, devemos proceder à utilização da avaliação inicial destinada a estes clientes.

A avaliação inicial do cliente com DPOC encontra-se no SAPE, dentro da “*Avaliação inicial*” **DPOC**

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

DPOC					
	Consciencialização	Identifica o problema de saúde Identifica os principais sintomas Identifica a forma de progressão da doença Identifica as limitações físicas associadas à doença Identifica a necessidade de implementar mudanças no quotidiano		Presente/ ausente	
	Esperança	Vontade de viver; Confiança nas suas capacidades, Sentimento de impotência		Presente/ ausente	
	Envolvimento	Iniciativa procura de informação; Vontade de aprender a GRT Aceita a integração de alterações no quotidiano		Presente/ ausente	
	Dispneia	Técnica de tosse eficaz Auto controla a dispneia através da respiração abdómino-diafragmática Auto controla a dispneia através da respiração com lábios semi-cerrados Auto controla a dispneia através da respiração através da posição pé Auto controla a dispneia através da respiração através da posição sentado Auto controla a dispneia através da respiração através da posição deitado		Presente/ ausente	Presen te/ ausent e
	Conservação energia	Estratégias adaptativas para o auto cuidado higiene Estratégias adaptativas para o auto cuidado deambular Estratégias adaptativas para o auto cuidado alimentar-se		Presente/ ausente	

DPOC						
	Gestão do regime terapêutico	Medicamentoso	Fármacos	Sabe o nome dos fármacos Fármacos	Sim/Não TxT	
			Dispositivo inaloterapia	Tem inalador prescrito no domicílio Demonstra saber utilizar adequadamente	Nome/Tip o Sim/Não	TXT
			oxigenoterapia	Tem prescrição de O2 no domicílio Tipo Duração	Sim/Não TXT TXT	
	Factores críticos	Hábitos tabágicos	Presente/ausente			
		Vive só	Presente/ausente			
		Percepção do suporte familiar	Presente/ausente			
		Refere baixos recursos económicos	Presente/ausente			
		Patologia Psiquiátrica	Presente/ausente	Txt		
		Hábitos alcoólicos	Presente/ausente			
		História de não adesão	Presente/ausente			
		Internamentos anteriores	TXT			
	Breve avaliação estado mental	Score	N.º			

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

A organização da avaliação inicial tem por objetivo ser um guia para a implementação das linhas de orientação, sendo em simultâneo o repositório de dados relevantes para a conceção de cuidados. **Alertamos, que a avaliação inicial, pode e deve ser, completada ao longo do internamento do cliente.**

Nota: Na avaliação inicial devem documentar logo que verificada a condição, se está presente ou ausente. Ex: se não tive oportunidade de ver no meu turno, não preencho e alerto o colega, depois este quando avaliar a situação documenta se está presente ou ausente.

Período inicial do internamento – 1ª fase

Sabemos que nos primeiros dias de internamento os clientes podem apresentar **instabilidade dos processos corporais, nomeadamente respiratórios**, estando submetidos a uma situação stressante com a eventual perceção de risco de morte, podendo até, apresentar confusão e agitação; a existência, destes condicionalismos, inviabiliza o processo de consciencialização.

Assim torna-se fundamental que, em primeiro lugar, seja verificada a estabilidade do processo respiratório, através dos seguintes critérios: **SpO₂ > 88%; FiO₂ estável, sem referência a dispneia em repouso.**

Verificada a estabilidade do processo respiratório evolui-se para a avaliação da integridade das funções cerebrais superiores (através da utilização da BAEM).

Caso o cliente tenha estabilidade do processo respiratório, e tenha preservadas as funções cerebrais superiores, evolui-se para a concretização dos objetivos da 1ª fase da estratégia de implementação das linhas de orientação.

Nesta **fase não é ainda objetivo da ação**, o desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais que visem o desenvolvimento de estratégias adaptativas centradas na resolução de problemas, antes pretende-se preparar e ajudar o cliente para perceber as mudanças necessárias e o apoio profissional disponível, bem como as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico no controlo da condição de saúde.

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Nesta fase inicial do internamento, para além da eventual perceção do risco de morte, o cliente experiência muitas das vezes, o agravamento da sua dependência no autocuidado (higiene, vestir, andar, alimentar), consciencializando-se da necessidade de desenvolver estratégias adaptativas que lhe permitam readquirir a autonomia e prevenir futuras exacerbações da doença e consequentes detiorações da condição de saúde.

Nesta fase são objetivos da ação terapêutica:

Objetivos da 1ª fase, ajudar os clientes a:

- Promover a consciencialização;
- desenvolver a esperança;
- promover o envolvimento nos cuidados de saúde;
- dar a conhecer as adaptativas para o autocuidado;

Promover a consciencialização:

O diagnóstico e status encontram-se dentro do foco de atenção **perceção** no SAPE

Realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar: a perceção das manifestações da sintomatologia no quotidiano do cliente; Há quanto tempo o cliente apresenta a sintomatologia; De que forma a sintomatologia influencia a gestão do quotidiano; a perceção sobre a progressão da doença; Sinais e sintomas associados às diferentes fases; Identificar com o cliente as alterações que a doença implicou nas AVD's e estratégias implementadas de adaptação; o conhecimento da influência do regime terapêutico no controlo da doença; e o conhecimento sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico.

Dados:

Não perceciona os dados inerentes a cada atividade diagnóstica

Diagnóstico de Enfermagem

1-Perceção não demonstrada sobre a evolução da sintomatologia da DPOC;

Intervenção de Enfermagem

1-Aumentar a perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença. 2222

2-Percepção não demonstrada sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e agravamento do impacto da DPOC no quotidiano;

Intervenção de Enfermagem

2-Identificar com o cliente há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto da doença no quotidiano. 2223

3- Percepção não demonstrada sobre necessidade de implementar mudança no quotidiano;

Intervenção de Enfermagem

3-Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano.2224

3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; 2226

4-Percepção não demonstrada sobre a forma de progressão da doença;

Intervenção de Enfermagem

4-Informar sobre a forma de progressão da doença.2227

4- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;2226

5-Percepção não demonstrada sobre as limitações físicas associadas à doença;

Intervenção de Enfermagem

5-Informar sobre limitações físicas associadas à doença. 2229

6-Percepção não demonstrada sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;

Intervenção de Enfermagem

6- Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico 2245

7- Percepção não demonstrada sobre as modalidades do regime terapêutico;

Intervenção de Enfermagem

7-Informar sobre modalidades do regime terapêutico 2246

8- Percepção não demonstrada sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico

Intervenção de Enfermagem

8- Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico; 2247

Os clientes com DPOC apresentam frequentemente, **sentimentos de diminuição da Esperança**, que se constituem como fatores potenciadores da gestão ineficaz do regime terapêutico, da depressão, da não adesão ao regime terapêutico e consequentemente de perda de qualidade de vida.

Face a esta problemática e à necessidade de identificar objetivos de vida e sentimentos reais de esperança, devemos implementar estratégias de intervenção que promovam a esperança.

Promover a esperança:

Os diagnósticos e status que promovem a **Esperança**, encontram-se associados ao foco de atenção da **Esperança, com os status: vontade de viver, confiança e sentimento de impotência, no SAPE**

Realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar: O nível de energia; interação social; a vontade de participar no autocuidado; identificar elementos de motivação; capacidade de tomada de decisão; capacidade para o autocuidado; identificar objetivos de saúde e de vida; capacidade verbalizada para o autocuidado; a crença nas suas capacidades.

Dados

Apatia; passividade; falta de energia; diminuição da vontade de dormir; incapaz de ver o lado positivo; falta de sentido para a vida; refere sensação de perda ou privação; refere sensação de incompetência; diminuição da interação; falta de ambição; pessimismo; diminuição da capacidade de resolver os problemas; incapacidade para reconhecer sinais de esperança; diminuição da motivação; falta de iniciativa.

Diagnóstico de Enfermagem

1- Diminuição da Vontade de viver

Intervenção de Enfermagem

1-Assistir na identificação de um objetivo para a vida; 2230

2-Promover a espiritualidade.2231

2-Confiança nas suas capacidades não demonstrada

Intervenção de Enfermagem

1-Apoiar no reconhecimento do seu potencial; 2232

2-Informar sobre estratégias de adaptação;2233

3-Identificar objetivos realistas.2234

3-Sentimento de impotência

Intervenção de Enfermagem

1-Apoiar no reconhecimento do seu potencial;

2-Informar sobre estratégias de adaptação;

3-Identificar objetivos realistas.

Promover o envolvimento do cliente nos cuidados de saúde

O diagnóstico e status que promovem o envolvimento, encontram-se dentro da

Iniciativa, vontade de aprender e aceitação, no SAPE.

O Envolvimento dos clientes assume-se como um importante indicador da sua disponibilidade e vontade para gerir o regime terapêutico e aderir ao mesmo. Sabemos que o envolvimento do cliente está dependente de fatores intrínsecos, mas também de fatores extrínsecos associados aos profissionais de saúde e aos recursos disponíveis.

Para promovermos o envolvimento do cliente devemos:

Realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar: a iniciativa para procurar informação; vontade de participar na gestão do regime terapêutico; disponibilidade para integrar alterações no seu quotidiano;

Dados

Não coloca perguntas; não procura informação; não apresenta iniciativa para as atividades da gestão do regime terapêutico.

Diagnóstico de Enfermagem

1-Iniciativa não demonstrada para a procura de informação;

Intervenção de Enfermagem

- 1-Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; 2235
- 2-Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; 2236
- 3-Incentivar a procura de informação; 2237

2-Vontade de aprender não demonstrada para gerir o regime terapêutico;

Intervenção de Enfermagem

- 1-Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico;
- 2-Envolver o cliente na gestão do regime terapêutico; 2238
- 3-Reforçar a existência de recursos pessoais adequados. 2239

3-Não aceitação da integração das alterações no quotidiano;

Intervenção de Enfermagem

- 1-Disponibilizar informação sobre as vantagens da integração das atividades no quotidiano; 2240
- 2-Facilitar a participação nas atividades de gestão do regime terapêutico; 2241
- 3-Envolver o cliente na tomada de decisão. 2242

Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado

Nesta fase inicial em que o cliente pode ainda não estar clinicamente estável, mas quando está consciente (ECG=15) e lhe reconhecemos potencial para gerir com eficácia o regime terapêutico (potencial cognitivo e motor), devemos utilizar esta fase, em que o cliente poderá necessitar de ajuda no domínio do autocuidado para, **intervirmos na capacitação do cliente para a adoção de estratégias adaptativas para o autocuidado**. Nesta fase podemos assumir que o objetivo não é a resolução da não demonstração dos conhecimentos sobre as estratégias adaptativas, **é antes o de utilizar este período para que o cliente por via perceção da vulnerabilidade perceba a necessidade de no futuro adotar estas estratégias adaptativas.**

O diagnóstico e status encontram-se dentro do **autocuidado** no SAPE

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Estratégia de implementação das linhas de orientação para a promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC

Avaliar se: O cliente conhece estratégias adaptativas para autocuidado Higiene; deambular e alimentar-se;

Dados

Desconhece estratégias adaptativas para autocuidado higiene, deambular, alimentar-se.

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para autocuidado Higiene

Intervenção de Enfermagem

1- Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene. 941

1- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

2-Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para o autocuidado deambular

Intervenção de Enfermagem

2- Informar a utilização de estratégias adaptativas para deambular. 1349

2- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas para autocuidado alimentar-se

Intervenção de Enfermagem

3- Informar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se. 2244

3- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

Nota: As estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, deambular e alimentar-se fazem parte do Manual do DPOC

Nota operativa para os Especialistas de reabilitação

Nesta primeira fase existem focos de atenção, como o expetorar ineficaz, tossir ineficaz, ventilação não eficaz, que são também foco de atenção do enfermeiro especialista e, para os quais, este tem intervenções do âmbito do executar que

produzem resultados nos processos corporais. Assim, sempre que se verifiquem estas condições, e a necessidade de intervenção neste domínio, os especialistas devem proceder à sua documentação dos respetivos diagnósticos e intervenções associadas.

Estes focos, não são parte integrante das linhas de orientação nesta 1ª fase, porque, **são centrados nos processos corporais**, e não na capacitação do cliente para os auto executar.

Documento de trabalho

Tabela 1- Resumo da 1ª Fase

Nesta tabela encontram uma síntese dos objetivos da 1ª fase, dos focos onde os diagnósticos estão parametrizados e os diagnósticos, que devem utilizar para atingir cada um dos objetivos.

Objetivo	Local da parametrização	Diagnósticos a identificar
Promover da consciencialização	Perceção	Perceção não demonstrada sobre a evolução da sintomatologia da doença
		Perceção não demonstrada sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e agravamento do impacto da doença no quotidiano
		Perceção não demonstrada sobre necessidade de implementar mudança no quotidiano
		Perceção não demonstrada sobre a forma de progressão da doença
		Perceção não demonstrada sobre as limitações físicas associadas à doença
		Perceção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico
		Perceção sobre as modalidades do regime terapêutico
Promover a Esperança	Vontade de viver	Diminuição da Vontade de viver
	Confiança	Confiança nas suas capacidades não demonstrada
	Sentimento de impotência	Sentimento de impotência
Promover o envolvimento	Iniciativa	Iniciativa não demonstrada para a procura de informação
	Vontade de aprender	Vontade de aprender não demonstrada para gerir o regime terapêutico;
	Aceitação	Não aceitação da integração das alterações no quotidiano;
Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado	Autocuidado	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado Higiene; Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado deambular; Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado alimentar-se

2º Período do internamento – “atingida a estabilidade do processo respiratório, o cliente tendo preservadas as funções cerebrais superiores e estando consciencializado”

Nesta fase devemos assegurar a existência de condições para a implementação de estratégias que visem a aprendizagem do cliente sobre os diferentes conteúdos definidos para as linhas de orientação da ação.

Nesta fase devemos avaliar se o cliente:

- Tem preservadas as funções cerebrais superiores;
- Está consciencializado da sua condição de saúde;
- Percebeu a necessidade de implementar mudanças no seu quotidiano pretendendo aprender a gerir o regime terapêutico;
- Está envolvido no processo.

São fatores determinantes para a progressão na estratégia de implementação:

- O cliente estar consciencializado da necessidade de implementar mudanças no quotidiano.

Caso o cliente tenha preservadas as funções cerebrais superiores e ainda não esteja consciencializado da condição de saúde, **devemos manter a nossa intenção terapêutica centrada na promoção da consciencialização.**

Caso o cliente durante o internamento ou até eventualmente no momento do regresso a casa, ainda **não tenha desenvolvido a consciencialização, devemos manter** em aberto os diagnósticos deste domínio e, referenciar o cliente para a consulta de enfermagem e/ou cuidados de saúde primários.

Caso o cliente tenha preservadas as funções cerebrais superiores, esteja consciencializado e envolvido, devemos dar início à segunda fase da estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação.

Nota: Sempre que o cliente após estabilizado o processo respiratório não tenha preservadas as funções cerebrais superiores, deve proceder-se à identificação de um prestador de cuidados e/ou mobilizar os recursos do sistema de saúde.

Objetivos da 2ª fase, ajudar o cliente a:

- Desenvolver o conhecimento sobre a doença.
- Desenvolver o conhecimento sobre a técnica de inalação;
- Desenvolver capacidades para a técnica de inalação;
- Desenvolver o conhecimento sobre a utilização do dispositivo de inaloterapia;
- Desenvolver o conhecimento para o autocontrolo da dispneia;
- Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia;

-
- Desenvolver o conhecimento sobre a execução de exercícios respiratórios;
 - Desenvolver capacidades para a execução de exercícios respiratórios;
 - Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia

Desenvolver o conhecimento sobre manifestações da doença

A intervenção de enfermagem neste objetivo implica, a utilização de estratégias de ensino aprendizagem que, adequadas ao destinatário, possibilitem a maximização da oportunidade de adquirir conhecimentos neste domínio. Estes clientes, pelas suas características demográficas, podem apresentar alguma dificuldade em reter a informação por longos períodos, bem como a nossa intervenção pode ser afetada pelo tempo disponível para a implementar e, essencialmente pelo facto, de na nossa presença, o cliente se sentir incapaz de questionar ou refletir sobre o conteúdo. Face ao exposto a utilização do “Manual da DPOC” e dos seus diferentes capítulos e do vídeo devem ser estratégias de eleição para completar a exposição da informação realizada pelo enfermeiro. A disponibilização do manual para o cliente, permite ao cliente ler com atenção, refletir, identificar dúvidas, realizar anotações e consultar em qualquer momento do seu quotidiano presente e futuro.

Assim preconiza-se que a intervenção expositiva seja implementada a primeira vez, reunidas as condições pessoais do cliente e ambientais e, seja disponibilizado o manual, verificando-se nos restantes turnos, se o cliente atingiu o objetivo e clarificando as dúvidas surgidas, nesta fase a motivação e os “*feedbacks*” positivos podem ser utilizados como estratégia.

O diagnóstico e *status* encontram-se associados ao foco de atenção do **conhecimento** no SAPE.

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar o conhecimento sobre as manifestações da doença e sobre os sinais e sintomas das exacerbações e sobre fatores que contribuem para o agravamento dos sintomas.

Dados:

Desconhece: as manifestações da doença; sinais e sintomas das exacerbações e os fatores concorrentes para as exacerbações.

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado sobre manifestações da doença

Intervenção de Enfermagem

1-Ensinar sobre os sintomas da doença; 2255

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;2226

2-Conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações

Intervenção de Enfermagem

2-Ensinar sobre os sintomas das exacerbações; 2256

2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; 2226

3- Conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença;

Intervenção de Enfermagem

3-Ensinar sobre fatores que agravam os sintomas: Poluentes interiores e exteriores; emoções; alterações temperatura; infecções respiratórias. 2257

3- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição;

Intervenção de Enfermagem

4-Ensinar sobre estratégias para reduzir a exposição; 2258

4- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação

Este objetivo refere-se ao conhecimento necessário para realizar a técnica de inalação, não se referindo à utilização do dispositivo de inalação

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco da **gestão do regime terapêutico** no SAPE

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se: sabe como expirar completamente antes de inalar; sabe colocar corretamente o inalador na boca; sabe inspirar pela boca constante e profundamente; sabe como suspender a respiração até 10 segundos; sabe como expirar lentamente; sabe sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação;

Dados

Não sabe expirar completamente antes de inalar; Não sabe colocar corretamente o inalador entre os lábios e a boca; Não sabe inspirar pela boca constante e profundamente; Não sabe retirar o inalador da boca; Não sabe reter a respiração até 10 segundos; Não sabe expirar lentamente; Não sabe a sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação;

Diagnósticos de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado para expirar profundamente antes de proceder à inalação

Intervenção de Enfermagem

- 1-Instruir para expirar profundamente antes de inalar; 2259
- 2- Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

2-Conhecimento não demonstrado sobre colocação do inalador na boca;

Intervenção de Enfermagem

- 2-Instruir sobre como colocar o inalador na boca; 2260
- 2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Conhecimento não demonstrado sobre inspiração lenta e profunda pela boca;

Intervenção de Enfermagem

- 3-Instruir a inspirar lenta e profundamente pela boca; 2261
- 3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Conhecimento não demonstrado sobre o momento de retirar o inalador da boca após a inspiração;

Intervenção de Enfermagem

- 4-Instruir a retirar o inalador da boca após a inalação; 2262
- 4-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

5-Conhecimento não demonstrado sobre a retenção da respiração após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

- 5-Instruir para a retenção da respiração após a inalação; 2263
- 5-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

6-Conhecimento não demonstrado sobre expirar profundamente após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

6-Instruir para expirar profundamente após a inalação; 2264

6-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

7-Conhecimento não demonstrado sobre autocuidado higiene da boca após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

7-Ensinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação; 2265

7-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

Desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia

Este objetivo refere-se apenas ao conhecimento necessário para utilizar o dispositivo de inaloterapia.

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco da **Gestão do regime terapêutico** no SAPE

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: descreve os componentes do dispositivo; identifica a posição correta de utilização; prepara corretamente a dose; procede á descarga da inalação corretamente; verifica a utilização da dose; lava o dispositivo adequadamente; armazena adequadamente o dispositivo.

Dados:

Desconhece: o funcionamento do dispositivo de inaloterapia; a posição de utilização; a forma de preparação; a forma de descarga; a forma de verificação; a forma de lavagem; a forma de armazenamento; a forma de substituição.

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado sobre a posição de utilização do inalador;

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir sobre a posição de utilização do inalador; 2266

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

2-Conhecimento não demonstrado sobre a preparação da dose a inalar;

Intervenção de Enfermagem

2-Instruir a preparar a dose a inalar; 2267

2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Conhecimento não demonstrado sobre a descarga do inalador;

Intervenção de Enfermagem

- 3-Instruir sobre a descarga do inalador; 2268
- 3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Conhecimento não demonstrado sobre a verificação da dose administrada;

Intervenção de Enfermagem

- 4-Instruir a verificar a dose administrada; 2269
- 4-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

5-Conhecimento não demonstrado a lavagem do inalador;

Intervenção de Enfermagem

- 5-Instruir sobre a lavagem do dispositivo; 2270
- 5-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

6-Conhecimento não demonstrado sobre armazenamento do inalador

Intervenção de Enfermagem

- 6-Instruir sobre o armazenamento do inalador; 2271
- 6-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

7-Conhecimento não demonstrado sobre substituição do inalador;

Intervenção de Enfermagem

- 7-Instruir sobre como substituir as recargas; 2272
- 7-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

Desenvolver a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação

Este objetivo refere-se à **capacidade para realizar a técnica de inalação**, não se referindo à utilização do dispositivo de inalação

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco da **gestão do regime terapêutico** no SAPE, **no status das capacidades**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se: expira completamente antes de inalar; coloca corretamente o inalador na boca; inspira pela boca constante e profundamente; suspende a respiração até 10 segundos; expira lentamente; lava a boca após a inalação;

Dados

Não expira completamente antes de inalar; Não coloca corretamente o inalador entre os lábios e a boca; Não inspira pela boca constante e profundamente; Não retira o inalador da boca; Não retêm a respiração até 10 segundos; Não expira lentamente; Não lava a boca;

Diagnóstico de Enfermagem

1- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para expirar profundamente antes de proceder à inalação;

Intervenção de Enfermagem

1-Treinar para expirar profundamente antes de inalar; 2273

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

1-Avaliar a técnica de inalação; 2329

2- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para colocar o inalador na boca;

Intervenção de Enfermagem

2-Treinar sobre como colocar o inalador na boca; 2274

2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para inspirar lenta e profunda pela boca;

Intervenção de Enfermagem

3-Treinar a inspirar lenta e profundamente pela boca; 2275

3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Avaliar a técnica de inalação; 2329

4- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para retirar o inalador da boca após a inspiração;

Intervenção de Enfermagem

4-Treinar a retirar o inalador da boca após a inalação; 2276

4-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Avaliar a técnica de inalação; 2329

5- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para a retenção da respiração após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

5-Treinar para a retenção da respiração após a inalação; 2277

5-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

5-Avaliar a técnica de inalação; 2329

6- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para expirar profundamente após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

6-Treinar para expirar profundamente após a inalação; 2278

6-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

6-Avaliar a técnica de inalação; 2329

7- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocuidado higiene da boca após a inalação;

Intervenção de Enfermagem

7-Treinar a lavar a boca após a inalação; 2280

7-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

7-Avaliar a técnica de inalação; 2329

Desenvolver conhecimento para autocontrolo da dispneia

Neste domínio dos conhecimentos/capacidades para o auto controlo da dispneia, a intervenção do **enfermeiro especialista** torna-se relevante, contudo a sua importância poderá ser relativizada, de acordo com as competências de cada enfermeiro. Face ao exposto ficou acordado que **prioritariamente**, seriam os especialistas a intervirem neste domínio na primeira intervenção e posteriormente, os enfermeiros dariam continuidade aos treinos e avaliações dos clientes. A articulação do enfermeiro generalista e especialista é fundamental para a profissionalização da intervenção e para o seu fluxo otimizado durante o período em que implementamos e avaliamos o resultado da intervenção. **Este momento pode também ser um pretexto para desenvolvermos competências em parceria com os especialistas neste domínio.**

O diagnóstico e status encontram-se dentro do **auto controlo** no SAPE.

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: Sabe como executar a técnica de respiração abdómino-diafragmática; sabe como dissociar os tempos respiratórios; sabe como adotar técnicas de redução da dispneia através da posição.

Dados:

Não sabe como executar corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: respiração abdómino diafragmática; dissociação dos movimentos respiratórios; através da posição de pé, sentado ou deitado

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia: respiração abdómino-diafragmática;

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática; 2281

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

1-Disponibilizar vídeo; 2282

2-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia: técnica de dissociação dos tempos respiratórios;

Intervenção de Enfermagem

1- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; 2283

2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

2-Disponibilizar vídeo;

3-Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia: posição de pé;

Intervenção de Enfermagem

2- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé; 2284

3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Disponibilizar vídeo;

4- Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia: posição sentado;

Intervenção de Enfermagem

3- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado; 2285

4-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Disponibilizar vídeo;

5- Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;

Intervenção de Enfermagem

4- Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; 2286

5-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

5-Disponibilizar vídeo;

6- Conhecimento não demonstrado sobre técnica músculo articular ativa;

Intervenção de Enfermagem

6-Instruir sobre exercícios músculo articular ativos; 842

6-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

7- Conhecimento não demonstrado sobre técnica músculo articular ativo resistido;

Intervenção de Enfermagem

7-Instruir sobre técnica exercitação músculo articular ativo resistido 2287

7-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

8- Conhecimento não demonstrado sobre auto exercício com bastão;

Intervenção de Enfermagem

8-Instruir sobre auto exercício com bastão; 2288

8-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

9- Conhecimento não demonstrado sobre auto exercício com faixa;

Intervenção de Enfermagem

9-Instruir sobre auto exercício com faixa; 2289

9-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia

O diagnóstico e status encontram-se dentro do auto controlo no SAPE.

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar se o cliente: adota técnicas de redução da dispneia através da posição: de pé, sentado, deitado; executa a técnica de respiração abdómino-diafragmática; é capaz de dissociar os tempos respiratórios;

Dados:

Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição de pé; Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição sentado; Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: através da posição deitado; Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: respiração abdómino diafragmática; Não executa corretamente técnicas para o auto controlo da dispneia: técnica de dissociação dos tempos respiratórios;

Diagnóstico de Enfermagem

1- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;

Intervenção de Enfermagem

1-Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia técnica de respiração abdómino-diafragmática; 2290

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

1-Disponibilizar vídeo;

2- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através técnica de dissociação dos tempos respiratórios;

Intervenção de Enfermagem

1- Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; 2291

2-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

2-Disponibilizar vídeo;

3- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia: da posição de pé;

Intervenção de Enfermagem

2- Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé; 2292

3-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

3-Disponibilizar vídeo;

4- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;

Intervenção de Enfermagem

3- Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado; 2293

4-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

4-Disponibilizar vídeo;

5- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado

Intervenção de Enfermagem

4- Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; 2294

5-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

5-Disponibilizar vídeo;

6- Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnica músculo articular ativo

Intervenção de Enfermagem

5- Treinar técnica musculo articular ativa; 2295

6-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

6-Disponibilizar vídeo;

7- Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnica músculo articular ativo resistido

Intervenção de Enfermagem

6- Treinar técnica exercitação musculo articular ativa resistido; 2296

7-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

7-Disponibilizar vídeo;

8- Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com bastão

Intervenção de Enfermagem

7- Treinar auto exercício com bastão; 2297

8-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

8-Disponibilizar vídeo;

9- Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com faixa

Intervenção de Enfermagem

8- Treinar auto exercício com faixa; 2298

9-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

9-Disponibilizar vídeo;

Desenvolver o conhecimento de execução de técnicas de exercício respiratórias

O diagnóstico e status encontram-se dentro do **tossir (tosse controlada); Dispneia, ventilação**

Nota: Realço que se o objetivo for promover apenas a técnica de tosse o diagnóstico deve ser identificado no tossir: conhecimento...; caso o objetivo seja de melhorar a compliance respiratória e diminuir a dispneia o diagnóstico deve estar associado ao auto controlo. Caso o cliente não apresente, dispneia, mas o objetivo é prevenir complicações, devemos identificar o diagnóstico oportunidade de ventilação eficaz e o status conhecimento....

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar o conhecimento para implementar técnica de tosse: controlada; “*huffing*”;

Dados:

Desconhece a técnica de tosse controlada;

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado para executar técnica de tosse: controlada; “*huffing*”;

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir técnica de tosse: controlada; “*huffing*”; 565

1-Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

1-Disponibilizar vídeo; 2282

Desenvolver a capacidade de execução de técnicas de exercício respiratórias

O diagnóstico e status encontram-se dentro do **tossir (tosse controlada); Dispneia, ventilação**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar a capacidade para implementar técnica de tosse: controlada; “*huffing*”;

Dados:

Não executa corretamente a técnica de técnica de tosse: controlada;

Diagnóstico de Enfermagem

1- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para executar técnica de tosse: controlada; “huffing”;

Intervenção de Enfermagem

1-Treinar a técnica de tosse; 798

1--Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;

1-Disponibilizar vídeo;

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia

O diagnóstico e status encontram-se dentro da **gestão do regime terapêutico**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar o conhecimento do cliente sobre: o mecanismo dos dispositivos; sobre as vantagens da oxigenoterapia; sobre procedimentos de segurança; sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;

Dados:

Desconhece os princípios da oxigenoterapia; desconhece o funcionamento do dispositivo em uso no domicílio; desconhece os benefícios da utilização da oxigenoterapia; desconhece os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; desconhece os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;

Diagnóstico de Enfermagem

1- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia;

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia; 2299

2-Conhecimento não demonstrado sobre os benefícios da utilização da oxigenoterapia;

Intervenção de Enfermagem

2-Instruir sobre benefícios da utilização da oxigenoterapia; 2300

3- Conhecimento não demonstrado sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia;

Intervenção de Enfermagem

3-Instruir sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia; 2301

4-Conhecimentos não demonstrado sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;

Intervenção de Enfermagem

4-Instruir sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso; 2302

Tabela 2 - Resumo da 2ª fase

Consideram-se condições para o cliente entrar na 2ª fase:

O cliente deve estar consciencializado da necessidade de implementar mudanças no seu quotidiano.

Objetivo	Local da parametrização	Diagnósticos a identificar
Desenvolver o conhecimento sobre manifestações da doença	Conhecimento	Conhecimento não demonstrado sobre manifestações da doença
		Conhecimento não demonstrado sobre sinais e sintomas das exacerbações
		Conhecimento não demonstrado sobre fatores que agravam os sintomas da doença
		Conhecimento não demonstrado sobre estratégias para reduzir a exposição
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: técnica de inalação	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	Conhecimento não demonstrado para expirar profundamente antes de proceder à inalação
		Conhecimento não demonstrado sobre colocação do inalador na boca;
		Conhecimento não demonstrado sobre inspiração lenta e profunda pela boca;
		Conhecimento não demonstrado sobre o momento de retirar o inalador da boca após a inspiração;
		Conhecimento não demonstrado sobre a retenção da respiração após a inalação;
		Conhecimento não demonstrado sobre expirar profundamente após a inalação;
Desenvolver a capacidade de gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação	Gestão do regime terapêutico Capacidades	Aprendizagem de habilidades não demonstrada para expirar profundamente antes de proceder à inalação;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para colocar o inalador na boca
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para inspirar lenta e profunda pela boca;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para retirar o inalador da boca após a inspiração;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para a retenção da respiração após a inalação;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para expirar profundamente após a inalação;
Desenvolver conhecimento para autocontrolo da dispneia	Autocontrolo	Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;
		Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;
		Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;
		Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;
		Conhecimento não demonstrado para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;
		Conhecimento não demonstrado sobre técnica músculo articular ativos;
		Conhecimento não demonstrado sobre técnica músculo articular ativos resistidos;
Conhecimento não demonstrado sobre auto exercício com bastão;		
Desenvolver capacidades para o autocontrolo da dispneia	Autocontrolo	Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através técnica de dissociação dos tempos respiratórios;
		Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;

		<p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnica músculo articular ativo;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre técnica músculo articular ativo resistido;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com bastão;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre auto exercício com faixa;</p>
Desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: dispositivo de inaloterapia	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	<p>Conhecimento não demonstrado sobre a posição de utilização do dispositivo;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre a preparação da dose a inalar;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre a descarga do inalador;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre a verificação da dose administrada;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre a lavagem do dispositivo;</p> <p>Conhecimento sobre armazenamento do inalador;</p> <p>Conhecimento sobre substituição do inalador;</p>
Desenvolver o conhecimento de execução de técnicas de exercício respiratórias	Tossir (tosse controlada); Dispneia, ventilação (exercício músculo articular)	<p>Conhecimento não demonstrado para executar técnicas de exercício músculo articular</p> <p>Conhecimento não demonstrado para executar técnica de tosse: controlada; “<i>huffing</i>”;</p>
Desenvolver capacidades de execução de técnicas de exercício respiratórias	Tossir (tosse controlada); Dispneia, ventilação (exercício músculo articular)	<p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada para executar técnica de tosse: controlada; “<i>huffing</i>”;</p> <p>Aprendizagem de habilidades não demonstrada para executar técnicas de exercício músculo articular;</p>
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	<p>Conhecimento não demonstrado sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre os benefícios da utilização da oxigenoterapia;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia;</p> <p>Conhecimento não demonstrado sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;</p>

Síntese das notas para a operacionalização

- A partir do momento em que o cliente tem o processo respiratório estabilizado com $SpO_2 > 88\%$; FiO_2 estável, sem referência a dispneia em repouso, evolui-se para a avaliação da **integridade das funções cerebrais superiores** (através da utilização da BAEM). Caso as funções cerebrais superiores estejam preservadas devemos dar início à 1ª fase.
- Devemos identificar os diagnósticos presentes e intervir; consideramos o **problema resolvido** desde que tenham **decorrido 48 horas** desde a implementação da 1ª intervenção e o cliente continue a verbalizar/demonstrar a competência. Devemos esperar sempre 48 horas para dar termo ao problema para termos a certeza que o cliente reteve a informação. No caso da técnica de inalação foi criada uma intervenção - avaliar a técnica de inalação, que deve ser associada a qualquer um dos diagnósticos das capacidades para a execução da inalação e que pode ser útil na continuidade de cuidados.
- Sempre que for disponibilizado um capítulo do **manual** ao cliente, torna-se fundamental associar a intervenção ao foco diagnóstico julgado adequado e, especificar qual foi o capítulo.
- Caso o cliente tenha alta e não estejam resolvidos as necessidades de cuidados de enfermagem, devemos deixar os diagnósticos em aberto (**SEMPRE**) e proceder à referência dos clientes para a consulta e se necessário para os cuidados de saúde primários, recorrendo ao contacto telefónico e, à emissão da carta de transferência. Na emissão da carta de transferência para além do “output” automático deve proceder à edição em texto livre de informação que seja relevante para a continuidade de cuidados (ex.: condicionalismos internos do cliente; preferências relativas às estratégias de aprendizagem;...).

3ª Fase do estudo –

Nesta fase do estudo existem três possibilidades que emergem:

1ª – O cliente está internado e as suas necessidades de cuidados justificam a implementação da 3ª fase do estudo;

2ª - Cliente que vem do internamento que já foi alvo da estratégia de implementação;

3ª - Cliente cujo acesso é feito pela consulta;

Relativamente aos clientes que vêm do internamento, a primeira consulta deve centrar-se na **avaliação do adquirido no internamento**, seguindo a ordem dos objetivos que identificamos para a 1ª e 2ª fase (Ver tabela 1 e 2). Neste momento e confrontando com as dúvidas verbalizadas pelo cliente, devemos **dar continuidade à conceção de cuidados planeada**.

Aqui remetemo-nos para cada objetivo que não tenha sido atingido, dando continuidade à estratégia de implementação das linhas orientadoras da ação.

Caso o cliente tenha atingido todos os objetivos propostos nestas duas primeiras fases, devemos avançar para a 3ª fase, que tem por objetivos:

- Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores;
- Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada;
- Desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;
- Desenvolver conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/pneumococcus;
- Desenvolver capacidade para implementar técnicas de conservação de energia;
- Desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica;
- Desenvolver conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual;
- Desenvolver a interação de papéis;
- Melhorar a perceção do suporte familiar e pessoas significativas;
- Melhorar a perceção do suporte profissional;
- Melhorar a iniciativa;

Estes objetivos são complementares aos primeiros pelo que a sua coexistência implica a aquisição dos relativos à fase 1 e 2.

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores

O diagnóstico e status encontram-se dentro da **gestão do regime terapêutico**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: conhece o nome do fármaco; conhece a dose a administrar; conhece a via de administração; conhece o horário de administração; conhece o efeito terapêutico; conhece os principais efeitos secundários; conhece como obter o fármaco;

Dados:

Desconhece o nome do fármaco; não é capaz de identificar o fármaco pela aparência/cor ou pela caixa; não sabe qual a dose a administrar; desconhece a via de administração; não descreve corretamente o procedimento de preparação e administração; desconhece o horário; desconhece o momento oportuno para a administração; desconhece a finalidade do fármaco; desconhece os principais efeitos secundários; atribui efeitos aos fármacos que não se adequam;

Diagnóstico de Enfermagem

1-Conhecimento não demonstrado sobre o nome do fármaco;

Intervenção de Enfermagem

1-Ensinar sobre o nome do fármaco; 2303

2-Conhecimento não demonstrado sobre a dose a administrar;

Intervenção de Enfermagem

2-Ensinar sobre a dose a administrar; 2304

3-Conhecimento não demonstrado sobre a via administração;

Intervenção de Enfermagem

3-Ensinar sobre a via administração; 2305

4-Conhecimento não demonstrado sobre o horário de administração;

Intervenção de Enfermagem

4-Ensinar sobre o horário de administração; 2306

5-Conhecimento não demonstrado sobre o efeito terapêutico;

Intervenção de Enfermagem

5-Ensinar sobre o efeito terapêutico; 2307

6-Conhecimento não demonstrado sobre os principais efeitos secundários;

Intervenção de Enfermagem

6-Ensinar sobre os principais efeitos secundários 2308

7-Conhecimento não demonstrado sobre a obtenção do fármaco.

Intervenção de Enfermagem

7-Ensinar sobre obtenção do fármaco; 2309

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: corticoterapia inalada

Face a este objetivo aplica-se a mesma estratégia de implementação da orientações para o regime medicamentoso broncodilatadores, **apenas acrescentando à frente corticoterapia,** adequando os conteúdos das intervenções às especificidades do fármaco.

Desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;

O diagnóstico e status encontram-se associados ao **foco do autocontrolo no SAPE**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar se o cliente: Identifica os fatores precipitantes; planeia as atividades do quotidiano por antecipação; implementa atividades de autocuidado recreativas; é capaz de ser assertivo; sabe executar a técnica de respiração diafragmática.

Dados: Desconhece como implementar estratégias para o auto controlo do stress

Diagnóstico de Enfermagem

1-Aprendizagem de capacidades não demonstrada para gestão e auto controlo do stresse;

Intervenção de Enfermagem

-
- 1- Identificar com o cliente os fatores stressantes; 2310
 - 2- Analisar como o cliente os fatores stressantes; 2311
 - 3- Treinar como planear o quotidiano por antecipação; 2312
 - 4- Incentivar o autocuidado: atividades recreativas; 2313
 - 5- Incentivar a utilização de técnicas de relaxamento; 2314
 - 6- Incentivar a utilização da assertividade; 2315
 - 7- Treinar a técnica de respiração diafragmática; 2316
 - 8- Treinar a técnica de focalização da imagem; 2317
 - 9- Incentivar a utilização da musicoterapia; 2318
 - 10- Disponibilizar manual de apoio ao cliente.

Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco da **gestão do regime terapêutico no SAPE**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: sabe a importância da vacinação

Dados: desconhece a importância da vacinação

Diagnóstico de Enfermagem

1- Conhecimento não demonstrado sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus

Intervenção de Enfermagem

- 1- Ensinar sobre a vantagem da vacinação sazonal; 2319

Desenvolver conhecimento para implementar técnicas de conservação de energia

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco **da conservação de energia e atividade de lazer no SAPE**

no SAPE

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: sabe quais as técnicas de conservação de energia a utilizar no autocuidado e se conhece qual o estilo de vida adequado à sua condição.

Dados: desconhece as diferentes técnicas de conservação de energia, desconhece um estilo de vida adequado

Diagnóstico de Enfermagem

1- Conhecimento não demonstrado sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir técnicas de conservação de energia para o autocuidado; 2320

1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente

2- Conhecimento não demonstrado sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual

Intervenção de Enfermagem

1-Ensinar sobre gestão do estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual; 2324

1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente

Desenvolver capacidades para implementar técnicas de conservação de energia no autocuidado

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco **da conservação de energia no SAPE**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar se o cliente: sabe a implementar técnicas de conservação de energia nos autocuidados

Dados: desconhece como implementar as diferentes técnicas de conservação de energia

Diagnóstico de Enfermagem

1- Aprendizagem de habilidades não demonstrada para implementar técnicas de conservação de energia

Intervenção de Enfermagem

1-Treinar técnicas de conservação de energia; 2321

1-Disponibilizar manual de apoio ao cliente

Desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco **da gestão do regime terapêutico no SAPE**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar se o cliente: sabe da importância de reduzir o consumo do tabaco

Dados: Não atribui importância à cessação tabágica

Diagnóstico de Enfermagem

1- Conhecimento não demonstrado sobre a importância da cessação tabágica

Intervenção de Enfermagem

1-Instruir sobre a importância da cessação tabágica; 2322

2-Referir ao médico;

3-Informar sobre os recursos técnicos disponíveis. 2323

Desenvolver a interação de papéis

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco da **interação de papéis**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas:**

Avaliar: o desempenho de papéis familiares; o desempenho de papéis profissionais; o desempenho de papéis sociais.

Dados: papéis familiares, sociais ou profissionais diminuídos;

Diagnóstico de Enfermagem

1- Interação de papéis diminuída;

Intervenção de Enfermagem

1-Incentivar a Interação papéis;2325

2-Promover a interação papéis.2326

Desenvolver a percepção do suporte

O diagnóstico e status encontram-se associados ao foco do **Suporte**

Devemos realizar as seguintes **Atividades diagnósticas**:

Avaliar se o cliente: Identifica a rede de apoio existente; Avaliar rede social do cliente: constituição, pontos fortes e fraquezas; A adequação da rede social de apoio; Identificar o grau de apoio das pessoas significativas; Identificar a disponibilidade; Identificar a vontade para o envolvimento; Identificar recursos para o envolvimento (cognitivos/instrumentais e financeiros); Identificar as expectativas das pessoas significativas; Identificar a disponibilidade; Avaliar o conhecimento sobre estruturas de apoio na comunidade; alimentação; higiene; financeiro; aquisição e entrega de medicação; recursos de saúde; recursos técnicos

Dados: a verificação da ausência ou insuficiência dos dados inerentes à atividade de diagnóstico

Diagnóstico de Enfermagem

1- Suporte não percebido

Intervenção de Enfermagem

1- Promover o sistema de apoio; 2327

2- Conhecimento não demonstrado sobre recursos da comunidade

Intervenção de Enfermagem

1- Informar sobre recursos da comunidade; 2328

Tabela 3- Resumo da 3ª Fase

Nesta tabela encontram uma síntese dos objetivos da 3ª fase, dos focos onde os diagnósticos estão parametrizados e os diagnósticos, que devem utilizar para atingir cada um dos objetivos.

Objetivo	Local da parametrização	Diagnósticos a identificar
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores	Gestão do regime terapêutico	Conhecimento não demonstrado sobre o nome do fármaco; Conhecimento não demonstrado sobre a dose a administrar; Conhecimento não demonstrado sobre a via administração; Conhecimento não demonstrado sobre o horário de administração; Conhecimento não demonstrado sobre o efeito terapêutico; Conhecimento não demonstrado sobre os principais efeitos secundários; Conhecimento não demonstrado sobre a obtenção do fármaco.
Desenvolver capacidades para implementar técnicas de gestão e controlo do stresse;	Autocontrolo	Aprendizagem de habilidades para gestão e auto controlo do stresse;
Desenvolver o conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus
Desenvolver conhecimento para implementar técnicas de conservação de energia	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado
Desenvolver capacidades para implementar técnicas de conservação de energia no autocuidado	Gestão do regime terapêutico Capacidades	Aprendizagem de Habilidades para implementar técnicas de conservação de energia
Desenvolver conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	Conhecimento sobre a importância da cessação tabágica
Desenvolver conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual	Gestão do regime terapêutico Conhecimento	Conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual
Desenvolver a interação de papéis	Interação de papéis	Interação de papéis diminuída;
Desenvolver a perceção do suporte	Suporte	Suporte não percecionado Conhecimento não demonstrado sobre recursos da comunidade

Síntese das notas para a operacionalização na consulta

No primeiro episódio de consulta (caso o cliente não seja referenciado do internamento), devemos verificar, a integridade das funções cerebrais superiores e, caso estas estejam preservadas dar início à estratégia de implementação.

Face às necessidades identificadas, devemos caso seja adequado entregar o manual de apoio ao cliente e referir a disponibilidade da consulta de enfermagem e o telefone para o cliente aceder mais facilmente ao enfermeiro.

O agendamento das consultas deverá ser de acordo com a vulnerabilidade manifestada, devemos ter em atenção a hora da consulta médica para não alterar os *timings* da consulta.

Realçamos a importância de referir aos clientes a possibilidade de acederem à consulta sem agendamento, mediante o contacto telefónico para o n.º

Sínteses operativas:

- Devemos identificar os diagnósticos presentes e intervir; consideramos o **problema resolvido** desde que na consulta seguinte o cliente manifeste a presença do conhecimento e das capacidades.
- Caso o cliente tenha alta médica e não estejam resolvidos os problemas, devemos deixar os diagnósticos em aberto (SEMPRE), e o cliente poderá continuar a usufruir dos cuidados de enfermagem. Caso se justifique o cliente deve ser referenciado aos cuidados de saúde primários e deverá ser disponibilizada a carta de transferência e descritos em texto livre os aspetos julgados necessários à clarificação da ação terapêutica desenvolvida, para que, possa ser assegurada a continuidade de cuidados.
- **Devemos analisar sempre as questões do transporte**, isto porque, caso seja necessário transporte a cargo do hospital, esse só poderá ser realizado a quando da consulta médica, ou com justificação médica para o transporte.
- **A consulta de enfermagem** deve ser agendada tendo em consideração a otimização das deslocações do cliente ao hospital.
- **As consultas a pedido dos clientes devem ser agendadas (sempre que possível) para o final da tarde para não colidir com os *timings* das consultas agendadas.**

**Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
(DPOC)**

Viva melhor com a falta de ar!



Centro Hospitalar do Porto

Hospital Santo António

2010

Este manual foi elaborado por um grupo de Enfermeiros do Departamento de Medicina (Unidade A) e consulta externa de Medicina do Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autoria: Enfermeiro Miguel Padilha

Com a colaboração: Dr. João Correia

Contacto: Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António,
Largo Prof. Abel Salazar, Telefone geral: 222077500.

Índice

O efeito da falta de ar no dia-a-dia	7
Uma visão geral sobre a causa da sua falta de ar, a DPOC	11
A DPOC.....	11
Dinâmica básica da respiração	11
Quais os principais tipos de DPOC?	14
O que é a Bronquite Crónica?.....	14
O que é o Enfisema?.....	15
Qual a evolução da DPOC?.....	16
Quais os fatores responsáveis pela DPOC?	17
Quais os sintomas de agravamento da DPOC?.....	21
Aprenda alguns exercícios que podem melhorar a sua respiração	23
Onde posso fazer estes exercícios?	24
Quantas vezes devo fazer os exercícios?	24
Exercícios que ajudam a fortalecer os músculos da respiração	25
Exercício que ajuda a libertar a expetoração (escarro).....	33
Posições que pode adotar para ter menos falta de ar	35
Aprenda a alimentar-se com DPOC.....	38
Aprenda a gerir a sua energia no dia-a-dia	44
Como executar as tarefas do dia-a-dia com menos falta de ar .	46
Aprenda a gerir o stresse	60

Aprenda a gerir a sua sexualidade	64
Aprenda a viajar com a DPOC.....	68
Aprenda a jardinar com DPOC	74
Informações sobre recursos disponíveis na comunidade.....	78
Bibliografia.....	83

Prefácio

Este manual foi desenvolvido com o objetivo de o(a) ajudar a viver melhor com a falta de ar.

Pretendemos com este manual, responder a algumas das dúvidas mais frequentes do seu dia-a-dia.

O manual está organizado em dez capítulos com diferentes temáticas. Pode encontrar informação sobre a doença, exercícios respiratórios, alimentação, gestão do stresse, como poupar energia nas atividades do dia-a-dia, sexualidade, viagens, jardinagem e informações sobre recursos que lhe podem ser úteis.

Ao disponibilizar esta informação sistematizada, pretendemos ajudá-lo a encontrar formas de integrar a falta de ar no seu dia-a-dia, minimizando os seus efeitos, e prevenindo o seu agravamento.

A leitura deste manual deverá ser feita por etapas, de acordo com as suas necessidades e com os conselhos do seu Enfermeiro. Mantenha o manual disponível, para quando precisar de esclarecer alguma dúvida, e tenha presente que, o controlo da sua condição de saúde depende essencialmente dos seus comportamentos no dia-a-dia.

A informação aqui disponível não substitui a necessidade de acompanhamento por um Enfermeiro e Médico ao longo do tempo, estes estão sempre disponíveis para o ajudar, contacte-os sempre que necessário através dos meios que lhe foram disponibilizados.

A informação disponível neste manual resulta da experiência dos profissionais que o elaboraram e do conhecimento atual sobre a sua doença.

Boa leitura

Capítulo1

Título

O efeito da falta de ar no dia-a-dia

Autor:

José Miguel Padilha

O efeito da falta de ar no dia-a-dia

O que a falta de ar me tem feito mudar?

Ao iniciarmos a leitura deste manual, é útil refletirmos um pouco, sobre o efeito da falta de ar no seu dia-a-dia.

Refleta um pouco sobre as questões que se seguem!

- Já pensou, há quanto tempo começou a sentir a falta de ar?
- Lembra-se do que foi deixando de fazer por causa da falta de ar?

Com certeza que existem atividades que o(a) cansam mais!

- Quais as atividades em que sente mais dificuldades?
- Qual a atividade do dia-a-dia que mais prazer lhe dava e que teve de deixar de fazer por causa da falta de ar?

Agora que relembramos algumas das dificuldades por que tem passado, recorda-se que tudo começou por, ficar mais cansado quando andava mais depressa, subia escadas, carregava compras ou objetos pesados!

Depois começou a ter gradualmente mais dificuldades, mais falta de ar e surgiram dificuldades noutras atividades como: andar, tomar banho, comer...!

Talvez até tenha surgido alguma infeção pulmonar, com muita expetoração, febre e teve de recorrer ao médico!

O seu Médico receitou-lhe alguns medicamentos, entre eles, alguns inaladores (vulgarmente chamados de bombinhas).

O que tem feito para reduzir a evolução da falta de ar

- Usou sempre os inaladores como o médico o(a) aconselhou?
- Sentiu dificuldades em utilizar o inalador?
- E agora, ainda sente dificuldades na utilização do inalador?
- Acha que o inalador é realmente importante?
- Se fuma, já lhe disseram para *deixar de o fazer!* já conseguiu fazê-lo?
- Tem feito alguns exercícios para manter a sua capacidade respiratória?
- Sabe o que deve evitar para prevenir o agravamento da doença?

Agora que já refletimos, sobre como se foi tornando cada vez mais difícil o dia-a-dia, e sobre as medidas que foi introduzindo no seu dia-a-dia para controlar os efeitos da falta de ar, é o momento de lhe dizer que os Profissionais de Saúde e os **Enfermeiros** em particular, podem ajudá-lo a viver melhor com a falta de ar.

Chegou o momento de Você decidir!

É fundamental que faça algumas pequenas mudanças no seu dia-a-dia, para que possa viver melhor com a falta de ar e evitar o seu agravamento.

Tenho ajuda disponível, para enfrentar esta mudança?

Sim, no internamento os **Enfermeiros** podem ajudá-lo a aprender algumas estratégias para viver melhor com a falta de ar. Depois terá uma consulta de Enfermagem onde ao longo do tempo podemos continuar a ajudá-lo, e à qual, poderá recorrer sempre que for necessário, bastando para isso entrar em contacto telefónico com o Enfermeiro que o acompanhará na consulta.

O que preciso aprender a fazer, para controlar a falta de ar?

Os enfermeiros têm à sua disposição um conjunto de intervenções que o podem ajudar a aprender a viver melhor com a falta de ar.

Para aprender a viver melhor com a falta de ar, precisa de:

- Conhecer a sua doença, o que é e como se agrava;
- Aprender a utilizar os inaladores adequadamente;
- Tomar a medicação de acordo com o estabelecido com o seu médico;
- Aprender a evitar as situações que agravam a doença;
- Aprender a identificar rapidamente sinais de agravamento;
- Aprender a fazer exercícios respiratórios e fazê-los de acordo com o estabelecido com o seu Enfermeiro;
- Aprender a conservar a energia para conseguir fazer algumas das atividades do dia-a-dia, com menos falta de ar;
- Aprender a comer adequadamente;
- Aprender a gerir o medo que sente nos momentos de maior falta de ar.

Capítulo 2

Título

Uma visão geral sobre a sua doença a DPOC

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Isabel Santos; Mário
Domingues; Samuel Salcedo.

Médica: Elga Freire.

Uma visão geral sobre a causa da sua falta de ar, a DPOC

A DPOC

A sigla DPOC significa Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Esta doença afeta os seus pulmões, dificultando a saída do ar, o que lhe provoca a falta de ar no dia-a-dia. Esta doença vai prologar-se durante um longo período, não sendo possível a sua cura, contudo é **possível evitar o seu agravamento**. Para evitar o agravamento da doença, é fundamental a sua colaboração, quer através da toma da medicação que o seu médico indicar, quer através de algumas mudanças que tem de fazer no seu dia-a-dia.

Neste capítulo, vai encontrar informação que o vai ajudar a compreender melhor a DPOC.

Dinâmica básica da respiração

Respirar significa mover o ar para dentro e para fora dos pulmões, permitindo trocas gasosas, entre o oxigénio que entra nos pulmões e o dióxido de carbono que libertamos dos pulmões.

O oxigénio que é introduzido nos pulmões através da respiração é fundamental para o funcionamento do nosso organismo.

Alterações à circulação de ar para dentro e para fora dos pulmões podem provocar desequilíbrios nas trocas oxigénio/dióxido de carbono, estas podem originar alterações no funcionamento do organismo, manifestando-se através da falta de ar, do cansaço, sonolência e/ou confusão, podendo até originar a morte.

A respiração inicia-se com um movimento do nosso tórax coordenado pelo cérebro em função das nossas necessidades em

cada momento. A coordenação da respiração pode também ser controlada pela nossa vontade ou por circunstâncias como o medo que sentimos.

O ar deve entrar preferencialmente pelo nariz (passar pelas fossas nasais), porque assim é possível aquecê-lo, remover algumas impurezas e humidificá-lo, de forma a ser disponibilizado nas melhores condições aos pulmões.

Do nariz o ar passa através da faringe, segue pela laringe (veja Figura 1, abaixo), até à traqueia.

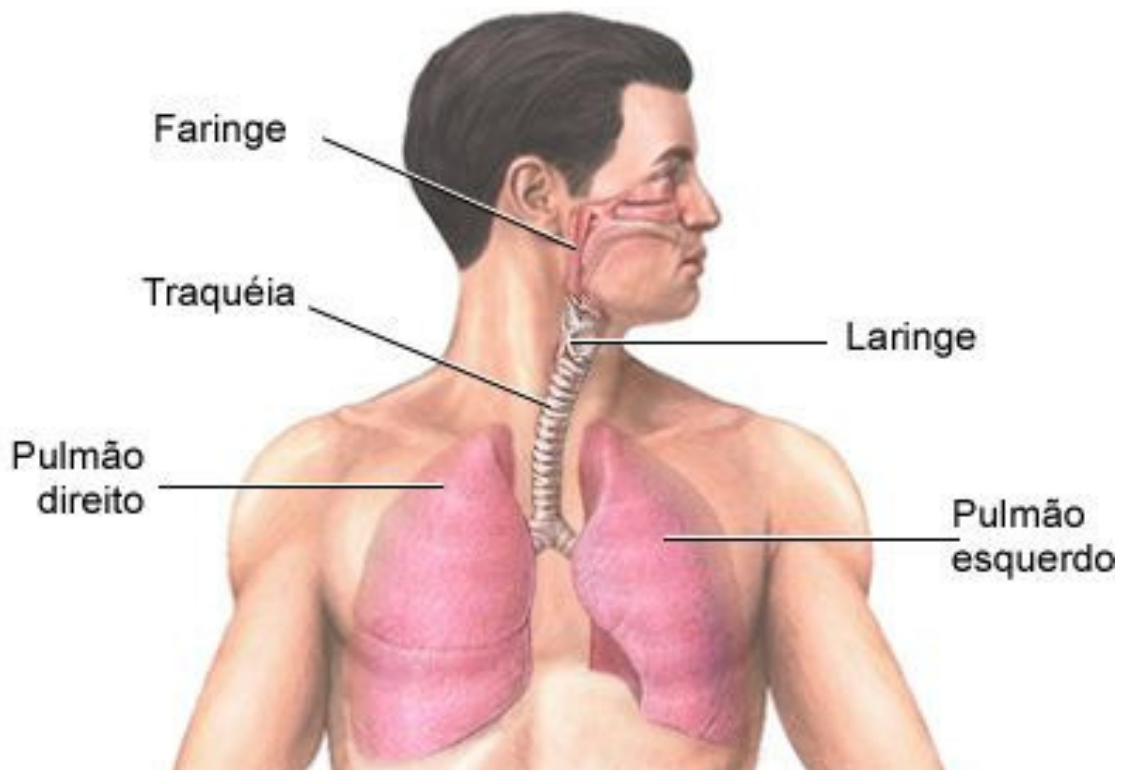


Figura 1

A traqueia é um grande condutor de ar que permite a passagem do ar para o pulmão direito e esquerdo. A traqueia após a entrada em

cada pulmão vai-se dividindo em brônquios e estes subdividindo-se em condutores de ar mais pequenos que se chamam bronquíolos (veja Figura 2, abaixo), até chegarem ao local (alvéolos) onde se realizam as trocas de oxigénio por dióxido de carbono (veja figura 3, abaixo).

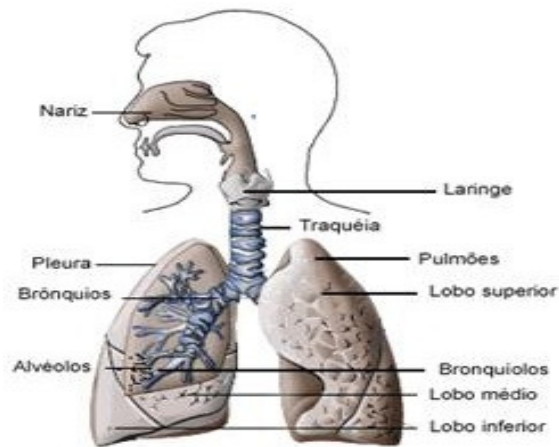


Figura 2

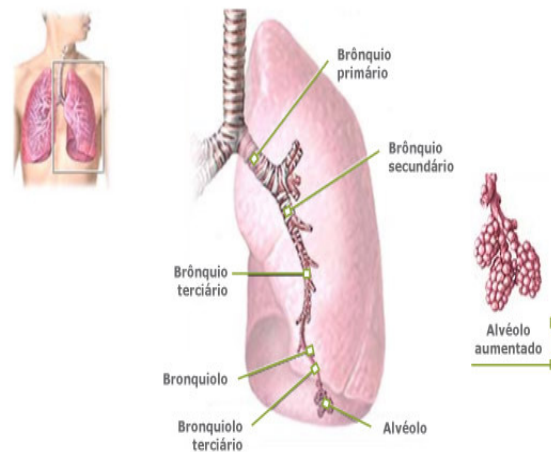


Figura 3

Quais os principais tipos de DPOC?

A DPOC refere-se a dois tipos de doenças diferentes: Bronquite Crónica e Enfisema, que podem existir juntas ou não.

Qual o meu tipo de DPOC?

O seu médico indicar-lhe-á qual o seu tipo: (caso ainda não tenha essa informação, coloque-lhe esta questão).

Agora vamos ajudá-lo a perceber melhor em que consiste cada uma destas doenças.

O que é a Bronquite Crónica?

A Bronquite crónica é o resultado da agressão constante provocada pelo fumo do tabaco e/ou pela poluição ambiental aos seus pulmões.

Esta agressão, provoca irritação e inflamação dos seus brônquios. A inflamação reduz o espaço para a passagem do ar e aumenta a produção de secreções. As secreções podem acumular-se ou ficar mais espessas, contribuindo para o aumento da obstrução à passagem do ar, para sair dos pulmões.

Com a inflamação dos brônquios, reduz-se o espaço para a passagem do ar e como consequência, surge a falta de ar e o cansaço que vão progredindo com o aumento da obstrução dos brônquios e/ou com o aumento do número de brônquios envolvidos.

Principais *sintomas* da bronquite crónica:

- Tosse e expetoração praticamente diárias;
- Pieira (“chiadeira”);

- Falta de ar, inicialmente com os esforços maiores e posteriormente com esforços cada vez mais reduzidos no dia-a-dia.

O que é o Enfisema?

O Enfisema é o resultado da destruição dos alvéolos (locais onde ocorrem as trocas de oxigênio por dióxido de carbono, (veja Figura 4, abaixo).

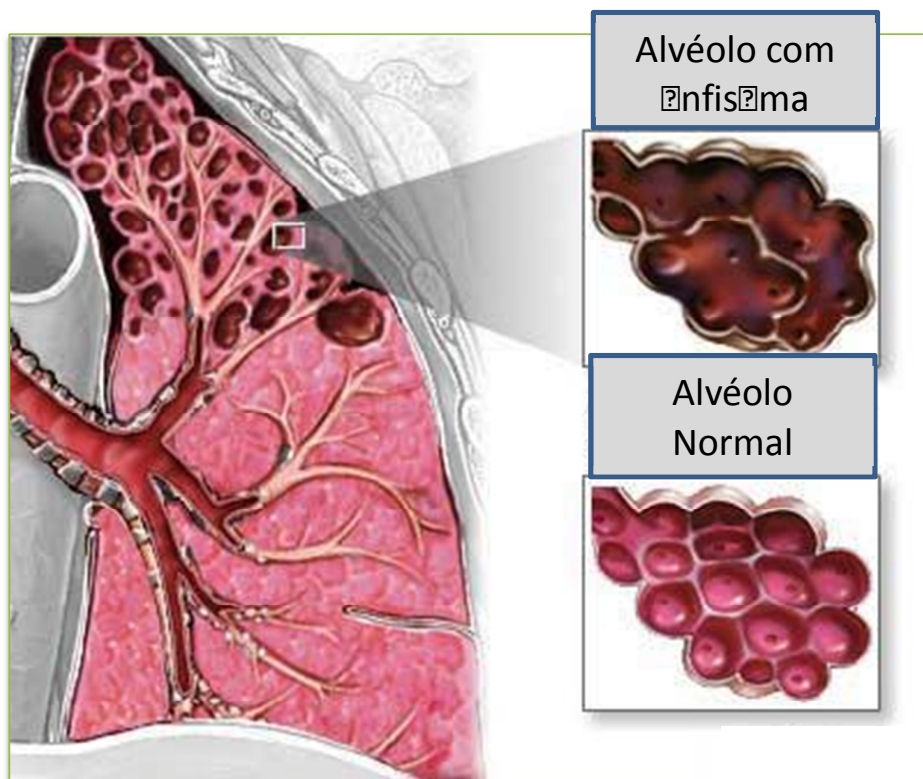


Figura 4

A destruição dos alvéolos resulta na perda de elasticidade do pulmão. Esta perda de elasticidade reduz a capacidade dos pulmões para libertarem o ar. Assim os pulmões não se desinsuflam, e o ar fica retido, originando falta de ar que vai progredindo com o aumento da destruição dos alvéolos.

O principal agente de destruição dos alvéolos **é o fumo do cigarro**, embora existam casos de doença genética e hereditária.

Com a destruição dos alvéolos reduz-se o espaço para as trocas gasosas de oxigénio e dióxido de carbono, esta redução implicará falta de ar, aumentando com a extensão dos alvéolos destruídos.

Principais sintomas do enfisema:

- Falta de ar durante o esforço e posteriormente com esforços cada vez mais reduzidos no dia-a-dia;
- Sensação de incapacidade de libertar o ar dos pulmões.

Qual a evolução da DPOC?

A DPOC é uma doença que **não vai desaparecer**, e os seus sintomas evoluem ao longo dos anos. A doença é a consequência da agressão provocada aos pulmões por agentes que andam no ar que respiramos. Destes agentes destacamos **o fumo do cigarro** como um dos principais motivos para a sua doença, contudo a poluição do ar também poderá ser uma das causas. Assim sendo, **é fundamental que deixe de fumar e evite ambientes poluídos!**

Lembre-se nunca é tarde de mais para deixar de fumar!

Quais os fatores responsáveis pela DPOC?

O fumo do cigarro é o principal agente identificado como agressor dos pulmões provocando a DPOC.

Deixar de fumar é a principal medida que deve adoptar para controlar a sua doença.

O seu Médico e Enfermeiro podem ajudá-lo a deixar de fumar, **mas primeiro tem de se decidir** a deixar de fumar!

Existem outros fatores que podem contribuir para o agravamento da DPOC, como a poluição do interior das habitações, a poluição atmosférica exterior, exposição a alterações súbitas de temperatura, as suas emoções (medo/raiva), e as infeções respiratórias.

O que posso fazer para não me expor aos fatores que contribuem para o agravamento da DPOC?

Evite os poluentes interiores

- Evite o fumo do tabaco, não partilhe ambientes com outros fumadores;
- Evite os odores dos produtos de limpeza doméstica, os odores das tintas e vernizes, perfumes intensos e caso necessite de os utilizar faça-o em ambientes arejados;
- Evite a acumulação de poeiras em casa, guarde tapetes que retêm o pó, utilize panos húmidos na limpeza, utilize aspirador em vez de vassoura;

- Se utiliza aparelhos de ar condicionado, faça a sua manutenção de acordo com a indicação do fabricante.

Evite os poluentes exteriores

- Evite o fumo dos automóveis, evitando permanecer em ambientes fechados com automóveis em funcionamento, como túneis ou parques de estacionamento fechados;
- Evite passear em locais com elevada poluição atmosférica, como por exemplo fumo de fábricas, fumo de incêndios. Consulte a informação meteorológica no jornal, televisão ou internet, e se as condições não forem boas evite andar ao ar livre;
- Evite passear ao ar livre em dias de nevoeiro.

Evite as alterações súbitas de temperatura

- **Quando está frio:** agasalhe-se adequadamente, utilize um lenço ou um cachecol para proteger o nariz e a boca, caso esteja um frio extremo, evite andar ao ar livre.
- **Quando está calor:** Utilize roupas leves adequadas à estação, prefira os locais com ar condicionado (lembre-se sempre que as grandes superfícies comerciais têm ar condicionado), evite a exposição ao sol e os passeios nas horas de maior calor. Caso não exista nenhuma indicação médica em contrário, beba muita água, mesmo antes de ter sede.

Controle as suas emoções (o medo e a raiva que sente)

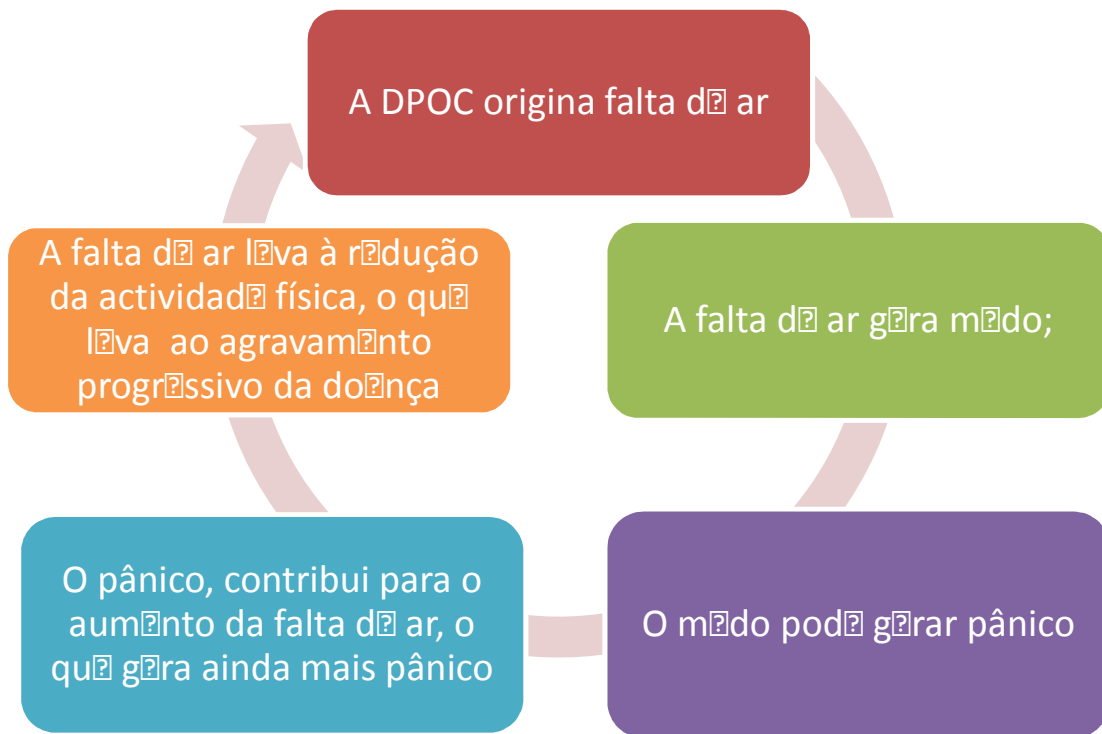
Viver o dia-a-dia com a sua doença é desgastante, o medo que por vezes sente, coloca-lhe dificuldades que os outros por vezes não compreendem!

Partilhe com as pessoas mais próximas as suas dificuldades, partilhe com eles as soluções, com certeza que eles o querem ajudar, só não sabem como o fazer! **Ajude-os a ajudá-lo!**

O medo que sente quando tem falta de ar, ou quando, sente o seu agravamento, é um fator que desencadeia ainda mais falta de ar.

Assim é fundamental que aprenda a controlar o medo, de forma a conseguir controlar a sua falta de ar.

O controlo do medo e da falta de ar, pode ser aprendido e melhorado, para isso necessita de aprender algumas técnicas respiratórias, para que as possa aplicar nos momentos de agravamento da falta de ar. Deve ter presente que a falta de ar, cria medo, e este agrava ainda mais a falta de ar, porque você deixa de respirar adequadamente. Observe o esquema que se segue:



Existem algumas técnicas de relaxamento e de controlo da respiração que os Enfermeiros o podem ajudar a aprender.

Evite as infeções respiratórias

Evite estar em contacto com pessoas com infeções respiratórias, com gripe, ou com febre. Caso não possa evitar, tome as medidas higiénicas adequadas, como lavar bem as mãos após o contacto.

Solicite ao seu médico a prescrição da vacina da gripe anualmente e aconselhe-se com ele sobre outras vacinas como a pneumocócica.

Quais os sintomas de agravamento da DPOC?

Os sintomas de agravamento da DPOC para os quais deve estar especialmente alerta são:

- Alteração na cor da sua expetoração caso, esta fique amarelada, esverdeada ou até escura;
- Alteração na consistência da expetoração, quando a expetoração fica mais espessa;
- Alteração na quantidade de expetoração, quando aumenta a quantidade de expetoração ao longo do dia;
- Agravamento da falta de ar, com aumento da dificuldade para a realização das atividades do dia-a-dia;
- Febre.

Caso algum destes sintomas ocorra poderá estar a ter um agravamento da sua doença. Recorra ao seu médico, ou siga as instruções que este lhe forneceu para estas situações.

Caso lhe surjam dúvidas, utilize os contactos que lhe foram fornecidos e contacte o seu Enfermeiro/Médico, no hospital ou na consulta.

Capítulo 3

Título

Aprenda alguns exercícios que podem melhorar a sua respiração

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Fernando Marques; Júlia Alves; Maria Barbosa; Pedro Afonso; Rui Pedro Silva.

Aprenda alguns exercícios que podem melhorar a sua respiração

Como é que o exercício pode melhorar a falta de ar que sinto?

A DPOC provoca-lhe falta de ar progressiva, contudo poderá realizar alguns exercícios diários que o(a) ajudarão a controlar e estabilizar a DPOC e a falta de ar.

Sabia que fazer exercícios respiratórios, mesmo que muito básicos, permite aos músculos que nos ajudam a respirar, tornarem-se mais fortes e assim facilitarem a entrada e saída de ar dos pulmões, o que permite reduzir a falta de ar!

Provavelmente está a pensar que estes exercícios o vão deixar cansado, que são complicados, ou que precisa de equipamento ou deslocações a um ginásio, e que isso lhe é muito difícil. **Isso não é verdade! Pode fazer os exercícios em casa e sem ter de gastar dinheiro!**

Os Enfermeiros podem ajudá-lo a aprender alguns exercícios muito simples e que lhe trazem muitos benefícios, tais como:

- Redução da falta de ar, conseguida ao longo do tempo em que faz os exercícios;
- Melhor capacidade para executar tarefas do dia-a-dia;
- Melhor capacidade para se livrar da expetoração;

- Redução das infeções respiratórias;
- Uma melhor qualidade de vida!

Onde posso fazer estes exercícios?

Estes exercícios podem ser feitos em casa, sentado numa cadeira ou deitado na sua cama.

Quantas vezes devo fazer os exercícios?

Estes exercícios para lhe trazerem benefícios, como a redução da falta de ar, precisam de ser feitos, pelo menos, uma vez por dia.

Contudo ao longo do seu internamento ou na consulta os Enfermeiros vão ajudá-lo a aprender como realizar os exercícios e vão aconselhá-lo sobre quantas vezes o fazer.

De seguida propomos-lhe quatro exercícios que ajudam a: fortalecer os músculos da respiração (facilitando a entrada e a saída de ar dos pulmões); a libertar a expetoração e algumas posições que ajudam a reduzir a falta de ar.

Exercícios que ajudam a fortalecer os músculos da respiração

Exercício n.º1

- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;



- Coloque a mão direita na barriga e a mão esquerda no peito;
- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), dirigindo o ar para a barriga para que sinta a mão a subir;
- Ao mesmo tempo, evite que a mão que está no peito suba, para que todo o ar seja dirigido para a barriga;



- Após inspirar profundamente, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);



Exercício n.º 2 (para quando souber fazer bem o exercício n.º 1)

- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;



- Coloque um peso leve na barriga (por exemplo, um saco de arroz) e as mãos no peito;



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), dirigindo o ar para a barriga para que o peso suba;
- Ao mesmo tempo, evite que as mãos que estão no peito subam, para que todo o ar seja dirigido para a barriga;



- Após inspirar profundamente, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);

Exercício n.º3

(para este exercício precisa de um bastão, que pode ser qualquer pau ou plástico fino e comprido que tiver – por exemplo, um cabo de vassoura)

- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;
- Segure o bastão com os braços abertos à largura dos ombros.



- Coloque o bastão nas suas pernas, esticando completamente os braços.



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), ao mesmo tempo que levanta o bastão até à altura da cabeça, mantendo os braços sempre esticados e acompanhando a inspiração;



- De seguida, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas sem as apagar), enquanto desce o bastão até à posição inicial.



Exercício n.º4

(para este exercício precisa de uma faixa de pano, que pode ser uma toalha de banho ou um lençol dobrado)

- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;
- Passe a faixa por detrás das costas e segure-a com as duas mãos, (a mão direita segura a parte esquerda da faixa e a mão esquerda segura a parte direita da faixa);



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor); enquanto inspira, deixe a faixa solta para não apertar o peito.



- De seguida, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar), enquanto puxa a faixa para que aperte o peito enquanto o ar sai.

Exercício que ajuda a libertar a expetoração (escarro)

Sabe que existe uma técnica que o pode ajudar a livrar-se daquela expetoração que está por vezes lá no fundo e que tanto o incomoda?

Experimente aprender este exercício, vai ver que lhe vai ser útil!

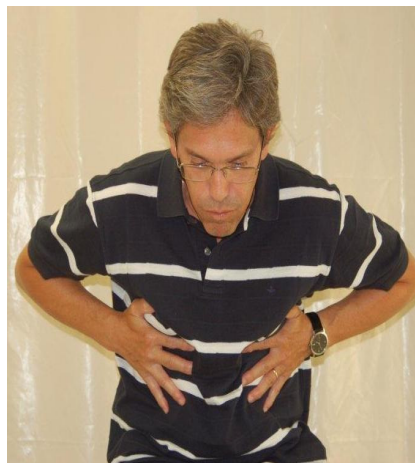
- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;



- Respire fundo 3 vezes seguidas;
- Coloque as palmas das mãos na parte lateral do peito, no fundo das costelas (a mão direita no lado direito e a mão esquerda no lado esquerda), os dedos devem estar em contacto com o peito;
- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor);



- Tussa uma só vez rápido, e com força:
 - Incline o peito para a frente;
 - Faça força nos músculos da barriga;
 - Sem tirar as mãos do sítio, aperte o peito.



ATENÇÃO: quando tossir, o ar deve sair do fundo dos pulmões e não só da garganta!

Posições que pode adotar para ter menos falta de ar

Sabia que o simples facto de se sentar de uma determinada forma, pode ajudá-lo a ter menos falta de ar?

Experimente sentar-se da seguinte forma:

- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;



- Incline o peito para a frente, fazendo uma ligeira curvatura nas costas;



- Pouse os cotovelos nos joelhos;

- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor);
- Expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar).
- Para ser mais fácil, pode fazer esta posição (sentado) em frente a uma mesa ou cama e utilizar almofadas para se encostar.

-



Capítulo 4

Título

Aprenda a alimentar-se com DPOC

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Filipa Lima; Joana Mirra;
Sandra Madureira.

Aprenda a alimentar-se com DPOC

Alguns conselhos sobre a sua alimentação

A DPOC faz com que o seu corpo precise de mais energia, pelo que, a sua **alimentação deve ser saudável e equilibrada**.

Deixamos aqui alguns conselhos para que a sua alimentação o ajude a viver melhor, sem lhe provocar danos nos pulmões, reduzindo a progressão da doença.

Porque devo ter uma alimentação saudável e equilibrada?

O nosso corpo precisa de uma grande quantidade de energia no simples ato de respirar. A energia vem da alimentação.

Uma pessoa com DPOC cujo corpo tem de “trabalhar mais” para conseguir respirar, se não tiver uma boa alimentação cansa-se mais rapidamente, não lhe restando energia para as restantes tarefas.

Assim, caso tenha uma alimentação adequada, pode ter mais energia, o que resulta numa melhor respiração e conseqüentemente numa maior capacidade para as atividades que diariamente tem de fazer, para além de manter um peso saudável.

Comer bem, significa ter uma alimentação saudável. Nenhum alimento ou grupo de alimentos contém todos os nutrientes necessários, logo deve utilizar alimentos variados.

Orientações para uma alimentação saudável:

- Utilize alimentos variados;
- Dê especial atenção ao pão (de preferência integral), cereais e seus derivados, legumes e frutas;
- Utilize laticínios com baixo teor de gordura (leite magro), carnes magras e alimentos preparados com pouca ou nenhuma gordura;
- Tente alcançar um peso corporal adequado, através de atividade física regular e uma alimentação saudável;
- Limite o sal, o álcool e a cafeína.

O que deve evitar comer:

- Alimentos com muito sal, gordura ou açúcar;
- Caldos tipo “Knorr”;
- Bebidas açucaradas, com gás, alcoólicas ou com cafeína;
- Carnes fumadas (podem provocar danos nos pulmões);

Caso sinta falta de ar durante as refeições:

- Coma várias vezes, em pequenas quantidades durante todo o dia, em vez de três grandes refeições;
- Descanse antes de comer;
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos;
- Respire, entre os períodos em que mastiga;
- Reduza ou evite os alimentos duros e difíceis de mastigar.

Caso tenha falta de apetite:

- Escolha os alimentos que têm mais calorias numa pequena quantidade;

Não beba líquidos durante a refeição. Beba 1 hora antes da refeição, e 1 hora depois.

Orientações gerais para a sua alimentação:

- Coma 5 a 6 refeições por dia, em pequenas quantidades para facilitar a digestão;
- Faça um esforço para comer, mesmo quando não tem vontade e está cansado;
- Organize o seu frigorífico para que os alimentos mais usados estejam mais acessíveis;
- Se for você a cozinhar faça coisas simples e rápidas para evitar ficar cansado;
- Antes da refeição coma um prato de sopa de legumes, feijão ou hortaliças;
- Tente reduzir o sal que coloca na comida, pois este ajuda a reter líquidos, o que pode ajudar ao aumento da sua falta de ar;
- Cozinhe bem os alimentos e parta-os em pequenos pedaços para não ficar muito cansado ao mastigá-los. Em alternativa pode esmagá-los ou passa-los com a varinha mágica;

- Após as refeições, descanse um pouco e de seguida faça uma pequena caminhada;
- Coma legumes e frutas todos os dias;
- Beba mais água para se manter hidratado e conseguir tossir melhor (desde que não tenha problemas do coração ou dos rins). Neste caso o médico vai dizer-lhe que quantidade beber;
- Pode substituir a água por chá sem açúcar;
- Coma peixe e carne mas em quantidades moderadas e alternando-os;
- Deve consumir peixes gordos (ex.: sardinha, cavala, atum e salmão), pelo menos, 2 vezes por semana, pois são ricos numa gordura protetora (Ómega 3);
- Se comer carne, prefira carnes brancas (frango, peru ou coelho);
- Leite magro é uma boa opção;
- Prefira temperar os alimentos com ervas aromáticas, especiarias e sumo de limão;
- Procure comer mais fibras (vegetais, legumes e farelos) para que o intestino funcione melhor.

LEMBRE-SE:

A má alimentação leva a uma redução da qualidade de vida, a uma maior dificuldade em respirar, a maiores dificuldades em realizar as suas atividades do dia-a-dia e facilita o aparecimento de infecções respiratórias!

Capítulo 5

Título

Aprenda a gerir a sua energia no dia-a-dia

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz.

Ana Padilha (Mestre/Licenciada em Saúde Ambiental)

Aprenda a gerir a sua energia no dia-a-dia

A DPOC provoca-lhe falta de ar, ao realizar algumas atividades do dia-a-dia.

Deixamos aqui alguns conselhos para que aprenda a gerir melhor as atividades do dia-a-dia de forma a reduzir a sua falta de ar.

Como poupar a sua energia

Alguns passos para poupar a sua energia e reduzir a falta de ar, no dia-a-dia:

- Controle a respiração durante as atividades do dia-a-dia, ajuda a reduzir a falta de ar e o cansaço - inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor) e expire (deite fora o ar) durante a parte difícil da atividade, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);
- Elimine as atividades desnecessárias (Pode por exemplo, usar um roupão turco após o banho de modo a evitar o gasto de energia na secagem e consequente falta de ar; deixe os utensílios de cozinha secar ao ar depois de os lavar, de modo a não gastar energia a secá-los);
- Ao realizar atividades do dia-a-dia sentado, poupa 25% da energia.

- Peça ajuda sempre que necessário, uma vez que algumas tarefas podem ser difíceis de realizar sozinho;
- Organize as suas atividades: faça um plano diário e semanal, deixe as atividades mais cansativas para o dia da semana ou hora que tem mais energia. Alterne tarefas difíceis com fáceis, e planeie períodos de descanso;
- Organize o espaço: ponha os objetos mais usados em gavetas ou prateleiras que estão a um nível entre a cintura e os ombros. Evite ter de se dobrar ou se esticar para lhes chegar. Evite também as deslocações desnecessárias;
- Mantenha o ritmo: um exercício lento e realizado sempre ao mesmo ritmo consome menos energia. Deve executar uma atividade de cada vez, e fazer movimentos lentos e suaves. A pressa só aumenta o desconforto e a falta de ar!
- Alterne períodos de trabalho e descanso. Planeie as atividades por etapas, para poder parar e descansar quando necessário;
- Mantenha uma boa postura corporal: uma das maneiras mais fáceis de poupar energia é a boa utilização do corpo. Quando este está devidamente alinhado, é preciso menos esforço para manter uma boa postura;
- Evite dobrar-se, levantar-se, empurrar ou puxar objetos, mas caso precise tenha sempre as costas direitas, use as duas mãos e ponha os objetos o mais perto possível do corpo;

- No emprego, escolha a altura da cadeira e/ou mesa de trabalho de modo a manter uma boa postura do corpo;
- Relaxe: o relaxamento pode ajudar a restaurar a energia – sente-se numa cadeira confortável com as costas apoiadas, os ombros relaxados, os braços apoiados no colo e os pés no chão; concentre-se em relaxar os músculos e respire de forma suave;
- Utilize o equipamento certo: use a ferramenta certa para o trabalho certo (por exemplo, use um cabo longo para evitar dobrar-se desnecessariamente, use carrinhos de transporte para facilitar deslocações de material);
- **Inspire (puxe o ar para dentro) nas partes “fáceis” da actividade e expire (deite o ar fora) na parte mais “difícil” da actividade.**

Como executar as tarefas do dia-a-dia com menos falta de ar

Algumas sugestões para realizar atividades do dia-a-dia de forma menos cansativa e com menos falta de ar:

Cuidados de higiene pessoal

- Sente-se numa cadeira ou num banco, quando lava a cara, corta a barba, ou aplica maquilhagem (pode ser

mais fácil se apoiar os cotovelos sobre o lavatório ou móvel de apoio);

- Tenha as coisas que usa frequentemente, “mais à mão” (toalhas, estojo de barbear, etc...)
- Utilize um banco de banho e um chuveiro de mão para tomar o duche. Peça ajuda para aquilo que não conseguir;
- As barras de apoio que se prendem nas paredes ou na banheira são úteis para se agarrar. Use tapetes e bancos de chuveiro antiderrapantes;
- Aumente a sua independência usando uma escova de banho de cabo longo para lavar as costas e os pés;
- Minimize a falta de ar, vestindo um roupão felpudo ou uma toalha grande para secar o corpo após o banho;
- Evite o uso de desodorizantes em sprays e cremes de barbear sob pressão (aerossóis), uma vez que podem irritar os seus pulmões.
- Controle a respiração durante o banho;
- Mantenha a temperatura da água morna (evite a água muito quente, para evitar a falta de ar).

Cuidados na limpeza e arrumação da casa

Ao lavar a roupa e ao passar a ferro

- Transporte a roupa utilizando um carro de transporte ou cesto de roupa;

- Se a lavandaria for no piso de baixo, lance a roupa pelas escadas em vez de as carregar;
- Se possível, coloque a máquina de lavar e secar num nível elevado para evitar dobrar-se;
- Prefira os detergentes e amaciadores de roupa líquidos, evitando os detergentes em pó que libertam poeiras prejudiciais aos pulmões;
- Use o programa apropriado na máquina de lavar a roupa, de modo a evitar passar a ferro;
- Evite acumular muita roupa, para não se tornar muito cansativo quando for tratar dela;
- Mantenha uma cadeira na lavandaria;
- Dobre a roupa sentado, de preferência diretamente a partir da máquina de lavar/secar ou estendal;
- Ordene as roupas sobre uma mesa (nunca no chão);
- Se pendurar a roupa para secar, use um carro utilitário com rodas para transportar a roupa, entre a máquina de lavar e o estendal;
- Ponha o estendal da roupa a uma altura ideal (ao nível da cinta) para evitar dobrar-se muitas vezes;
- Para passar a ferro, sente-se e ajuste a altura da tábua para um nível confortável. Mantenha um suporte ao lado da tábua para pendurar roupas já passadas;
- Não passe a ferro o desnecessário (por exemplo: lençóis, toalhas e roupas íntimas).

Aspirar a casa

- Se possível, utilize um aspirador com reservatório de água, que retém as poeiras aspiradas na água;
- Se o seu aspirador for de saco, evite esvaziá-lo quando estiver cheio, substitua-o por um novo, utilizando uma máscara para pó;
- Se tiver de esvaziar o saco, utilize uma máscara para pó ou solicite a ajuda de alguém para o fazer por si;
- Respire fundo antes de ligar o aspirador: inspire fundo (encha o peito de ar) e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor) e expire (deite fora o ar), se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);
- Inspire (puxe o ar para dentro) enquanto empurra o aspirador e expire (deite o ar fora) ao puxar o tubo do aspirador;
- Faça movimentos lentos e rítmicos, mantendo a boa postura;
- Faça pausas frequentes.

Limpar o pó

- Limpar o pó pode aumentar a dificuldade respiratória, já que o pó pode irritar os pulmões;

- Ao limpar o pó utilize máscara adequada ou solicite a ajuda de alguém para o fazer por si;
- Evite a utilização de produtos químicos de limpeza, especialmente em spray, utilize apenas panos húmidos;
- Não utilize cera em spray, também pode ser irritante, use um creme ou pasta de cera para o polimento de móveis;
- Para superfícies altas e com muito pó, utilize um utensílio de cabo longo, que agarre o pó;
- Para superfícies baixas, sente-se e use um pano húmido, toalhita de limpeza ou um utensílio de limpeza que agarre o pó;
- Evite o amontoado de objetos em cima dos móveis, para demorar menos tempo a limpar;
- Evite ter em casa objetos que acumulam muito pó e são de difícil limpeza (por exemplo: plantas artificiais, almofadas, peluches, tapetes de pelo alto, candeeiros com vidrilhos).

Varrer o chão

- Evite fazer limpezas com métodos que dispersem as poeiras no ar (por exemplo: varrer a seco ou usar espanador);
- Sempre que possível, prefira o aspirador ou a esfregona húmida, em vez da vassoura;

- Ao utilizar uma vassoura ou esfregona, ajuste a altura do cabo evitando dobrar a cintura;
- Prefira o revestimento dos pavimentos que necessitem de pouca manutenção.

Esfregar o chão

- Use uma esfregona de cabo longo. Inspire (puxe o ar para dentro) enquanto empurra a esfregona, expire (deite o ar fora) ao puxá-la;
- Ajoelhar-se e esfregar é difícil mas, se for inevitável, deve respirar controladamente. Na posição ajoelhada, inspire (puxe o ar para dentro) pelo nariz, depois curve-se e esfregue o chão expirando (deite o ar fora) repetindo estes passos as vezes necessárias. De vez em quando levante o tronco e respire fundo. Escolha a melhor parte do dia para uma tarefa pesada como esta, quando ainda tem um nível de energia alto;
- Evite a utilização de produtos químicos de limpeza, especialmente os mais irritantes para os pulmões; Não utilize produtos que contenham nos rótulos estes símbolos:



Corrosivo,



Tóxico,



Irritante

- Não faça misturas de produtos químicos (por exemplo: lixívia e detergente amoniacal), porque originam vapores tóxicos muito irritantes para os seus pulmões;

- Quando faz as limpezas domésticas, mantenha as janelas abertas para ventilar (arejar) o espaço, tendo em atenção as variações de temperatura!

Limpar derramamentos e pegar em objetos

- Use uma esfregona ao limpar pequenos derramamentos para evitar dobrar o corpo;
- Use rolo de papel para evitar sujar panos, que depois tem de lavar;
- Use pinças de cabo longo “pick-up” para levantar objetos do chão.

Limpar a banheira

- Sente-se ou ajoelhe-se para limpar a banheira em vez de se dobrar.
- Use esponjas de cabo longo. Evite os sprays de limpeza (aerossóis) e produtos químicos de limpeza;
- Controle a respiração – inspire fundo, de seguida comece a expirar conforme vai limpando. Faça períodos de descanso frequentes, para impedir a falta de ar, tonturas e transpiração.

Fazer a cama

- A divisão desta atividade em pequenos componentes é muito importante: realize uma coisa de cada vez. Por exemplo: respire fundo, comece a soprar o ar com os lábios franzidos (quase fechados) e, ao mesmo tempo,

movimente os braços para arrumar a roupa da cama. Inspire novamente e comece a expirar à medida que dobra o tronco para fazer os cantos, sendo fundamental não se apressar, porque a pressa causa falta de ar;

- Aquando do alisamento ou muda de lençóis, faça cada lado da cama de uma só vez;
- Sente-se para mudar as fronhas e, ao mesmo tempo, aproveite para descansar um pouco;
- Ao arejar a roupa de cama, inspire enquanto levanta os braços e expire ao pousá-los. Quando esticar a roupa de cama, inspire ao estender e expire ao puxar para junto do corpo;
- Evite dobrar-se, incline-se ligeiramente, baixe-se ou sente-se numa cadeira;
- Um edredão permite diminuir o número de lençóis e cobertores e acumula menos poeiras;
- Colocar rodas na cama, permite que esta seja deslocada mais facilmente, **embora diminua a segurança.**

Preparar as refeições

- Planeie primeiro o que vai cozinhar;
- Use ementas que exijam menos tempo de preparação e pouco esforço (por exemplo: alimentos congelados, pré-preparados ou pré-confecionados);

- Use um carrinho de transporte de alimentos, para levar os alimentos de um lado para o outro;
- Sente-se à mesa ou ao balcão para efetuar a preparação dos alimentos (lavar, descascar, cortar, etc.);
- Coloque perto de si um balde do lixo, com tampa movida a pedal, para colocar o lixo que faz durante a preparação dos alimentos;
- Se possível, prepare sopa ou outros pratos em maior quantidade, que possa congelar, ficando com várias refeições que podem ser consumidas ao longo da semana, poupando tempo e esforço;

Pôr a mesa e servir a refeição

- Use um carrinho de transporte para levar a louça e os alimentos para a mesa de refeições;
- Evite o uso de travessas para servir. Sirva diretamente da assadeira/panela;

Outras dicas de cozinha

- Organize-se de modo a efetuar todas as tarefas na mesma bancada de trabalho, evitando deslocações desnecessárias;
- Evite a confecção de pratos que exigem atenção ou agitação constante;
- Utilize louça e utensílios de cozinha de material leve.

Limpeza após a refeição

- Descanse um pouco antes de começar a arrumar;
- Incentive todos os membros da família a levantar a louça da mesa e a arrumar a cozinha;
- Se não tiver ajuda, use um carrinho de transporte para levar a louça para a banca;
- Coloque perto da banca um balde do lixo, com tampa movida a pedal, para colocar os restos de comida;
- Organize bem a banca de trabalho e, se tiver espaço, use um escorredor de pratos;
- Se for necessário lavar louça à mão, sente-se num banco alto para ficar ao nível da banca;
- Deixe os pratos secar ao ar;
- Se possível, utilize máquina de lavar louça, poupando tempo e esforço;
- Encha a máquina de lavar louça, iniciando pela prateleira de baixo.

Fazer compras

- Opte por fazer compras em dias e em lojas com menos pessoas;
- Escolha lojas perto de sua casa. Faça compras em várias viagens curtas ao invés de uma viagem longa;
- Certifique-se sempre que leva o inalador (bombinha) e tenha-o sempre à mão. Se usar o oxigénio, não se esqueça de verificar se tem o suficiente;

- Alivie a carga. Leve apenas o essencial. Não leve roupa pesada;
- Se possível, vá às compras com um familiar ou amigo, que possa ajudar a transportá-las;
- Peça ajuda para chegar às compras que estão fora do seu alcance ou que são muito pesadas para levantar sozinho;
- Prefira comprar por catálogos, por telefone ou pela internet de modo a que as compras sejam entregues em sua casa;
- Planeie as compras para evitar viagens desnecessárias, fazendo uma lista;
- Nas lojas, use um carro de compras e coloque os objetos pesados perto do corpo;
- **Não se esqueça dos seus limites.** Assim que começar o cansaço ou a falta de ar, sente-se e descanse, ou simplesmente **PARE** de fazer compras e vá para casa;
- Tire vantagem das promoções anunciadas, de forma a comprar maior quantidade para armazenar em casa;
- Mantenha uma lista de compras detalhada, para que outra pessoa possa ir na sua vez, em caso de necessidade.

Levar e guardar as compras em casa

- Se possível, peça a um familiar ou amigo para transportar as compras para casa. Se não for possível,

- opte por fazer várias viagens com períodos de descanso. Se necessário, leve um saco de cada vez;
- Utilize para transporte um carrinho de compras;
 - Pergunte nas lojas se lhe podem levar as compras a casa gratuitamente;
 - Se for fazer as compras de carro, transporte as compras na mala e não no banco de trás;
 - Em casa, sente-se num banco e, em cima de uma mesa ou balcão, agrupe as compras de acordo com os sítios onde as guarda, nunca o faça no chão, poupe o esforço físico;
 - Na despensa, coloque os objetos ou alimentos mais pesados nas prateleiras mais baixas, evite colocar objetos no chão, para evitar esforços desnecessários;
 - Se a sua despensa se situar longe da cozinha, organize um espaço no seu armário da cozinha onde possa colocar todos os alimentos que utiliza diariamente;

Passear no Centro Comercial

- As variações de temperatura nas lojas podem ser prejudiciais para os seus pulmões;
- Planeie o que vai fazer no Centro Comercial. Faça as compras por ordem nas lojas, para evitar andar para trás;
- Compre os objetos mais pesados no final do percurso;

- Caso esteja disponível, alugue uma mota/carrinho elétrico ou cadeiras de rodas. Estes devem ser usados, especialmente em caminhadas longas;
- Não tente fazer o que fazia antes de ter a doença (por exemplo: simplifique as compras de Natal; considere dar o mesmo género de presentes a todos, e utilize os sacos para embrulhar os presentes ou então aproveite o serviço de embrulho oferecido por algumas lojas).

Capítulo 6

Título

Aprenda a gerir o stresse

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Filipa Lima; Joana Mirra.

Aprenda a gerir o stresse

Como devo gerir o meu stresse?

Saber gerir o stresse é fundamental para evitar e controlar a falta de ar.

Períodos de stresse e falta de ar levam muitos doentes a deixar de fazer muitas das atividades diárias, aumentando a dependência de outros e levando a que algumas pessoas se isolem dos outros.

Por tudo isto é importante que saiba controlar o seu stresse:

- ✓ Identifique quais são os elementos do seu dia-a-dia que o deixam stressado (por ex.: deixar de fumar, alteração da sua capacidade de trabalhar, dificuldades em manter uma vida sexual ativa);
- ✓ Procure formas de ultrapassar essas dificuldades, por exemplo adaptando-as à sua condição atual e antecipando essas necessidades, ficando assim com mais tempo para as executar;
- ✓ Partilhe os seus problemas e procure ajuda quando necessário. Tem Enfermeiros e Médicos aos quais pode recorrer sempre que precisar;
- ✓ Tenha consciência que cada pessoa reage de forma diferente ao stresse;
- ✓ Veja as coisas pelo lado positivo, use o seu sentido de humor, recorra a técnicas de relaxamento, fale com os

profissionais de saúde e passe mais tempo com aqueles de quem gosta. Tudo isto pode ser útil para prevenir complicações e melhorar a sua qualidade de vida.

Pode aprender a utilizar técnicas de relaxamento, que o ajudarão a relaxar e a controlar a sua respiração, evitando a falta de ar. Aprenda a técnica que se segue e vai ver que traz bons resultados!

Técnica de Relaxamento:

1. Deve estar num local calmo e confortável;
2. Coloque a mão na sua barriga;
3. Inspire profundamente pelo nariz (se conseguir) como se cheirasse uma rosa;
4. Sinta a mão que está sobre a barriga a subir;
5. Retenha a respiração um pouco até ao máximo de 3 segundos;
6. Deite o ar fora como se estivesse a apagar uma vela e sinta a mão a descer;
7. Descanse um pouco até se sentir pronto a voltar ao início e repita enquanto estiver confortável.

Para além de aprender e aplicar a técnica descrita aplique as regras que se seguem no dia-a-dia.

10 Regras para não stressar!

- Ria, pelo menos duas vezes por dia;
- Ouça a sua música preferida durante 15 minutos diários;
- Coma coisas que lhe façam bem;
- Ouça-se a si próprio;
- Tente resolver um problema de cada vez;
- Exprese a sua opinião sem deixar de aceitar a dos outros;
- Centre o seu pensamento em coisas agradáveis;
- Elogie aqueles de quem gosta. Caso estejam longe, telefone;
- Faça exercício;
- Observe as coisas novas no seu dia-a-dia.

Não evite as atividades que o stressam...

ULTRAPASSE-AS!

Capítulo 7

Título

Aprenda a gerir a sua sexualidade

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz.

Aprenda a gerir a sua sexualidade

Sexualidade e a DPOC

Uma das atividades que pode ser afetada pela DPOC é a sua sexualidade, quer fisicamente, uma vez que pode surgir a sensação de falta de ar aquando das relações sexuais, quer emocionalmente pela ansiedade, depressão e solidão associada à doença.

Uma pequena minoria de pessoas com DPOC pode gerir a falta de ar usando um broncodilatador antes ou durante as relações sexuais. No entanto, para a maioria das pessoas com DPOC, o medo de ficar com falta de ar pode levar ao evitar do ato sexual ou à incapacidade de manter a excitação. O parceiro que não tem DPOC pode acreditar que a abstinência sexual é o melhor para o parceiro com DPOC, mas tal não é verdade.

Retomar a intimidade e a proximidade com o parceiro pode ajudá-lo a diminuir a solidão e o isolamento.

Alguns aspetos a ter em mente sobre a DPOC e sexualidade:

- DPOC não diminui a capacidade sexual, é apenas a frequência de atividade sexual que pode estar limitada, assim como todas as atividades físicas cansativas;

- O esforço físico necessário para a relação sexual é aproximadamente igual ao exigido para subir um lance de escadas no ritmo normal;
- O início de um programa de exercícios vai ajudar a ganhar maior tolerância à atividade física e, por sua vez, ajudar a reduzir a dificuldade respiratória;
- Algumas mudanças na sexualidade, não estão relacionadas com a doença pulmonar, mas antes com as mudanças normais do envelhecimento (por exemplo: as ereções mais lentas e atraso no orgasmo);
- Por causa do esforço físico exigido, é importante ter períodos adequados de descanso antes e durante as relações sexuais; por outras palavras, deve programar a sua vida sexual (por exemplo: iniciar a atividade após o uso do broncodilatador e após limpeza das secreções brônquicas);
- No caso de usar oxigénio para as restantes atividades de vida, deve ser mantida a mesma quantidade de oxigénio durante as relações sexuais;
- Evite a atividade sexual imediatamente após uma refeição pesada, após o consumo de álcool, numa temperatura desconfortável ou quando está sob stresse, pois todos estes fatores poderão aumentar o cansaço e a falta de ar;
- Escolha posições sexuais em que o consumo de energia é menor e evite a pressão sobre o tórax (por exemplo, posição

lado a lado durante a relação sexual é mais confortável e menos cansativa do que a posição superior-inferior);

- Ter um parceiro fisicamente capaz de assumir um papel mais ativo torna-se menos cansativo e menos stressante;
- Evite elementos alérgicos no ambiente (por exemplo, perfumes, sprays de cabelo) pelo risco de poderem aumentar a sua falta de ar.

Capítulo 8

Título

Aprenda a viajar com a DPOC

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz.

Aprenda a viajar com a DPOC

Como viajar com a sua doença (DPOC)?

Pode viajar em qualquer meio de transporte com uma preparação suficiente e conselhos dos profissionais de saúde, por isso, a chave para uma viagem segura e agradável é a sua preparação e planeamento.

Como viajar?

Escolha um destino seguro e saudável

- Certifique-se de que o destino de férias é um lugar seguro, perto de serviços médicos;
- Evite áreas onde há falta de assistência médica;
- Evite lugares que não podem fornecer quartos e restaurantes sem fumo;
- Evite lugares que possuam agentes irritantes para os seus pulmões;
- Evite locais com temperaturas extremas (frios ou quentes e húmidos).

Converse com o seu médico assistente antes da partida

- É importante informar o médico do destino, a duração da estadia e o acompanhamento, bem como o estado clínico atual, de modo a que este possa aconselhar

sobre o tratamento, podendo sugerir que se altere a dose de medicação ou periodicidade.

- Peça ao médico assistente:
 - Um relatório com a história clínica;
 - Uma listagem atualizada da medicação, bem como novas receitas de todos os medicamentos, incluindo uma receita para o oxigénio, se for o caso;
 - No caso de viagens para o exterior, pode contactar o IAMAT (Associação Internacional de Assistência Médica em Viagem). Trata-se de uma associação sem fins lucrativos que existe em todo o mundo, pronta a ajudar os viajantes internacionais, disponível através do site <http://www.iamat.org/>
 - Conselhos sobre como ajustar a medicação, dependendo do destino (por exemplo, ajustar as tomas da medicação ao novo fuso horário e prevenir a sua exposição ao sol, uma vez que pode ser afetada pelo calor e pelo sol, e do próprio corpo uma vez que pode aumentar o risco de efeitos secundários).

Verifique o seguro de saúde

O atendimento médico pode ser muito caro. Algumas políticas de seguro exigem que sejam pagos os serviços

médicos e prescrições quando usufruídos e só reembolsam a quantia à posteriori. Isto significa disponibilidade de dinheiro ou crédito para pagar esses custos, se necessário.

Para mais informações acesse o Portal da Saúde (www.portaldasaude.pt/) ou caso tenha seguro de saúde diretamente à sua seguradora.

Prepare os equipamentos e embale a medicação

- Embale cuidadosamente a medicação. Certifique-se da quantidade necessária para a viagem, e mais alguma extra, para o caso da estadia ser maior do que o previsto ou se for preciso mais medicação do que o habitual;
- Mantenha a medicação sempre ao seu alcance (na bagagem de mão), bem como a sua listagem com os respetivos nomes, dose e frequência das tomas;
- Mantenha a medicação fora da exposição solar, mesmo quando vazia, visto que certos aerossóis podem explodir quando aquecidos;
- No caso de equipamentos, peça aos respetivos fornecedores uma versão portátil que funciona com bateria recarregável e um adaptador que possa ser conectado facilmente. Deve-se levar sempre uma bula relativa ao funcionamento do equipamento médico;

- Se for o caso de viagens para o exterior, descubra que tipos de tomadas elétricas existem no destino, para comprar um conversor de potência, se necessário.

Organize o fornecimento de oxigênio

Em caso de uso de oxigênio suplementar, tenha uma receita médica à mão, para ter a respectiva autorização de circulação/embarque. Questione o fornecedor de oxigênio, sobre a estimativa da quantidade de oxigênio necessária para a viagem, levando em conta alguns fatores que afetam o ritmo respiratório e o uso do oxigênio, tais como: a humidade, o calor e a presença de ar condicionado. Pergunte ainda quais os fornecedores que poderá encontrar ao longo da rota de férias.

Não importa o meio de transporte que se escolhe, o planeamento do fornecimento de oxigênio deve ser feito com antecedência, devendo verificar sempre se o equipamento de oxigênio é fixado em posição vertical durante a viagem, se não há excessiva ventilação (ar fresco) para evitar o acúmulo de concentração de oxigênio e peça ajuda às equipas de bordo, sempre que necessário.

Prepare-se para o clima e para a qualidade do ar do destino

Antes de partir, verifique no jornal, na TV ou na internet, as condições meteorológicas locais e qualidade do ar. Antecipe

mentalmente as consequências do novo clima na situação atual da doença. Verifique se o destino apresenta elevado nível de agentes irritantes e aconselhe-se junto do médico assistente, qual a melhor estratégia para lidar com esses agentes.

Coma bem, durma bem, não beba demais

Mantenha o mesmo ritmo de vida durante a viagem, uma vez que o exagero pode levar a um aumento da suscetibilidade a infecções e agudizações. Durma o suficiente. Tenha em mente que elevada quantidade de comida dificulta o padrão respiratório e que as altitudes elevadas podem alterar a forma como o álcool afeta o organismo. Em resumo: **calma e prudência**.

Capítulo 9

Título

Aprenda a jardinar com DPOC

Autores:

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz.

Aprenda a jardinar com DPOC

Alguns conselhos sobre Jardinagem e a DPOC

A jardinagem é uma forma de relaxamento, permitindo às pessoas com DPOC permanecer ativas, sendo uma estratégia de eleição para reduzir o stresse do dia-a-dia!

Algumas dicas sobre a jardinagem:

- **Ferramentas de jardinagem**
 - Use ferramentas simples que requeiram menos energia: enxada e ancinho nas versões menores com cabos extralongos ou cabo extensível;
 - Use uma máscara de pó para cortar a relva, mas o ideal é ter um membro da família ou contratar alguém, para realizar essa atividade;
 - Para pequenos relvados, use um cortador de empurrar ou elétrico em vez de um a gasolina, de modo a evitar a exposição ao fumo libertado por este;
 - Evite baixar-se, utilize um banco ou mesa;
 - Se necessário, transfira as ferramentas para uma área mais próxima do jardim.

- **Jardinagem passo a passo**

Criar um jardim exige um esforço significativo, por isso, devem ser consideradas algumas dicas para equilibrar a DPOC com o amor pela jardinagem:

- Com moderação, especialmente na primavera, alterne os dias com a realização de outras atividades, tais como limpar a casa e preparar as camas;
- Consulte o tempo, bem como a qualidade do ar e as previsões do nível de pólen, de poluição e, se estes forem altos, adie a jardinagem;
- Peça ajuda para fazer os trabalhos mais pesados;
- Limite a exposição ao calor intenso e à humidade, jardine durante as horas mais frescas do dia (início da manhã e fim da tarde);
- Delicadamente estique e aqueça os músculos antes de começar;
- Alterne as atividades intensivas com tarefas que exijam menor esforço;
- Realize pausas frequentes para reduzir o cansaço e a falta de ar.

Redesenhar o jardim

- Reduza o tamanho total da área de jardinagem e canteiros de flores;

- Se a área de jardim for grande, pense em trocar alguma área, por outro tipo de pavimento que exija pouca ou nenhuma manutenção;
- Seja criativo, brinque com as cores;
- Escolha espécies que exijam pouca manutenção (ex.: árvores de folha perene e catos);
- Com algum planejamento e inspiração, a jardinagem pode continuar a ser uma fonte de prazer, relaxamento e orgulho.

Capítulo 10

Título

Informações sobre recursos disponíveis na comunidade

Autores:

Enfermeiros Manuela Magalhães; Sónia Ruivo

.

Informações sobre recursos disponíveis na comunidade

Neste capítulo pode encontrar algumas informações úteis sobre os recursos disponíveis na comunidade que lhe poderão ser úteis em diversas situações.

Começamos por informar que o dia mundial da DPOC é assinalado na 2ª ou 3ª quarta-feira do mês de Novembro, existindo anualmente atividades que são desenvolvidas para sensibilização, rastreio e reflexão sobre a doença, a sua evolução e as políticas adotadas para a sua prevenção, controlo e tratamento.

Existe uma entidade internacional a GOLD (Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) que resulta da congregação de esforços da Organização Mundial de Saúde e do Instituto Nacional Norte Americano do Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI), que tem por objetivos aumentar o conhecimento sobre a DPOC e ajudar, as milhares de pessoas que sofrem desta doença. Poderá obter mais informações através do site: <http://www.goldcopd.com>

Em Portugal, pode encontrar a Fundação Portuguesa do Pulmão, que é uma pessoa coletiva de direito privado, tipo fundacional, sem fins lucrativos e de solidariedade social, instituída no dia 15 de Junho de 2009. Nesta instituição poderá obter informação útil sobre a doença e atividades desenvolvidas. Poderá fazê-lo através dos seguintes contactos: Rua Alberto de Oliveira, n.º 29, r/c eq.,

1700-018 Lisboa, pelo n.º de telefone: 217957284, pelo Fax n.º:
217957300 ou através do site:
<http://fundacaoportuguesadopulmao.org/>

Em Portugal pode ainda encontrar uma Associação de pessoas com doença respiratória a RESPIRA, esta associação tem por missão ser uma Associação Nacional, de referência na área das doenças respiratórias crónicas, contribuindo para a sua prevenção e tratamento, e um pilar na defesa dos interesses e direitos das pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crónicas. Esta associação tem por objetivos: Apoiar e fomentar os programas de promoção da saúde; Promover o conhecimento acerca da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Atuar junto dos profissionais de saúde; Desenvolver iniciativas junto das escolas, entidades de ensino e universidades, motivando o incremento da formação e investigação sobre as doenças respiratórias crónicas; Fornecer orientação aos associados no sentido de os ajudar a receber o melhor tratamento farmacológico e não farmacológico, nomeadamente, de reabilitação respiratória, de oxigenoterapia, de ventilação domiciliária e de transplante pulmonar; Elaborar e implementar um programa de acompanhamento e apoio às pessoas com doenças respiratórias crónicas e seus familiares, com o objetivo de conhecerem a sintomatologia das diferentes doenças e as suas implicações a nível pessoal, familiar e social; Lutar para que as pessoas com doenças respiratórias crónicas moderadas e graves tenham direito a usufruir de direitos sociais específicos.

Poderá obter mais informações através dos seguintes contactos:
Morada: Rua Infante D. Pedro, nº 10-B, 1700-243 LISBOA; pelo telemóvel n.º: 96 492 67 08, pelo telefone n.º: 21 195 46 97, ou através do site: <http://www.respira.pt/>

Segurança Social:

Através da segurança social pode usufruir de vários apoios, estes estão disponíveis no site: <http://www2.seg-social.pt/> ou através do balcão da segurança social da sua área de residência.

Exemplos de apoios disponíveis:

- ✓ Unidade de apoio integrado;
- ✓ Apoio domiciliário integrado;
- ✓ Serviços de apoio domiciliário;
- ✓ Lar residencial;
- ✓ Centro de férias e lazer;
- ✓ Pensão por invalidez;
- ✓ Pensão social de velhice;
- ✓ Complemento solidário para idosos;
- ✓ Complemento por dependência;
- ✓ Subsídio de assistência a 3ª pessoa;
- ✓ Subsídio de sobrevivência;
- ✓ Subsídio de desemprego;
- ✓ Rendimento social de inserção;

- ✓ Ajudas técnicas.

Algumas informações sobre a Oxigenoterapia:

Caso o seu subsistema de saúde seja o Sistema Nacional de Saúde estará isento de pagar o oxigénio, caso seja beneficiário dos restantes subsistemas de saúde (ADSE, SAMS...) terá que pagar na totalidade e depois será reembolsado em 80%.

Disponibilidade de cuidados respiratórios domiciliários:

Os cuidados respiratórios domiciliários incluem: oxigenoterapia de longa duração, inaloterapia e ventiloterapia. A prescrição destes cuidados obedece a regras específicas, segundo a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde e é feita pelo seu Médico.

A validade máxima destas prescrições é de 3 meses, pelo que, após o fim deste prazo terá de solicitar nova prescrição (receita) ao seu médico.

No Porto pode encontrar as seguintes empresas de assistência no domicílio (oxigenoterapia, ventiloterapia e aerossolterapia):

- LINDEMED

Delegação do Porto. Morada: Trav. Joaquim Dias Salgueiro, nº44; 4470-416 Maia; Contactos: 229998380; Linha verde grátis: 800220022; Fax: 229964039.

- GASIN

Delegação do Porto. Morada: Praça Luís de Camões, 57 C1

4480-719; Contactos: 252248680; Linha verde grátis:
800202056.

- PRAXAIR PORTUGAL GASES, S.A.

Delegação do Porto: Morada: Est. Nacional, 13, km 6,4
4471-909 Maia. Contactos: 229438320; Fax: 229486920

Email: contactPortugal@praxair.com

- VITALAIRE

Linha verde grátis: 800201550

Bibliografia

BARNETT M. (2010) - A guide to producing quality written information for patients. journal of Community Nursing March 2010, volume 24, issue 2; pp. 4-8.

DOURADO V. Z.;GODOY, I. (2004) - Recondicionamento muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. Rev Bras Med Esporte ,Vol. 10, Nº 4, Jul/Ago.

FERREIRA I, BROOKS D, LACASSE Y, GOLDSTEIN R, WHITE J (2000) - Nutritional Support for Individuals With COPD. CHEST; pp: 117-3; MARCH.

FERREIRA I, BROOKS D, LACASSE Y, GOLDSTEIN R, WHITE J. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD000998. DOI:10.1002/14651858.CD000998.pub2.

<http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/175/8/798>

<http://www.healthcentral.com/diet-exercise/news-36856-31.html>

<http://www.ajcn.org/cgi/content/abstract/87/4/1002>

<http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/166/12/1438>

<http://www.paraquenaolhefalteoar.com/articles.php?id=166>

http://www.respireeviva.com.br/viva_dpoc2.asp?tema=DPOC&assunto=1&Last=8&IdPergunta=5

LACASSE Y, GOLDSTEIN R, LASSERSON TJ, MARTIN S. (2006) - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of

Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD003793. DOI: 10.1002/14651858.CD003793.pub2.

LANGER, D. et al (2009) - Clinical Practice Guideline for physical therapy in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) - Portuguese version. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 183-204, Mai./Jun.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2009) - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Nº: 40A/DSPCD (27/10)

PUHAN M; SCHARPLATZ M; TROOSTERS T; WALTERS EH; STEURER J. (2009) - Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005305.DOI: 10.1002/14651858.CD005305.pub2.

RIBEIRO, F.; BOTTARO, M. (2008) - Disfunção muscular periférica e fortalecimento em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: uma introdução ao assunto. HABILITAR, Rev. Elet. Fisiot. Centro Universitário Unieuro; Vol. i, Jan/ Mar.

RODRIGUES, Fátima (2004) - Estudo dos factores limitativos do exercício físico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. REV PORT PNEUMOL X (1): 9-61, Janeiro/Fevereiro.

Anexo 10: representação do fenómeno no SI no final

Diagnósticos de enfermagem identificados no final da implementação da mudança no serviço de medicina A, em outros domínios que não os da gestão do regime terapêutico

Diagnóstico	n	%	total % dimensão	n total dimensão
risco de queda	58	9,22		
dependência no autocuidado higiene	54	8,59		
dependência no autocuidado uso do sanitário	39	6,2		
dependência no autocuidado vestuário	34	5,41		
dependência no deambular	24	3,82		
dependência no alimentar-se	21	3,34		
dependência no posicionar-se	14	2,23		
dependência no transferir-se	13	2,07		
dependência no andar	2	0,32		
dependência no andar com auxiliar de marcha	2	0,32	41,52	261
dispneia funcional	44	7		
dispneia repouso	17	2,7		
expetorar ineficaz	11	1,75		
dispneia	1	0,16		
hipertensão	7	1,11		
perda sanguínea	6	0,95		
hemorragia	5	0,79		
risco de aspiração	4	0,64		
ortopneia	2	0,32		
tossir	2	0,32		
hematoma	1	0,16		
hipotensão	1	0,16	16,06	101
risco de úlcera de pressão	43	6,84		
edema	24	3,82		
obstipação	20	3,18		
dor	19	3,02		
pele seca	19	3,02		
consciência	14	2,23		
metabolismo energético	12	1,91		
retenção urinária	11	1,75		
febre	8	1,27		
vómito	8	1,27		
membrana mucosa	7	1,11		

ansiedade	6	0,95		
ferida	6	0,95		
ferida cirúrgica	6	0,95		
náusea	6	0,95		
sono	6	0,95		
apetite diminuído	5	0,79		
incontinência de stress	5	0,79		
confusão	4	0,64		
infecção	4	0,64		
intolerância à atividade	4	0,64		
ferida traumática	3	0,48		
equilíbrio corporal	2	0,32		
eritema das fraldas	2	0,32		
pele húmida	2	0,32		
visão	2	0,32		
zona de pressão	2	0,32		
risco de anquilose	1	0,16		
ascite	1	0,16		
constricção pelo frio	1	0,16		
contusão	1	0,16		
diarreia	1	0,16		
eliminação intestinal	1	0,16		
hipotermia	1	0,16		
incontinência urinária	1	0,16		
risco de ingestão nutricional diminuída	1	0,16		
insónia	1	0,16		
maceração	1	0,16		
medo	1	0,16		
paresia	1	0,16		
queimadura	1	0,16		
tegumento	1	0,16		
tristeza	1	0,16		
audição	1	0,16		
Total	629	100	42,47	267

Diagnósticos de enfermagem identificados no final da implementação da mudança no domínio da promoção da gestão do regime terapêutico

Dimensão	Domínio	Total	Internamento	Consulta	Total dimensão
Consciencialização facilitadora da necessidade de “mudança”	Consciencialização	314	71,7% (n=225)	28,3%(n=89)	314
Envolvimento na gestão da condição de saúde	Envolvimento	51	68,6% (n=35)	31,4%(n=16)	51
Desenvolvimento de esperança	Esperança	25	84% (n=21)	16,0%(n=4)	25
Conhecimento para a gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre a técnica de inalação	347	45,2% (n=157)	54,8%(n=190)	964
	Conhecimento sobre a doença	148	52,7% (n=78)	47,3%(n=70)	
	Conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia	120	75,8% (n=91)	24,2%(n=29)	
	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores	39	64,1% (n=25)	35,9%(n=14)	
	Conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado	18	66,7% (n=12)	33,3%(n=6)	
	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	18	66,7% (n=12)	33,3%(n=6)	
	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o auto cuidado	17	29,4% (n=5)	70,6%(n=12)	
	Conhecimento sobre técnica de tosse controlada	14	28,6% (n=4)	71,4%(n=10)	
	Conhecimento para o autocontrolo da dispneia	228	55,3% (n=126)	44,7%(n=102)	
	Conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	13	76,9% (n=10)	23,1%(n=3)	
	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus	2	100% (n=2)	0%(n=0)	
Capacidades para a gerir o regime terapêutico	Aprendizagem de habilidades para gerir o regime medicamentoso: técnica de inalação	255	49% (n=125)	51,0%(n=130)	473
	Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia	187	55,1% (n=103)	44,9%(n=84)	
	Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	14	35,7% (n=5)	64,3%(n=9)	
	Aprendizagem de habilidades sobre técnica de tosse controlada	12	25% (n=3)	75,0%(n=9)	
	Aprendizagem de capacidades para gestão e autocontrolo do stresse	5	60% (n=3)	40,0%(n=2)	
Perceção do suporte	1	100% (n=1)	0%(n=0)	1	
Interação de papéis	0	0%(n=0)	0%(n=0)		
	Total	1828	57% (n=1043)	43% (n=785)	

Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC,

Formulário de recolha de dados

Data ____/____/____

1. Local de residência

Área urbana (Vila, Cidade)

Área rural (Aldeia)

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Idade _____ anos

4. Estado civil

Casado(a) / em união de facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

5. Formação _____ anos

6. Actividade profissional

Trabalhador activo

Reformado

Desempregado

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública,

Dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artificies e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Estudante

Outra _____

7. Residência

1. Casa

2. Instituição

8. Com quem vive

Sozinho(a)

Com cônjuge/ companheiro(a)

Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as)

Com filhos (as)

Com outros familiares

Com amigos (as)

9. Caso viva sozinho e necessite de apoio no autocuidado, a quem recorre:

Filhos

Vizinhos

Amigos

Parentes

Instituição de apoio

Ninguém

Por opção

Porque não tem apoio

10. Há quantos anos tem a doença _____

11 Refere dificuldades económicas:

Itens de Avaliação	Avaliação do Auto cuidado				Intolerância Actividade			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoa	Necessita equipamento	Autónomo	Muita falta ar	Alguma Falta de ar	Pouca Falta de ar	Nenhuma falta de ar
Autocuidado Higiene								
Toma banho								
Lava a cabeça								
Lava o rosto								
Lava o tronco								
Lava os membros superiores								
Lava as costas								
Lava o períneo								
Lava os membros inferiores								
Seca a cabeça								
Seca o rosto								
Seca o tronco								
Seca os membros superiores								
Seca as costas								
Seca o períneo								
Seca os membros inferiores								
Lavar dentes								
Pentear-se								
Secar cabelo								
Arranjar-se								
Autocuidado Alimentar-se								
Reunir a comida no prato								
Cortar os alimentos no prato								
Abrir recipientes								
Levar os alimentos à boca								
Mastigar os alimentos								
Autocuidado vestir-se								
Veste a roupa parte superior								
Veste a roupa parte inferior								
Calça as meias								
Calça sapatos								
Despe a roupa parte superior								
Despe a roupa parte inferior								
Despe as meias								

Itens de Avaliação	Avaliação do Auto cuidado				Intolerância Actividade			
	1 Dependente não participa	2 Necessita ajuda de pessoa	3 Necessita equipamento	4 Autônomo	1 Muita falta ar	2 Falta de ar moderada	3 Falta de ar ligeira	4 Nenhum a falta de ar
Autocuidado Andar								
Suporta o próprio peso								
Caminha em ritmo lento								
Caminha em ritmo moderado								
Caminha em ritmo acelerado								
Caminha pelo quarto								
Caminha pela casa								
Percorre pequenas distâncias < 100m								
Percorre distâncias médias >100<600m								
Percorre grandes distâncias >600m								
P/inclin. pequenas distâncias < 100m								
P/inclin. distâncias médias >100<600m								
P/inclin. grandes distâncias >600m								
Sobe escadas	1 lanço 15 degraus							
	2 lanços 30 degraus							
	Mais de 2 lanços							
Capacidade para falar a andar	Não se aplica							
Autocuidado atividade recreativa								
Exercício físico	Não se aplica							
Gestão do regime terapêutico								
Tomar a medicação	Comprar a medicação				Não se aplica			
	Preparar os medicamentos							
	Tomar os medicamentos							
Procura do enfermeiro/médico								
Exercícios respiratórios	Não se aplica							

Avaliação da tipologia de autocuidado					
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
10. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					
11. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					
12. Tive uma vida de trabalho duro					
13. Fui sempre o principal sustento da minha família					
14. Decidi sempre tudo sobre a minha vida					
15. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)					
16. Há acontecimentos tristes no meu passado recente					
17. Ainda me sinto relativamente novo(a)					
18. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida					
19. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos					
20. Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)					
21. A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde					
22. Eu quero ser responsável pela minha medicação					
23. Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda					
24. A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual					
25. Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar					
26. Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					
27. Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos					
28. Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico					
29. Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso					
30. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda					
31. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores					
32. Eu conheço bem o que me causa problemas					
33. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim					
34. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias					

35. Aprecio a companhia de outras pessoas					
36. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas					
37. Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes					
38. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida					
39. Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim					
40. À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					
41. Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer					
42. À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer					
43. Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades					
44. Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva					
45. Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém					
46. Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos					
47. É importante para mim não ser um fardo para ninguém					
48. Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente					
49. Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades					
50. Sinto que já não sirvo para nada					
51. Tenho medo do futuro					

Avaliação da percepção da autoeficácia para a promoção da gestão do regime terapêutico

Actualmente qual a sua opinião acerca da competência que percebe para.....?

	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
1. Identificar os sinais de agravamento da doença?				
2. Executar os exercícios que ajudam a respirar melhor?				
3. Controlar a sua falta de ar?				
4. Controlar o medo que sente quando tem falta de ar?				
5. Tomar a decisão de iniciar a medicação para os agravamentos da doença? (quando se aplica) (mais falta de ar, febre, expectoração)				
6. Prevenir o agravamento da doença?				
7. Utilizar a bombinha/inalador?				
8. Preparar e tomar a medicação?				
9. Realizar exercício físico adequado a si?				
10. Manter uma alimentação saudável?				
11. Manter uma vida sexual satisfatória?				
12. Manter actividades de lazer (passear/reunir com amigos/hobbies...)?				
13. Decidir sair de casa quando está nevoeiro?				
14. Decidir sair de casa quando existe muita humidade?				
15. Decidir sair de casa quando está muito calor?				
16. Decidir sair de casa quando está muito frio?				
17. Decidir estar em ambientes poluídos (com fumos)?				
18. Perceber a doença que tem?				
19. Perceber a importância de manter o acompanhamento Enfermeiro/médico				
20. Controlar o stresse do dia-a-dia?				
21. Manter o tratamento da doença ao longo do tempo?				

Agora como qualifica a facilidade:

	Nada fácil	Pouco fácil	Fácil	Muito fácil
Em ter/marcar uma consulta com o Enfermeiro?				
Em ter/marcar uma consulta com o médico?				
Em entrar em contacto com o Enfermeiro?				
Em falar acerca da sua doença com o Enfermeiro?				

Nota: Avaliar em relação ao período compreendido entre o início do acompanhamento pelos enfermeiros e o momento actual (Inclui o internamento e/ou consulta)

N.º de vezes que teve complicações da doença (infecções/mais falta ar) _____

N.º de vezes que iniciou a medicação que tem para estas ocasiões: _____

N.º de vezes que neste período recorreu ao médico:

SU HSA	Outro SU	SASU	Médico família	Outro médico	Internamento HSA	Int. outro Hospital

Faltou a alguma consulta com o enfermeiro no hospital, se sim qual o motivo: _____

Qual a utilidade dos manuais disponibilizados:

Nada úteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

Qual a facilidade de utilização dos manuais disponibilizados:

Nada fácil Pouco fácil Fácil Muito fácil

Fuma? **Sim Não** ,

Se não, deixou de fumar após o início das consultas de Enfermagem ou do último internamento?

Sim Não

Anexo 12: resultados dos testes estatísticos

Relação entre a presença de hábitos tabágicos e a presença de baixos recursos económicos

		Baixos recursos económicos		Total
		não	sim	
Hábitos tabágicos	não	71	13	84
	sim	9	6	15
Total		80	19	99

Teste Qui-quadrado

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,936 ^a	1	,026		
Continuity Correction ^b	3,481	1	,062		
Likelihood Ratio	4,242	1	,039		
Fisher's Exact Test				,037	,037
Linear-by-Linear Association	4,886	1	,027		
N of Valid Cases	99				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Relação entre viver sozinho e a referência a baixos recursos económicos

		Baixos recursos económicos		Total
		não	sim	
Vive sozinho	não	73	8	81
	sim	7	11	18
Total		80	19	99

Teste Qui-quadrado

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,927 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	21,733	1	,000		
Likelihood Ratio	20,541	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	24,676	1	,000		
N of Valid Cases	99				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Relação entre o sexo e a referência a viver sozinho

		Vive sozinho		Total
		não	sim	
sexo	masculino	62	7	69
	feminino	19	11	30
Total		81	18	99

Teste do Qui-quadrado

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,887^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	8,184	1	,004		
Likelihood Ratio	9,151	1	,002		
Fisher's Exact Test				,004	,003
Linear-by-Linear Association	9,787	1	,002		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Resultados do Teste Kruskal Wallis

Teste Kruskal Wallis – Relação entre a <u>idade</u> e <u>dependência no autocuidado</u> dos clientes com episódios de internamento na medicina A e, com alta hospitalar no ano 2009				
$X^2_{KW}(3)=8,101$; $n=27$; $p=0,044$	<i>Mean rank</i> da Dependência no autocuidado			
	Ausente	Presente em grau reduzido	Presente em grau moderado	Presente em grau elevado
	10,88	4,88	15,85	17,33
Comparação múltipla da média das ordens	-			
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o <u>número de dias de internamento no ano 2009</u> e a <u>dispneia funcional no momento da alta hospitalar</u>				
$X^2_{KW}(3)=7,884$; $n=22$; $p=0,049$	<i>Mean rank</i> da dispneia funcional			
	Ausente	Presente em grau reduzido	Presente em grau moderado	Presente em grau elevado
	14,55	6,44	14,33	13
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,047$		-	-
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o <u>número de internamentos no CHP-HSA no período de implementação da mudança</u> e o <u>grupo de acompanhamento</u>				
$X^2_{KW}(2)=64,194$; $n=99$; $p<0,001$	<i>Mean rank</i> do local de acompanhamento			
	Internamento		Consulta	Misto
	74		29,98	71,47
Comparação múltipla da média das ordens	$p<0,001$			
Comparação múltipla da média das ordens		$p<0,001$		
Teste Kruskal Wallis – Relação entre os clientes com <u>resultados globais superiores à mediana</u> e a <u>perceção da autoeficácia</u>				
$X^2_{KW}(2)=6,067$; $n=75$; $p=0,048$	<i>Mean rank</i> da perceção da autoeficácia			
	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
	-	45,97	32,39	39,69
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,05$		-
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o <u>número total de dias de acompanhamento no programa de intervenção</u> e a <u>perceção da autoeficácia</u>				
$X^2_{KW}(2)=8,304$; $n=75$; $p=0,016$	<i>Mean rank</i> da perceção da autoeficácia			
	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
	-	50,82	36,30	31,71
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,014$		

Teste Kruskal Wallis – Relação entre o número de consultas de enfermagem realizadas e a <u>percepção da autoeficácia</u>				
$X^2_{KW} (2)=7,604; n=49;$ $p=0,022$	Mean rank da percepção da autoeficácia			
	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
	-	33,73	22,70	20,35
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,035$		
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o scores específicos na tipologia de <u>autocuidado responsável</u> e a <u>intolerância à atividade</u>				
$X^2_{KW} (2)=6,605; n=75;$ $p=0,037$	Mean rank da intolerância à atividade			
	Muita falta de ar	Alguma falta de ar	Pouca falta de ar	Nenhuma falta de ar
	-	25,33	35,36	44,66
Comparação múltipla da média das ordens	-			
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o scores específicos na tipologia de <u>autocuidado formalmente guiado</u> e a <u>intolerância à atividade</u>				
$X^2_{KW} (2)=6,766; n=75;$ $p=0,034$	Mean rank da intolerância à atividade			
	Muita falta de ar	Alguma falta de ar	Pouca falta de ar	Nenhuma falta de ar
	-	41,67	43,59	30,63
Comparação múltipla da média das ordens	-	-	$p=0,033$	
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o scores específicos na tipologia de <u>autocuidado independente</u> e a <u>intolerância à atividade</u>				
$X^2_{KW} (2)=10,731; n=75;$ $p=0,05$	Mean rank da intolerância à atividade			
	Muita falta de ar	Alguma falta de ar	Pouca falta de ar	Nenhuma falta de ar
	-	24,94	33,27	47,13
Comparação múltipla da média das ordens	-	-	$p=0,026$	
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,018$	-	$p=0,018$
Teste Kruskal Wallis – Relação entre o scores específicos na tipologia de <u>autocuidado abandonado</u> e a <u>intolerância à atividade</u>				
$X^2_{KW} (2)=23,266; n=75;$ $p<0,001$	Mean rank da intolerância à atividade			
	Muita falta de ar	Alguma falta de ar	Pouca falta de ar	Nenhuma falta de ar
	-	58,17	44,69	24,6
Comparação múltipla da média das ordens	-	-	$p<0,001$	
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p<0,001$	-	$p<0,001$

Teste Kruskal Wallis – Relação entre a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão da consciencialização e os grupos de acompanhamento				
$X^2_{KW}(2)=16,175; n=53;$ $p<0,001$	Mean rank dos grupos de acompanhamento			
	Internamento	Consulta	Misto	
	29,50	16,89	37,38	
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,015$		-	
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p<0,001$		
Teste Kruskal Wallis – Relação entre a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão do envolvimento e os grupos de acompanhamento				
$X^2_{KW}(2)=7,210; n=29;$ $p=0,027$	Mean rank dos grupos de acompanhamento			
	Internamento	Consulta	Misto	
	14,46	10,44	20,44	
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,023$		
Teste Kruskal Wallis – Relação entre a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão do conhecimento para a gestão do regime terapêutico e a perceção da autoeficácia				
$X^2_{KW}(2)=8,922; n=71;$ $p=0,012$	Mean rank da perceção da autoeficácia			
	Incapaz	Pouco capaz	Capaz	Totalmente capaz
	-	43,85	27,79	40,18
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,022$		-
Teste Kruskal Wallis – Relação entre a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão do conhecimento para a gestão do regime terapêutico e os grupos de acompanhamento				
$X^2_{KW}(2)=15,982; n=94;$ $p<0,001$	Mean rank dos grupos de acompanhamento			
	Internamento	Consulta	Misto	
	56,21	38,42	63,53	
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,001$		
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,015$			

Teste Kruskal Wallis – Relação entre a taxa de resolução dos diagnósticos de enfermagem da dimensão das capacidades para gerir o regime terapêutico e os grupos de acompanhamento			
$X^2_{KW} (2)=12,585; n=80$ $p=0,002$	Mean rank dos grupos de acompanhamento		
	Internamento	Consulta	Misto
	48,48	32,85	49,65
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,001$		-
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p=0,015$	
Teste Kruskal Wallis – Relação entre taxa de resolução de diagnósticos de enfermagem do domínio da capacidade sobre a técnica de inalação e os grupos de acompanhamento			
$X^2_{KW} (2)=9,525; n=58;$ $p=0,009$	Mean rank dos grupos de acompanhamento		
	Internamento	Consulta	Misto
	36	24,22	36
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,028$		-
Teste Kruskal Wallis – Relação entre taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem e os grupos de acompanhamento			
$X^2_{KW} (2)=32,549; n=99;$ $p<0,001$	Mean rank dos grupos de acompanhamento		
	Internamento	Consulta	Misto
	64,52	35,31	71,03
Comparação múltipla da média das ordens	$p<0,001$		-
Comparação múltipla da média das ordens	-	$p<0,001$	
Teste Kruskal Wallis – Relação entre clientes com taxa global de resolução de diagnósticos de enfermagem superior à mediana e os grupos de acompanhamento			
$X^2_{KW} (2)=23,844; n=99;$ $p<0,001$	Mean rank dos grupos de acompanhamento		
	Internamento	Consulta	Misto
	59,14	39,01	68,68
Comparação múltipla da média das ordens	$p=0,001$		
Comparação múltipla da média das ordens		$p<0,001$	

Resultados do Teste U – Mann Whitney

Teste U – Mann Whitney – Relação entre <u>número de internamentos na medicina A durante a implementação da mudança e a referência a baixos recursos económicos</u>				
U=1,077; n=99; p=0,002	Mean rank - baixos recursos económicos			
	Presentes		Ausentes	
	66,68		46,04	
Teste U – Mann Whitney – Relação entre <u>idade e presença de hábitos tabágicos</u>				
U=396,5; n=99; p=0,023	Mean rank - hábitos tabágicos			
	Presentes		Ausentes	
	34,43		52,78	
Teste U – Mann Whitney – Relação entre o valor de <u>FEV₁</u> e o <u>sexo</u>				
U=866; n=75; p=0,004	Mean rank - sexo			
	Feminino		Masculino	
	48,58		33,02	
Teste U – Mann Whitney – Relação entre o <u>número de internamentos no CHP-HSA no período de implementação e a dependência no autocuidado</u>				
U=266; n=75; p=0,043	Mean rank – dependência no autocuidado			
	Dependente não participa	Necessita da ajuda de pessoas	Necessita ajuda equipamentos	Autónomo
	-	39,97	26,55	-
Teste U – Mann Whitney – Relação entre os scores específicos da tipologia de autocuidado formalmente guiado e a dependência no autocuidado				
U=214; n=75; p=0,03	Mean rank – dependência no autocuidado			
	Dependente não participa	Necessita da ajuda de pessoas	Necessita ajuda equipamentos	Autónomo
	-	40,16	25,45	-
Teste U – Mann Whitney – Relação entre os scores específicos da tipologia de autocuidado independente e a dependência no autocuidado				
U=480,5; n=75; p=0,05	Mean rank – dependência no autocuidado			
	Dependente não participa	Necessita da ajuda de pessoas	Necessita ajuda equipamentos	Autónomo
	-	35,99	49,68	-
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>intensidade global da intervenção de enfermagem na dimensão da consciencialização no internamento e o sexo dos clientes</u>				
U=180; n=34; p=0,023	Mean rank – sexo			
	Feminino		Masculino	
	23,5		15	
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos no estudo e os clientes que no final da implementação da mudança estavam consciencializados</u>				
U=1246,5; n=99; p=0,042	Mean rank – consciencializados			
	Não consciencializados		Consciencializados	
	40,98		53,56	

Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa de diagnósticos de enfermagem resolvidos no domínio das capacidades para a técnica de inalação e o sexo dos clientes</u>		
U=417; n=58; p=0,021	Mean rank – sexo	
	Feminino	Masculino
	37,29	27,02
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa de diagnósticos de enfermagem resolvidos no domínio do conhecimento sobre a doença e viver sozinho</u>		
U=263,5; n=57; p=0,015	Mean rank – viver sozinho	
	Não	Sim
	27,23	41,64
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa de diagnósticos de enfermagem resolvidos no domínio do conhecimento sobre a doença e a referência a baixos recursos económicos</u>		
U=330,5; n=57; p=0,024	Mean rank - baixos recursos económicos	
	Presentes	Ausentes
	38,55	26,97
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a taxa de diagnósticos de enfermagem resolvidos no domínio do <u>conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia no grupo de acompanhamento do internamento e viver sozinho</u>		
U=4; n=13; p=0,019	Mean rank – viver sozinho	
	Não	Sim
	8,56	3,5
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos no estudo e a iniciativa procura de informação</u>		
U=107; n=22; p=0,002	Mean rank – iniciativa procura de informação	
	Ausente	Presente
	7,58	16,20
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>intensidade global da intervenção de enfermagem no internamento e a iniciativa procura de informação</u>		
U=10; n=15; p=0,045	Mean rank – iniciativa procura de informação	
	Ausente	Presente
	10,83	6,11
Teste U – Mann Whitney – Relação entre os <u>clientes com taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos superiores à mediana e a iniciativa procura de informação</u>		
U=100; n=22; p=0,002	Mean rank – iniciativa procura de informação	
	Ausente	Presente
	8,17	15,5
Teste U – Mann Whitney – Relação entre a <u>taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos no estudo e a vontade de aprender</u>		
U=74,5; n=19; p=0,016	Mean rank – vontade de aprender	
	Ausente	Presente
	7,05	13,28
Teste U – Mann Whitney – Relação entre os <u>clientes com taxa global de diagnósticos de enfermagem resolvidos superiores à mediana e a vontade de aprender</u>		
U=72; n=19; p=0,006	Mean rank – vontade de aprender	
	Ausente	Presente
	7,3	13

Teste U – Mann Whitney – Relação entre o número de episódios de recurso ao serviço de urgência um ano após implementação da mudança e a dependência no autocuidado

U=23,5; n=40; <i>p</i>=0,024	<i>Mean rank</i> – dependência no autocuidado			
	Dependente não participa	Necessita da ajuda de pessoas	Necessita ajuda equipamentos	Autónomo
	-	21,85	8,38	-

Anexo 13**Categorização da dependência no autocuidado**

Caso	Higiene	Alimentar	Vestir	Andar	Gestão regime terapêutico	Global
1	4	3	4	2	4	2
2	3	3	3	2	3	2
3	4	3	3	2	4	2
4	3	3	3	2	4	2
5	2	2	2	2	2	2
6	4	3	4	2	4	2
7	4	3	4	4	4	3
8						
9	3	3	2	2	3	2
10						
11	3	3	3	4	4	3
12	2	3	3	2	2	2
13						
14	4	3	4	2	4	2
15	3	3	3	2	3	2
16	2	3	2	2	2	2
17	4	3	3	2	3	2
18	4	3	3	2	3	2
19	4	3	4	4	4	3
20	2	3	3	2	3	2
21	3	3	3	2	3	2
22	2	2	2	2	2	2
23	2	3	3	2	3	2
24	2	3	3	2	4	2
25	4	3	3	2	3	2
26	3	3	3	2	3	2
27	4	3	4	2	4	2
28	4	3	3	4	4	3
29	4	3	4	4	4	3
30						
31	4	3	3	2	2	2
32						
33	3	3	4	2	4	2
34	3	3	3	2	2	2
35	2	3	2	2	4	2
36	2	3	2	2	4	2
37	3	3	2	2	2	2
38	4	3	4	2	4	2
39	2	2	2	2	4	2
40	3	3	3	2	4	2
41	4	3	3	2	2	2
42	4	3	3	2	3	2
43						
44	4	3	4	2	3	2

Caso	Higiene	Alimentar	Vestir	Andar	Gestão regime terapêutico	Global
45	2	3	3	2	4	2
46	4	3	4	4	4	3
47	3	3	3	2	2	2
48	4	3	4	4	4	3
49	2	2	2	2	2	2
50	3	3	3	2	4	2
51	2	3	2	2	2	2
52						
53	2	2	2	2	2	2
54						
55	4	3	3	2	3	2
56	3	3	3	2	3	2
57	2	3	3	2	3	2
58						
59	3	2	2	2	4	2
60						
61						
62	2	2	3	2	2	2
63						
64	4	3	3	4	3	3
65	2	3	2	2	2	2
66	4	3	4	4	4	3
67	4	3	3	2	4	2
68						
69	4	3	3	2	4	2
70	3	3	2	2	2	2
71	3	3	3	2	3	2
72	3	3	3	2	3	2
73						
74	4	3	3	2	3	2
75						
76	4	3	3	2	4	2
77	4	3	3	4	4	3
78	4	3	4	2	2	2
79						
80	4	3	4	2	4	2
81	4	3	4	4	4	3
82	3	3	3	2	4	2
83	3	3	4	2	2	2
84	2	2	3	2	2	2
85	2	2	3	2	2	2
86	2	2	3	2	2	2
87						
88						

Caso	Higiene	Alimentar	Vestir	Andar	Gestão regime terapêutico	Global
89						
90	3	3	3	2	3	2
91						
92	4	3	3	2	3	2
93						
94						
95	3	3	3	2	3	2
96						
97						
98	2	3	3	2	3	2
99	4	3	3	2	4	2

Categorização da intolerância à atividade

Caso	Higiene	Alimentar	Vestir	Andar	Atividade recreativa	Gestão do regime terapêutico	Global
1	4	4	4	3	4	4	4
2	4	4	3	2	3	4	4
3	4	4	4	3	1	3	3
4	4	4	3	2	2	4	3
5	2	2	2	1	1	1	2
6	4	4	4	4	4	3	4
7	4	4	4	4	4	4	4
8							
9	4	4	4	3	3	4	4
10							
11	4	4	4	3	3	4	4
12	2	4	2	1	1	3	2
13							
14	4	4	4	4	1	4	4
15	3	4	3	2	1	3	3
16	3	4	3	2	1	3	3
17	3	4	4	3	3	4	3
18	3	4	3	2	1	4	3
19	4	4	4	3	3	4	4
20	3	4	3	2	1	4	3
21	3	4	3	2	3	4	3
22	3	4	2	2	1	2	2
23	4	4	3	2	3	4	3
24	4	4	3	2	3	4	4
25	3	4	3	2	2	4	3
26	4	4	3	1	1	3	3
27	4	4	4	3	3	4	4
28	4	4	4	3	3	4	4
29	4	4	4	3	3	4	4
30							
31	4	4	4	1	2	4	3
32							
33	4	4	4	3	1	4	3
34	3	3	3	1	1	4	2
35	4	4	4	2	1	4	3
36	4	4	4	1	1	4	3
37	4	4	4	2	1	4	3
38	4	4	4	4	4	4	4
39	3	4	4	2	1	4	3
40	3	4	4	2	1	4	3
41	3	4	2	2	3	3	3
42	3	4	3	1	2	3	3
43							
44	4	4	4	3	3	4	4
45	4	4	4	3	3	3	4
46	4	4	4	4	4	4	4
47	2	4	2	1	1	3	2
48	4	4	4	4	1	4	4
49	2	3	3	1	1	3	2
50	4	4	4	3	3	4	4
51	4	4	4	2	1	4	3

Caso	Higiene	Alimentar	Vestir	Andar	Atividade recreativa	Gestão do regime terapêutico	Global
52							
53	3	4	3	1	1	2	2
54							
55	3	3	2	2	1	4	3
56	2	3	2	1	1	4	2
57	3	4	4	2	3	4	4
58							
59	3	4	2	2	1	3	2
60							
61							
62	4	3	2	2	1	4	3
63							
64	4	4	4	3	3	4	4
65	4	4	4	2	2	3	3
66	4	4	4	3	4	4	4
67	4	4	4	2	4	4	4
68							
69	4	4	4	3	4	4	4
70	3	4	3	2	1	4	3
71	4	4	3	2	2	4	3
72	4	4	3	2	3	3	3
73							
74	4	4	4	2	1	4	3
75							
76	4	4	4	2	3	4	4
77	4	4	4	3	4	4	4
78	4	4	4	3	4	4	4
79							
80	4	4	4	3	4	4	4
81	4	4	4	2	2	4	4
82	4	4	4	3	3	4	4
83	4	4	4	3	3	4	4
84	4	4	4	2	1	3	3
85	3	3	3	2	3	4	3
86	3	4	3	2	3	4	3
87							
88							
89							
90	3	4	2	2	2	4	3
91							
92	3	4	4	2	1	4	3
93							
94							
95	3	3	2	2	1	4	3
96							
97							
98	3	3	2	2	1	4	3
99	4	4	4	2	3	4	4

Anexo 15: Avaliação da consistência interna

Alfa de Cronbach's

Instrumento de percepção da autoeficácia

Sumário dos casos processados

		N	%
Cases	Validos	84	97,7
	Excluídos	2	2,3
	Total	86	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N de Itens
,870	,879	19

Estatística do Item

Questões	Média	Desvio Padrão	N
Identificar sinais de agravamento	3,62	,536	84
Executar os exercícios que ajudam a respirar melhor? os exercícios que ajudam a respirar melhor?	3,26	,971	84
Controlar a sua falta de ar?	3,17	,862	84
Controlar o medo que sente quando tem falta de ar?	3,13	,875	84
Prevenir o agravamento da doença?	3,19	,768	84
Utilizar a bombinha/inalador?	3,70	,533	84
Preparar e tomar a medicação?	3,73	,588	84
Realizar exercício físico adequado a si?	2,73	1,101	84
Manter uma alimentação saudável?	3,31	,601	84
Manter atividades de lazer (passear/reunir com amigos/hobbies...)?	2,81	1,024	84
Decidir sair de casa quando está nevoeiro?	3,45	,718	84
Decidir sair de casa quando existe muita humidade?	3,46	,719	84
Decidir sair de casa quando está muito calor?	3,49	,720	84
Decidir sair de casa quando está muito frio?	3,51	,736	84
Decidir estar em ambientes poluídos (com fumos)?	3,82	,415	84
Perceber a doença que tem?	3,45	,751	84
Perceber a importância de manter o acompanhamento Enfermeiro/médico	3,88	,326	84
Controlar o stresse do dia-a-dia?	3,10	,900	84
Manter o tratamento da doença ao longo do tempo?	3,68	,495	84

Estatística Item-Total

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Identificar sinais de agravamento	60,87	56,139	,459	,865
Executar os exercícios que ajudam a respirar melhor? os exercícios que ajudam a respirar melhor?	61,23	53,358	,409	,868
Controlar a sua falta de ar?	61,32	51,642	,623	,857
Controlar o medo que sente quando tem falta de ar?	61,36	51,847	,595	,859
Prevenir o agravamento da doença?	61,30	53,272	,557	,860
Utilizar a bombinha/inalador?	60,79	56,098	,467	,865
Preparar e tomar a medicação?	60,76	56,497	,369	,867
Realizar exercício físico adequado a si?	61,76	49,822	,583	,860
Manter uma alimentação saudável?	61,18	55,064	,525	,863
Manter atividades de lazer (passear/reunir com amigos/hobbies...)?	61,68	55,281	,248	,876
Decidir sair de casa quando está nevoeiro?	61,04	53,649	,565	,860
Decidir sair de casa quando existe muita humidade?	61,02	53,517	,577	,860
Decidir sair de casa quando está muito calor?	61,00	53,759	,553	,861
Decidir sair de casa quando está muito frio?	60,98	53,903	,524	,862
Decidir estar em ambientes poluídos (com fumos)?	60,67	58,297	,258	,870
Perceber a doença que tem?	61,04	54,975	,410	,866
Perceber a importância de manter o acompanhamento Enfermeiro/médico	60,61	58,217	,359	,869
Controlar o stresse do dia-a-dia?	61,39	52,073	,556	,860
Manter o tratamento da doença ao longo do tempo?	60,81	54,999	,663	,860

Anexo 16

Análise fatorial da percepção da autoeficácia

Teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> e teste de <i>Bartlett's</i>		
<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> (Medida de adequação da amostra.)		,658
Teste de Esfericidade de <i>Bartlett's</i>	Chi-quadrado	1143,57
	df	171
	<i>Sig.</i>	<0,001

Total da variância explicada

Componentes	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% Variância	Cumulativo %	Total	% Variância	Cumulativo %	Total	% Variância	Cumulativo %
1	6,891	36,269	36,269	6,891	36,269	36,269	4,576	24,085	24,085
2	3,076	16,191	52,460	3,076	16,191	52,460	3,639	19,154	43,239
3	1,655	8,708	61,168	1,655	8,708	61,168	2,855	15,027	58,265
4	1,579	8,313	69,481	1,579	8,313	69,481	2,131	11,215	69,481
5	,985	5,183	74,663						
6	,728	3,833	78,497						
7	,680	3,581	82,078						
8	,629	3,311	85,389						
9	,543	2,856	88,245						
10	,500	2,634	90,879						
11	,428	2,253	93,131						
12	,327	1,719	94,850						
13	,324	1,707	96,557						
14	,259	1,365	97,922						
15	,163	,859	98,781						
16	,111	,584	99,365						
17	,084	,441	99,806						
18	,027	,142	99,948						
19	,010	,052	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotação dos Componentes de Matrix^a

	Componentes			
	1	2	3	4
Rank of S_V_1	,019	,276	,627	,410
Rank of S_V_2	-,068	,817	,150	,036
Rank of S_V_3	,268	,651	,383	,231
Rank of S_V_4	,455	,545	,215	,079
Rank of S_V_6	,233	,491	,497	,195
Rank of S_V_7	,171	,728	-,030	,172
Rank of S_V_8	,029	,669	-,108	,393
Rank of S_V_9	-,011	,611	,473	,050
Rank of S_V_10	,195	,623	,174	,069
Rank of S_V_12	-,288	,230	,722	,212
Rank of S_V_13	,909	,160	,026	,286
Rank of S_V_14	,895	,186	,038	,288
Rank of S_V_15	,896	,096	,204	,105
Rank of S_V_16	,925	,087	,082	,182
Rank of S_V_17	,324	-,021	,106	,833
Rank of S_V_18	,330	-,061	,729	,021
Rank of S_V_19	,339	,065	,107	,835
Rank of S_V_20	,451	,147	,502	,149
Rank of S_V_21	,518	,190	,595	,067

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Análise da correlação entre as variáveis que resultam da análise fatorial

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1	-	-	-	-
Fator 2	($r_s75=0,427$); ($p=0,01$)	-	-	-
Fator 3	($r_s75=0,410$); ($p=0,01$)	($r_s75=0,604$); ($p=0,01$)	-	-
Fator 4	($r_s75=0,529$); ($p=0,01$)	-	($r_s75=0,245$); ($p=0,05$)	-

Categorização da percepção da autoeficácia

Caso	fator 1	fator 2	fator 3	fator 4	Global
1	2	4	4	4	2
2	4	3	3	4	3
3	2	3	3	4	2
4	4	2	4	4	2
5	4	3	3	4	3
6	2	3	3	4	2
7	4	3	4	4	3
8					
9	3	3	3	4	3
10					
11	4	4	4	4	4
12	4	3	3	4	3
13					
14	4	4	4	4	4
15	4	4	4	3	3
16	3	4	4	4	3
17	3	4	4	4	3
18	2	3	3	3	2
19	1	1	3	4	2
20	3	4	4	4	3
21	4	2	3	4	2
22	4	4	4	4	4
23	4	4	4	4	4
24	3	3	3	4	3
25	4	4	3	4	3
26	4	4	4	3	3
27	3	4	4	4	3
28	3	4	3	3	3
29	4	4	3	4	3
30					
31	3	3	3	4	3
32					
33	4	4	3	4	3
34	4	3	3	4	3
35	2	3	3	3	2
36	3	3	3	4	3
37	4	3	3	4	3
38	2	3	3	3	2
39	1	1	3	4	2
40	4	4	4	4	4
41	4	3	3	4	3
42	4	3	4	4	3
43					
44	4	4	4	4	4

Caso	fator 1	fator 2	fator 3	fator 4	Global
45	2	4	3	3	2
46	3	3	3	4	3
47	4	4	4	4	4
48	3	4	3	3	3
49	3	2	3	3	2
50	3	4	4	4	3
51	4	4	4	4	4
52					
53	4	4	4	4	4
54					
55	4	4	4	4	4
56	4	4	4	4	4
57	4	4	4	4	4
58					
59	3	3	2	4	2
60					
61					
62	4	4	4	4	4
63					
64	4	4	4	4	4
65	4	2	3	4	2
66	2	3	2	3	2
67	4	4	4	4	4
68					
69	4	3	3	4	3
70	4	3	3	4	3
71	4	4	4	4	4
72	4	4	4	4	4
73					
74	3	4	3	4	3
75					
76	4	4	4	4	4
77	4	4	4	4	4
78	4	3	3	4	3
79					
80	4	4	4	4	4
81	4	3	4	4	3
82	2	3	3	4	2
83	3	3	2	4	2
84	4	4	4	4	4
85	4	4	4	4	4
86	4	4	4	4	4
87					
88					

Caso	fator 1	fator 2	fator 3	fator 4	Global
89					
90	4	3	3	4	3
91					
92	4	4	4	4	4
93					
94					
95	4	4	4	4	4
96					
97					
98	3	3	4	4	3
99	4	4	4	4	4

Anexo 18: Mapeamento dos domínios de ação em dimensões

Dimensões	Domínio da ação terapêutica / Indicadores	Diagnósticos de enfermagem	Intervenção de enfermagem
<p>Conscencialização facilitadora da necessidade “mudança</p>	<p>Conscencialização</p>	Perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a perceção sobre a evolução da sintomatologia da doença;
		Perceção sobre há quanto tempo apresenta a sintomatologia e agravamento do impacto da doença no quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com o cliente há quanto tempo apresenta a sintomatologia e o agravamento do impacto da doença no quotidiano;
		Perceção sobre necessidade de implementar mudança no quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Perceção sobre a forma de progressão da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a forma de progressão da doença; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Perceção sobre as limitações físicas associadas à doença	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre limitações físicas associadas à doença;
		Perceção sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;
		Perceção sobre as modalidades do regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre modalidades do regime terapêutico;
		Perceção sobre os recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico;
<p>Desenvolvimento de esperança</p>	<p>Esperança</p>	Diminuição da Vontade de viver	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir na identificação de um objetivo para a vida; • Promover a espiritualidade;
		Confiança nas suas capacidades não demonstrada	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no reconhecimento do seu potencial; • Informar sobre estratégias de adaptação; • Identificar objetivos realistas;

		Sentimento de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no reconhecimento do seu potencial; • Informar sobre estratégias de adaptação; • Identificar objetivos realistas;
Envolvimento na gestão da condição de saúde;	Envolvimento	Iniciativa para a procura de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Disponibilizar informação sobre as vantagens do envolvimento; • Incentivar a procura de informação;
		Vontade de aprender não demonstrada para gerir o regime terapêutico;	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação na gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na gestão do regime terapêutico; • Reforçar a existência de recursos pessoais adequados.
		Não-aceitação da integração das alterações no quotidiano;	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informação sobre as vantagens da integração das atividades no quotidiano; • Facilitar a participação nas atividades de gestão do regime terapêutico; • Envolver o cliente na tomada de decisão.
Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Autocuidado	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado Higiene;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado deambular;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a utilização de estratégias adaptativas para deambular; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Conhecimento sobre estratégias adaptativas para autocuidado alimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre manifestações da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os sintomas da doença; • Disponibilizar o manual de apoio ao

Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre a doença		cliente.
		Conhecimento sobre sinais e sintomas das exacerbações	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os sintomas das exacerbações; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre fatores que agravam os sintomas da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre fatores que agravam os sintomas: Poluentes interiores e exteriores; emoções; alterações temperatura; infeções respiratórias; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre estratégias para reduzir a exposição	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre estratégias para reduzir a exposição; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
	Conhecimento sobre técnica inalação	Conhecimento para expirar profundamente antes de proceder à inalação	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para expirar profundamente antes de inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente;
		Conhecimento sobre colocação do inalador na boca;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre como colocar o inalador na boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre inspiração lenta e profunda pela boca;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a inspirar lenta e profundamente pela boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre o momento de retirar o inalador da boca após a inspiração;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a retirar o inalador da boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a retenção da respiração após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para a retenção da respiração após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.

Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre técnica inalação	Conhecimento sobre expirar profundamente após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir para expirar profundamente após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre autocuidado higiene da boca após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a necessidade de lavar a boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
	Conhecimento sobre dispositivo de inaloterapia	Conhecimento sobre a posição de utilização do dispositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a posição de utilização do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a preparação da dose a inalar;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a preparar a dose a inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a descarga do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a descarga do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a verificação da dose administrada;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a verificar a dose administrada; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre a lavagem do dispositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a lavagem do dispositivo; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre armazenamento do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre o armazenamento do inalador; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre substituição do inalador;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre como substituir as recargas; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;

Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre autocontrolo da dispneia		<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da técnica de dissociação dos tempos respiratórios;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo;
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Conhecimento sobre técnicas músculo articulares ativas;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre exercícios músculo articular ativos; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre técnicas músculo articulares ativas resistidos;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre técnica exercitação músculo articular ativo resistido; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.

Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre autocontrolo da dispneia	Conhecimento sobre auto exercício com bastão;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre auto exercício com bastão; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Conhecimento sobre autoexercício com faixa;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre autoexercício com faixa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
	Conhecimento sobre regime medicamentoso: oxigenoterapia	Conhecimento sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia;	• Instruir sobre a utilização do dispositivo de oxigenoterapia.
		Conhecimento sobre os benefícios da utilização da oxigenoterapia;	• Instruir sobre benefícios da utilização da oxigenoterapia.
		Conhecimento sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia;	• Instruir sobre os procedimentos de segurança com a oxigenoterapia.
		Conhecimento sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso;	• Instruir sobre os serviços fornecedores de oxigénio e a forma de acesso.
	Conhecimento para executar técnica de tosse: controlada; “huffing”;	Conhecimento para executar técnica de tosse: controlada; “huffing”;	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir técnica de tosse: controlada; “huffing”; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia	Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir técnicas de conservação de energia para o autocuidado; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente
		Conhecimento sobre estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre gestão do estilo de vida: descanso/lazer/atividade sexual; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente.
	Conhecimento sobre a cessação tabágica	Conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a importância da cessação tabágica; • Referir ao médico; • Informar sobre os recursos técnicos disponíveis.
		Conhecimento sobre o nome do fármaco;	• Ensinar sobre o nome do fármaco.
		Conhecimento sobre a dose a administrar;	• Ensinar sobre a dose a administrar

Conhecimento para gerir o regime terapêutico	Conhecimento sobre o regime medicamentoso	Conhecimento sobre a via administração;	• Ensinar sobre a via administração
		Conhecimento sobre o horário de administração;	• Ensinar sobre o horário de administração
		Conhecimento sobre o efeito terapêutico;	• Ensinar sobre o efeito terapêutico
		Conhecimento sobre os principais efeitos secundários;	• Ensinar sobre os principais efeitos secundários
		Conhecimento sobre a obtenção do fármaco.	• Ensinar sobre obtenção do fármaco
	Conhecimento sobre a vacinação	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: promoção da vacinação influenza/ pneumococcus	• Ensinar sobre a vantagem da vacinação sazonal
Capacidades para gerir o regime terapêutico	Capacidade para a técnica inalação	Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente antes de proceder à inalação;	• Treinar para expirar profundamente antes de inalar; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para colocar o inalador na boca	• Treinar sobre como colocar o inalador na boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente.
		Aprendizagem de habilidades para inspirar lenta e profunda pela boca;	• Treinar a inspirar lenta e profundamente pela boca; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para retirar o inalador da boca após a inspiração;	• Treinar a retirar o inalador da boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para a retenção da respiração após a inalação;	• Treinar para a retenção da respiração após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para expirar profundamente	• Treinar para expirar profundamente após

Capacidades para gerir o regime terapêutico	Capacidade para a técnica inalação	após a inalação;	a inalação; <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
		Aprendizagem de habilidades para o autocuidado higiene da boca após a inalação;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a lavar a boca após a inalação; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Avaliar a técnica de inalação.
	Capacidade para o autocontrolo da dispneia	Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia com respiração abdómino-diafragmática;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas de autocontrolo da dispneia técnica de respiração abdómino-diafragmática; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia através técnica de dissociação dos tempos respiratórios;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia com técnica de dissociação dos tempos respiratórios; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia através da posição de pé;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de pé; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia através da posição sentado;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição sentado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades para o autocontrolo da dispneia através da posição de deitado;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas para o autocontrolo da dispneia na posição de deitado; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.

Capacidades para gerir o regime terapêutico	Capacidade para o autocontrolo da dispneia	Aprendizagem de habilidades sobre técnica músculo articular ativo;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnica músculo articular ativa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre técnica músculo articular ativo resistido;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnica exercício músculo articular ativa resistido; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre auto exercício com bastão;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar auto exercício com bastão; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
		Aprendizagem de habilidades sobre auto exercício com faixa;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar auto exercício com faixa; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
	Capacidade para as técnicas de exercícios respiratórios	Aprendizagem de habilidades para executar técnica de tosse: controlada; “ <i>huffing</i> ”;	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a técnica de tosse; • Disponibilizar o manual de apoio ao cliente; • Disponibilizar vídeo.
	Capacidade para as técnicas de conservação de energia	Aprendizagem de habilidades para implementar técnicas de conservação de energia	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar técnicas de conservação de energia; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente.

<p>Capacidades para gerir o regime terapêutico</p>	<p>Capacidade para a gestão e controlo do stresse</p>	<p>Aprendizagem de habilidades para gestão e auto controlo do stresse;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com o cliente os fatores stressantes; • Analisar como o cliente os fatores stressantes; • Treinar como planejar o quotidiano por antecipação; • Incentivar o autocuidado: atividades recreativas; • Incentivar a utilização de técnicas de relaxamento; • Incentivar a utilização da assertividade; • Treinar a técnica de respiração diafragmática; • Treinar a técnica de focalização da imagem; • Incentivar a utilização da musicoterapia; • Disponibilizar manual de apoio ao cliente.
---	--	--	--

Anexo 19: Intensidade e início da ação terapêutica

Índice

Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado	2
Desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de inalação	3
Desenvolvimento de capacidades sobre a técnica de inalação	4
Desenvolvimento de conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia	5
Desenvolvimento de conhecimento para o autocontrolo da dispneia.....	6
Desenvolvimento de capacidades para o autocontrolo da dispneia.....	7
Desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de tosse controlada.....	8
Desenvolvimento de aprendizagem de habilidades sobre a técnica de tosse controlada	9
Desenvolvimento de conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia	10
Desenvolvimento de conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores	11
Desenvolvimento de conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado.....	12
Desenvolvimento de capacidades sobre as técnicas de conservação de energia para o autocuidado.....	13
Desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da cessação tabágica	14

Dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado

Na tabela 1 apresentamos, a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio de diagnósticos de dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado

Tabela 1 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativa para o autocuidado por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos de Enfermagem resolvidos.

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	1,5(SD±0,7)	1	6,5(SD±0,7)	0
Sem resultado	2	1	7(SD±4,24)	1

Na tabela 2 apresentamos, análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio de diagnósticos de dar a conhecer as estratégias adaptativas para o autocuidado

Tabela 2 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativa para o autocuidado, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consultas)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	1	1	1,98(SD±0,49)	0
Sem resultado	0,289	1	1,73(SD±1,98)	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de inalação

Na tabela 3 apresentamos, a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio de diagnósticos do conhecimento sobre a técnica de inalação por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

Tabela 3 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre a técnica de inalação por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Resolvidos	4,6(SD±4,4)	1,25(SD±0,45)	4,33(SD±1,75)	1
Não resolvidos	9,28(SD±3,81)	1,19(SD±0,4)	12,5(SD±9,19)	1

Na tabela 4 apresentamos, análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio de diagnósticos do conhecimento sobre a técnica de inalação.

Tabela 4 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre a técnica de inalação por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Resolvidos	1,61(SD±0,83)	1	1,68(SD±0,94)	1
Não resolvidos	1,72(SD±0,6)	1	0,92(SD±0,26)	1

Desenvolvimento de capacidades sobre a técnica de inalação

Na tabela 5, apresentamos a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação.

Tabela 5- Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	3,33(SD±2,06)	1,42(SD±0,53)	5,33(SD±2,33)	1
Sem resultado	8,33(SD±5,64)	1,28(SD±0,45)	12,5(SD±9,19)	1

Na tabela 6 apresentamos a análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação.

Tabela 6 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para a técnica de inalação, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consulta)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	2,11(SD±2,25)	1	1,99(SD±0,95)	1
Sem resultado	2,18(SD±1,92)	1	0,93(SD±0,37)	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia

Na tabela 7 apresentamos, a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia.

Tabela 7- Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	3,42(SD±2,37)	1,33(SD±0,51)	3,22(SD±1,92)	1
Sem resultado	8,8(SD±4,54)	1,30(SD±0,48)	6	1

Na tabela n.º62 apresentamos a análise da média da intensidade da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia.

Tabela 8 - Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre o dispositivo de inaloterapia por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	1,53(SD±0,79)	0,93(SD±0,09)	1,82(SD±1,25)	1
Sem resultado	1,65(SD±0,85)	1	1	1

Desenvolvimento de conhecimento para o autocontrole da dispneia

Na tabela 9 apresentamos, a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento para o autocontrole da dispneia.

Tabela 9 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento para o autocontrole da dispneia, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	5,4(SD±2,7)	1,25(SD±0,5)	4,25(SD±3,19)	1
Sem resultado	5,87(SD±6,1)	1,82(SD±0,88)	7(SD±5,56)	1

Na tabela 10 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica por grupos de clientes.

Tabela 10 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento para o autocontrole da dispneia, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	0,76(SD±0,53)	1	0,80(SD±0,29)	1
Sem resultado	0,80(SD±0,56)	1(SD±0,03)	0,94(SD±0,09)	1

Desenvolvimento de capacidades para o autocontrole da dispneia

Na tabela 11 apresentamos a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia

Tabela 11 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	5,2(SD±2,38)	1,25(SD±0,5)	4,8(SD±2,2,48)	-
Sem resultado	8,2(SD±7,22)	1,94(SD±0,87)	7(SD±3,46)	1

Na tabela 12 apresentamos a análise da média da intensidade da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos da aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia.

Tabela 12 - Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades para o autocontrole da dispneia, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consultas)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	0,63(SD±0,58)	1	1,12(SD±1,44)	-
Sem resultado	1,04(SD±0,57)	1	0,93(SD±0,15)	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de tosse controlada

Na tabela 13 apresentamos, a análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre a técnica de tosse controlada

Tabela 13 - Análise do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre a técnica de tosse controlada, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	2	1	-	-
Sem resultado	2,5(SD±0,7)	2,11(SD±0,78)	1	-

Na tabela 14 podemos analisar a média da intensidade da ação terapêutica nos diferentes grupos de acompanhamento.

Tabela 14 - Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no desenvolvimento de conhecimento sobre a técnica de tosse controlada, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consultas)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	2	1	-	-
Sem resultado	0,95(SD±1)	1	0,71	1

Desenvolvimento de aprendizagem de habilidades sobre a técnica de tosse controlada

Na tabela 15 podemos observar, a média do início da ação terapêutica nos grupos do estudo.

Tabela 15 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio da aprendizagem de habilidades sobre a técnica de tosse controlada, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	2	1	-	-
Sem resultado	2	2,12(SD±0,64)	1	-

Na tabela 16 podemos observar, a média da intensidade da ação terapêutica nos grupos do estudo.

Tabela 16 – Análise da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no diagnóstico da aprendizagem de habilidades sobre a técnica de tosse controlada, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consulta)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	2	1	-	-
Sem resultado	0,21	1	0,83	-

Desenvolvimento de conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia

Na tabela 17 podemos observar a média do início da ação terapêutica nos grupos em estudo.

Tabela 17 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos resolvidos

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1,33(SD±0,57)	10	-
Sem resultado	3,5(SD±3,53)	2	14	1

Na tabela n.º 18 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica nos grupos em estudo.

Tabela 18 – Análise da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no diagnóstico do conhecimento sobre o regime medicamentoso: oxigenoterapia, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consultas)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1	1	-
Sem resultado	1	1	1	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores

Na tabela 19 podemos observar a média do momento de início da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 19 -- Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio de diagnósticos do conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores, por grupos de acompanhamento, com e sem diagnósticos de Enfermagem resolvidos.

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1,25(SD±0,5)	5	-
Sem resultado	8,66(SD±5,88)	1,80(SD±0,83)	6	1

Na tabela 20 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 20 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no diagnóstico do conhecimento sobre o regime medicamentoso: broncodilatores, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consultas)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1	2,08(SD±2,23)	-
Sem resultado	1,51(SD±0,76)	1	1,25	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado

Na tabela 21 podemos observar a média do momento de início da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 21 - Análise da média momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no grupo de diagnósticos do conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado, com e sem resultados de enfermagem

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1,66(SD±0,57)	-	-
Sem resultado	10	2,33(SD±0,70)	-	1

Na tabela 22 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 22 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no diagnóstico do conhecimento sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consulta)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1	-	-
Sem resultado	1,29	1	-	1

Desenvolvimento de capacidades sobre as técnicas de conservação de energia para o autocuidado

Na tabela 23 podemos observar a média do momento de início da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 23 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no grupo de diagnósticos da aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado, com e sem resultados de enfermagem

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1,66(SD±0,57)	7	-
Sem resultado	10	2,5(SD±0,54)	-	1

Na tabela 24 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica por grupos de acompanhamento.

Tabela 24 – Análise da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no diagnóstico da aprendizagem de habilidades sobre técnicas de conservação de energia para o autocuidado, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consulta)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	-	1	3	-
Sem resultado	0,86	1	-	1

Desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da cessação tabágica

Na tabela 25 podemos observar a média do momento de início da ação terapêutica dos Enfermeiros.

Tabela 25 - Análise da média do momento de início da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre a importância da cessação tabágica, com e sem resultados de Enfermagem

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	8	-	4,25(SD±2,62)	-
Sem resultado	-	1,33(SD±0,57)	8(SD±5,56)	1

Na tabela 26 podemos observar a média da intensidade da ação terapêutica dos Enfermeiros.

Tabela 26 – Análise da média da intensidade da ação terapêutica dos enfermeiros no domínio do conhecimento sobre a importância da cessação tabágica, por grupo de acompanhamento (unidade de medida expressa em n vezes/dia ou consulta)

	Internamento	Consulta	Internamento e consulta	
			Internamento	Consulta
Com resultado	3	-	2,45(SD±2,17)	-
Sem resultado	-	1	2,16(SD±0,67)	1

respirar 
um sopro de vida

O EFEITO
DA FALTA DE AR
NO DIA-A-DIA

José Miguel Padilha

O QUE A FALTA DE AR ME TEM FEITO MUDAR?

Ao iniciarmos a leitura deste manual, é útil reflectirmos um pouco, sobre o efeito da falta de ar no seu dia-a-dia.

Reflicta um pouco sobre as questões que se seguem!

- Já pensou, há quanto tempo começou a sentir a falta de ar?
- Lembra-se do que foi deixando de fazer por causa da falta de ar?

Com certeza que existem actividades que o(a) cansam mais!

- Quais as actividades em que sente mais dificuldades?
- Qual a actividade do dia-a-dia que mais prazer lhe dava e que teve de deixar de fazer por causa da falta de ar?

Agora que relembramos algumas das dificuldades por que tem passado, recorda-se que tudo começou por, ficar mais cansado quando andava mais depressa, subia escadas, carregava compras ou objectos pesados!

Depois começou a ter gradualmente mais dificuldades, mais falta de ar e surgiram dificuldades noutras actividades como: andar, tomar banho, comer...!

Talvez até tenha surgido alguma infecção pulmonar, com muita expectoração, febre e teve de recorrer ao médico!

O seu Médico receitou-lhe alguns medicamentos, entre eles, alguns inaladores (vulgarmente chamados de bombinhas).

O QUE TEM FEITO PARA REDUZIR A EVOLUÇÃO DA FALTA DE AR?

- Usou sempre os inaladores como o médico o(a) aconselhou?
- Sentiu dificuldades em utilizar o inalador?
- E agora, ainda sente dificuldades na utilização do inalador?
- Acha que o inalador é realmente importante?
- Se fuma, já lhe disseram para **deixar de o fazer!** já conseguiu fazê-lo?
- Tem feito alguns exercícios para manter a sua capacidade respiratória?
- Sabe o que deve evitar para prevenir o agravamento da doença?

Agora que já reflectimos, sobre como se foi tornando cada vez mais difícil o dia-a-dia, e sobre as medidas que foi introduzindo no seu dia-a-dia para controlar os efeitos da falta de ar, é o momento de lhe dizer que os Profissionais de Saúde e os Enfermeiros em particular, podem ajudá-lo a viver melhor com a falta de ar.

Chegou o momento de Você decidir!

É fundamental que faça algumas pequenas mudanças no seu dia-a-dia, para que possa viver melhor com a falta de ar e evitar o seu agravamento.

TENHO AJUDA DISPONÍVEL, PARA ENFRENTAR ESTA MUDANÇA?

Sim, no internamento os **Enfermeiros** podem ajudá-lo a aprender algumas estratégias para viver melhor com a falta de ar. Depois terá uma consulta de Enfermagem onde ao longo do tempo podemos continuar a ajudá-lo, e à qual, poderá recorrer sempre que for necessário, bastando para isso entrar em contacto telefónico com o Enfermeiro que o acompanhará na consulta.

O QUE PRECISO APRENDER A FAZER PARA CONTROLAR A FALTA DE AR?

Os enfermeiros têm à sua disposição um conjunto de intervenções que o podem ajudar a aprender a viver melhor com a falta de ar.

Para aprender a viver melhor com a falta de ar, precisa de:

- Conhecer a sua doença, o que é e como se agrava;
- Aprender a utilizar os inaladores adequadamente;
- Tomar a medicação de acordo com o estabelecido com o seu médico;
- Aprender a evitar as situações que agravam a doença;
- Aprender a identificar rapidamente sinais de agravamento;
- Aprender a fazer exercícios respiratórios e fazê-los de acordo com o estabelecido com o seu Enfermeiro;
- Aprender a conservar a energia para conseguir fazer algumas das actividades do dia-a-dia, com menos falta de ar;
- Aprender a comer adequadamente;
- Aprender a gerir o medo que sente nos momentos de maior falta de ar.



Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A.

Sede Social: Rua do Centro Empresarial, Edifício 8, Quinta da Beloura, 2710-444 Sintra

Pessoa Colectiva 500 063 524 C.R.C. Sintra • Sociedade Anónima Capital Social: € 2.400.000

www.novartis.pt

respirar 
um sopro de vida

UMA VISÃO GERAL
SOBRE A CAUSA
DA SUA FALTA DE AR,
A DPOC

*Enfermeiros José Miguel Padilha; Isabel Santos;
Mário Domingues; Samuel Salcedo.*

Médica Elga Freire

Com o apoio da

 **NOVARTIS**

UMA VISÃO GERAL SOBRE A CAUSA DA SUA FALTA DE AR, A DPOC

A sigla DPOC significa Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Esta doença afecta os seus pulmões, dificultando a saída do ar, o que lhe provoca a falta de ar no dia-a-dia. Esta doença vai prolongar-se durante um longo período, não sendo possível a sua cura, contudo é **possível evitar o seu agravamento**. Para evitar o agravamento da doença, é fundamental a sua colaboração, quer através da toma da medicação que o seu médico indicar, quer através de algumas mudanças que tem de fazer no seu dia-a-dia.

Neste capítulo, vai encontrar informação que o vai ajudar a compreender melhor a DPOC.

DINÂMICA BÁSICA DA RESPIRAÇÃO

Respirar significa mover o ar para dentro e para fora dos pulmões, permitindo trocas gasosas, entre o oxigénio que entra nos pulmões e o dióxido de carbono que libertamos dos pulmões.

O oxigénio que é introduzido nos pulmões através da respiração é fundamental para o funcionamento do nosso organismo.

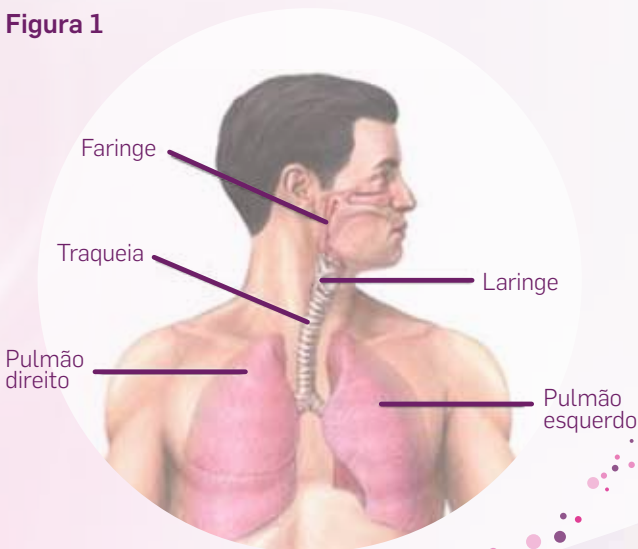
Alterações à circulação de ar para dentro e para fora dos pulmões podem provocar desequilíbrios nas trocas oxigénio/dióxido de carbono, estas podem originar alterações no funcionamento do organismo, manifestando-se através da falta de ar, do cansaço, sonolência e/ou confusão, podendo até originar a morte.

A respiração inicia-se com um movimento do nosso tórax coordenado pelo cérebro em função das nossas necessidades em cada momento. A coordenação da respiração pode também ser controlada pela nossa vontade ou por circunstâncias como o medo que sentimos.

O ar deve entrar preferencialmente pelo nariz (passar pelas fossas nasais), porque assim é possível aquecê-lo, remover algumas impurezas e humidificá-lo, de forma a ser disponibilizado nas melhores condições aos pulmões.

Do nariz o ar passa através da faringe, segue pela laringe (veja Figura 1, abaixo), até à traqueia.

Figura 1



A traqueia é um grande condutor de ar que permite a passagem do ar para os pulmões direito e esquerdo. A traqueia após a entrada em cada pulmão vai-se dividindo em brônquios e estes subdividindo-se em condutores de ar mais pequenos que se chamam bronquíolos (veja Figura 2, abaixo), até chegarem ao local (alvéolos) onde se realizam as trocas de oxigénio por dióxido de carbono (veja figura 3, abaixo).

Figura 2

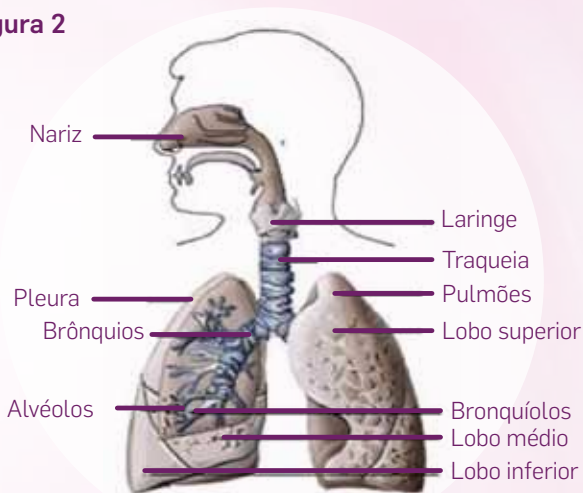
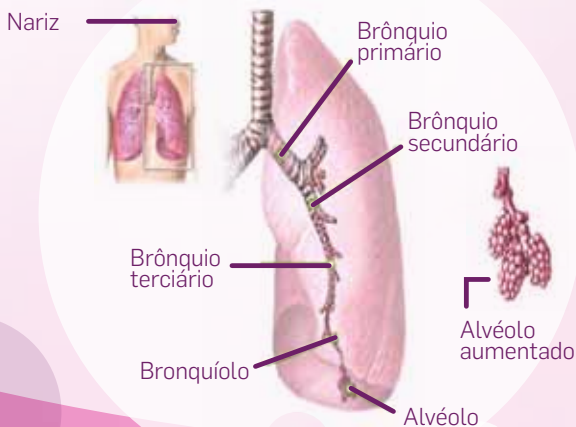


Figura 3



QUAIS OS PRINCIPAIS TIPOS DE DPOC?

A DPOC é uma doença que inclui 2 tipos de afecções: Bronquite Crónica e Enfisema, que podem existir juntas ou não.

QUAL O MEU TIPO DE DPOC?

O seu médico indicar-lhe-á qual o seu tipo: (caso ainda não tenha essa informação, coloque-lhe esta questão).

Agora vamos ajudá-lo a perceber melhor em que consiste cada uma destas doenças.

O que é a Bronquite Crónica?

A Bronquite crónica é o resultado da agressão constante provocada pelo fumo do tabaco.

Esta agressão, provoca irritação e inflamação dos seus brônquios. A inflamação reduz o espaço para a passagem do ar e aumenta a produção de secreções. As secreções podem acumular-se ou ficar mais espessas, contribuindo para o aumento da obstrução à passagem do ar.

Com a inflamação dos brônquios, reduz-se o espaço para a passagem do ar e como consequência, surge a falta de ar e o cansaço que vão progredindo com o aumento da obstrução dos brônquios e/ou com o aumento do número de

brônquios envolvidos.

Principais *sintomas* da bronquite crônica:

- Tosse e expectoração praticamente diárias;
- Pieira ("chiadeira");
- Falta de ar, inicialmente com os esforços maiores e posteriormente com esforços cada vez mais reduzidos no dia-a-dia.

O que é o Enfisema?

O Enfisema é o resultado da destruição dos alvéolos (locais onde ocorrem as trocas de oxigênio por dióxido de carbono, veja Figura 4, abaixo).

Figura 2



A destruição dos alvéolos resulta na perda de elasticidade do pulmão. Esta perda de elasticidade reduz a capacidade dos pulmões para libertarem o ar. Assim o ar fica retido, originando falta de ar que vai progredindo com o aumento da destruição dos alvéolos.

O principal agente de destruição dos alvéolos **é o fumo do cigarro**, embora existam casos de doença genética.

Com a destruição dos alvéolos reduz-se o espaço para as trocas gasosas de oxigénio e dióxido de carbono, esta redução implicará falta de ar, aumentando com a extensão dos alvéolos destruídos.

Principais sintomas do enfisema:

- Falta de ar durante o esforço e posteriormente com esforços cada vez mais reduzidos no dia-a-dia;
- Sensação de incapacidade de libertar o ar dos pulmões.

Qual a evolução da DPOC?

A DPOC é uma doença que **não vai desaparecer**, e os seus sintomas evoluem ao longo dos anos. A doença é a consequência da agressão provocada aos pulmões por agentes que andam no ar que respiramos. Destes agentes destacamos o **fumo do cigarro** como um dos principais motivos para a sua doença, contudo a poluição do ar também poderá ser uma das causas. Assim sendo, **é fundamental que deixe de fumar e evite ambientes poluídos!**

Lembre-se nunca é tarde de mais para deixar de fumar!

Quais os factores responsáveis pela DPOC?

O fumo do cigarro é o principal agente identificado como agressor dos pulmões provocando a DPOC.

Deixar de fumar é a principal medida que deve adoptar para controlar a sua doença.

O seu Médico e Enfermeiro podem ajudá-lo a deixar de fumar, ***mas primeiro tem de se decidir*** a deixar de fumar!

Existem outros factores que podem contribuir para o agravamento da DPOC, como a poluição do interior das habitações, a poluição atmosférica exterior, exposição a alterações súbitas de temperatura, as suas emoções (medo/raiva), e as infecções respiratórias.

O que posso fazer para não me expor aos factores que contribuem para o agravamento da DPOC?

Evite os poluentes interiores

- Evite o fumo do tabaco, não partilhe ambientes com outros fumadores;
- Evite os odores dos produtos de limpeza doméstica, os odores das tintas e vernizes, perfumes intensos e caso necessite de os utilizar faça-o em ambientes arejados;
- Evite a acumulação de poeiras em casa, guarde tapetes que retêm o pó, utilize panos húmidos na limpeza, utilize aspirador em vez de vassoura;
- Se utiliza aparelhos de ar condicionado, faça a sua manutenção de acordo com a indicação do fabricante.

Evite os poluentes exteriores

- Evite o fumo dos automóveis, evitando permanecer em ambientes fechados com automóveis em funcionamento, como túneis ou parques de estacionamento fechados;
- Evite passear em locais com elevada poluição atmosférica, como por exemplo fumo de fábricas, fumo de incêndios. Consulte a informação meteorológica no jornal, televisão ou internet, e se as condições não forem boas evite andar ao ar livre;
- Evite passear ao ar livre em dias de nevoeiro.

Evite as alterações súbitas de temperatura

- **Quando está frio:** agasalhe-se adequadamente, utilize um lenço ou um cachecol para proteger o nariz e a boca, caso esteja um frio extremo, evite andar ao ar livre.
- **Quando está calor:** Utilize roupas leves adequadas à estação, prefira os locais com ar condicionado (lembre-se sempre que as grandes superfícies comerciais têm ar condicionado), evite a exposição ao sol e os passeios nas horas de maior calor. Caso não exista nenhuma indicação médica em contrário, beba muita água, mesmo antes de ter sede.

Controle as suas emoções (o medo e a raiva que sente)

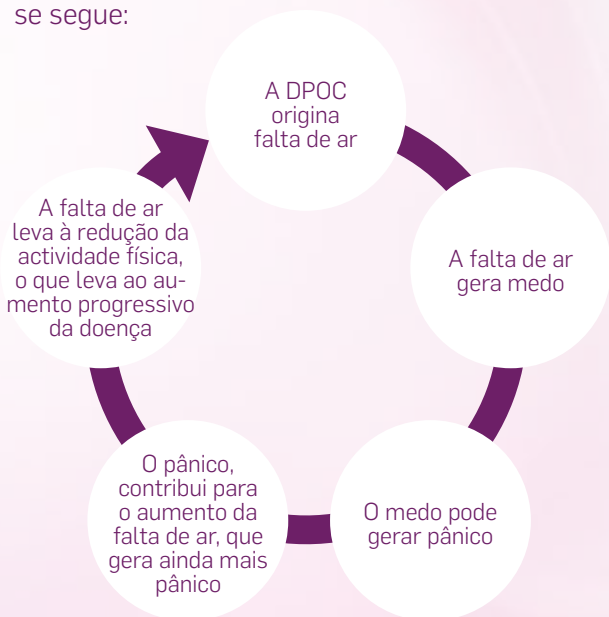
Viver o dia-a-dia com a sua doença é desgastante, o medo que por vezes sente, coloca-lhe dificuldades que os outros por vezes não compreendem!

Partilhe com as pessoas mais próximas as suas dificuldades, partilhe com eles as soluções, concerteza que eles o querem ajudar, só não sabem como o fazer! **Ajude-os a ajudá-lo!**

O medo que sente quando tem falta de ar, ou quando, sente o seu agravamento, é um factor que desencadeia ainda mais falta de ar.

Assim é fundamental que aprenda a controlar o medo, de forma a conseguir controlar a sua falta de ar.

O controlo do medo e da falta de ar, pode ser aprendido e melhorado, para isso necessita de aprender algumas técnicas respiratórias, para que as possa aplicar nos momentos de agravamento da falta de ar. Deve ter presente que a falta de ar, cria medo, e este agrava ainda mais a falta de ar, porque você deixa de respirar adequadamente. Observe o esquema que se segue:



Existem algumas técnicas de relaxamento e de controlo da respiração que os Enfermeiros o podem ajudar a aprender.

Evite as infecções respiratórias

Evite estar em contacto com pessoas com infecções respiratórias, com gripe, ou com febre. Caso não possa evitar, tome as medidas higiénicas adequadas, como lavar bem as mãos após o contacto.

Solicite ao seu médico a prescrição da vacina da gripe anualmente e aconselhe-se com ele sobre outras vacinas como a pneumocócica.

Quais os sintomas de agravamento da DPOC?

Os sintomas de agravamento da DPOC para os quais deve estar especialmente alerta são:

- Alteração na cor da sua expectoração caso, esta fique amarelada, esverdeada ou até escura;
- Alteração na consistência da expectoração, quando a expectoração fica mais espessa;
- Alteração na quantidade de expectoração, quando aumenta a quantidade de expectoração ao longo do dia;
- Agravamento da falta de ar, com aumento da dificuldade para a realização das actividades do dia-a-dia;
- Febre.

Caso algum destes sintomas ocorra poderá estar a ter um agravamento da sua doença. Recorra ao seu médico, ou siga as instruções que este lhe forneceu para estas situações.

Caso lhe surjam dúvidas, utilize os contactos que lhe foram fornecidos e contacte o seu Enfermeiro/Médico, no hospital ou na consulta.



Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A.

Sede Social: Rua do Centro Empresarial, Edifício 8, Quinta da Beloura, 2710-444 Sintra

Pessoa Colectiva 500 063 524 C.R.C. Sintra • Sociedade Anónima Capital Social: € 2.400.000

www.novartis.pt

respirar 
um sopro de vida

APRENDA ALGUNS
EXERCÍCIOS
QUE PODEM MELHORAR
A SUA RESPIRAÇÃO

*Enfermeiros José Miguel Padilha;
Fernando Marques; Júlia Alves; Maria Barbosa;
Pedro Afonso; Rui Pedro Silva*

Com o apoio da

 **NOVARTIS**

COMO É QUE O EXERCÍCIO PODE MELHORAR A FALTA DE AR QUE SINTO?

A DPOC provoca-lhe falta de ar progressiva, contudo poderá realizar alguns exercícios diários que o(a) ajudarão a controlar e estabilizar a DPOC e a falta de ar.

Sabia que fazer exercícios respiratórios, mesmo que muito básicos, permite aos músculos que nos ajudam a respirar, tornarem-se mais fortes e assim facilitarem a entrada e saída de ar dos pulmões, o que permite reduzir a falta de ar!

Provavelmente está a pensar que estes exercícios o vão deixar cansado, que são complicados, ou que precisa de equipamento ou deslocações a um ginásio, e que isso lhe é muito difícil. **Isso não é verdade! Pode fazer os exercícios em casa e sem ter de gastar dinheiro!**

Os Enfermeiros podem ajudá-lo a aprender alguns exercícios muito simples e que lhe trazem muitos benefícios, tais como:

- Redução da falta de ar, conseguida ao longo do tempo em que faz os exercícios;
- Melhor capacidade para executar tarefas do dia-a-dia;
- Melhor capacidade para se livrar da expectoração;
- Redução das infecções respiratórias;
- Uma melhor qualidade de vida!

Onde posso fazer estes exercícios?

Estes exercícios podem ser feitos em casa, sentado numa cadeira ou deitado na sua cama.

Quantas vezes devo fazer os exercícios?

Estes exercícios para lhe trazerem benefícios, como a redução da falta de ar, precisam de ser feitos, pelo menos, uma vez por dia.

Contudo ao longo do seu internamento ou na consulta os Enfermeiros vão ajudá-lo a aprender como realizar os exercícios e vão aconselhá-lo sobre quantas vezes o fazer.

De seguida propomos-lhe quatro exercícios que ajudam a: fortalecer os músculos da respiração (facilitando a entrada e a saída de ar dos pulmões); a libertar a expectoração e algumas posições que ajudam a reduzir a falta de ar.

EXERCÍCIOS QUE AJUDAM A FORTALECER OS MÚSCULOS DA RESPIRAÇÃO

Exercício n.º1

- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;



APRENDA ALGUNS EXERCÍCIOS
QUE PODEM MELHORAR A SUA RESPIRAÇÃO

- Coloque a mão direita na barriga e a mão esquerda no peito;
- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), dirigindo o ar para a barriga para que sinta a mão a subir;
- Ao mesmo tempo, evite que a mão que está no peito suba, para que todo o ar seja dirigido para a barriga;



- Após inspirar profundamente, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);



Exercício n.º 2

(para quando souber fazer bem o exercício n.º 1)

- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;



- Coloque um peso leve na barriga (por exemplo, um saco de arroz) e as mãos no peito;



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), dirigindo o ar para a barriga para que o peso suba;
- Ao mesmo tempo, evite que as mãos que estão no peito subam, para que todo o ar seja dirigido para a barriga;



- Após inspirar profundamente, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);

Exercício n.º 3

(para este exercício precisa de um bastão, que pode ser qualquer pau ou plástico fino e comprido que tiver – por exemplo, um cabo de vassoura)

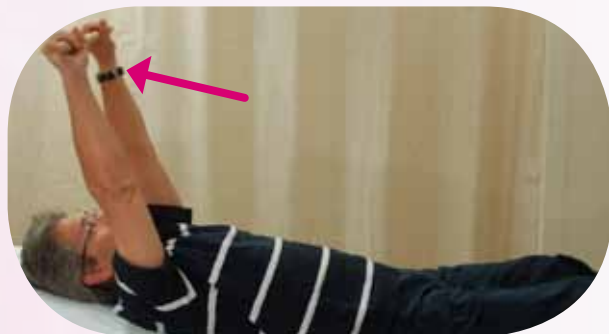
- Deite-se numa posição confortável, de barriga para cima, e se possível com as costas um pouco levantadas (pode utilizar almofadas para o fazer);
- Coloque uma almofada por detrás dos joelhos, para que as pernas fiquem um pouco dobradas;
- Segure o bastão com os braços abertos à largura dos ombros.



- Coloque o bastão nas suas pernas, esticando completamente os braços.



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor), ao mesmo tempo que levanta o bastão até à altura da cabeça, mantendo os braços sempre esticados e acompanhando a inspiração;



- De seguida, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas sem as apagar), enquanto desce o bastão até à posição inicial.



Exercício n.º 4

(para este exercício precisa de uma faixa de pano, que pode ser uma toalha de banho ou um lençol dobrado)

- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;
- Passe a faixa por detrás das costas e segure-a com as duas mãos, (a mão direita segura a parte esquerda da faixa e a mão esquerda segura a parte direita da faixa);



- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor); enquanto inspira, deixe a faixa solta para não apertar o peito.
- De seguida, expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar), enquanto puxa a faixa para que aperte o peito enquanto o ar sai.

Exercício que ajuda a libertar a expectoração (escarro)

Sabe que existe uma técnica que o pode ajudar a livrar-se daquela expectoração que está por vezes lá no fundo e que tanto o incomoda?

Experimente aprender este exercício, vai ver que lhe vai ser útil!



- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;
- Respire fundo 3 vezes seguidas;
- Coloque as palmas das mãos na parte lateral do peito, no fundo das costelas (a mão direita no lado direito e a mão esquerda no lado esquerdo), os dedos devem estar em contacto com o peito;
- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor);



- Tussa uma só vez rápido, e com força:
- Incline o peito para a frente;
- Faça força nos músculos da barriga;
- Sem tirar as mãos do sítio, aperte o peito.

ATENÇÃO: quando tossir, o ar deve sair do fundo dos pulmões e não só da garganta!

Posições que pode adoptar para ter menos falta de ar

Sabia que o simples facto de se sentar de uma determinada forma, pode ajudá-lo a ter menos falta de ar?

Experimente sentar-se da seguinte forma:



- Sente-se num banco sem costas, com os pés bem apoiados no chão;



- Incline o peito para a frente, fazendo uma ligeira curvatura nas costas;

- Pouse os cotovelos nos joelhos;

- Inspire (encha o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor);

- Expire (deite o ar fora) devagar, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar).

- Para ser mais fácil, pode fazer esta posição (sentado) em frente a uma mesa ou cama e utilizar almofadas para se encostar.





Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A.

Sede Social: Rua do Centro Empresarial, Edifício 8, Quinta da Beloura, 2710-444 Sintra

Pessoa Colectiva 500 063 524 C.R.C. Sintra • Sociedade Anónima Capital Social: € 2.400.000

www.novartis.pt



respirar
um sopro de vida

APRENDA A ALIMENTAR-SE COM DPOC

*Enfermeiros José Miguel Padilha;
Filipa Lima; Joana Mirra; Sandra Madureira.*

APRENDA A ALIMENTAR-SE COM DPOC

Alguns conselhos sobre a sua alimentação

A DPOC faz com que o seu corpo precise de mais energia, pelo que, a sua **alimentação deve ser saudável e equilibrada**.

Deixamos aqui alguns conselhos para que a sua alimentação o ajude a viver melhor, sem lhe provocar danos nos pulmões, reduzindo a progressão da doença.

Porque devo ter uma alimentação saudável e equilibrada?

O nosso corpo precisa de uma grande quantidade de energia no simples acto de respirar. A energia vem da alimentação.

Uma pessoa com DPOC cujo corpo tem de “trabalhar mais” para conseguir respirar, se não tiver uma boa alimentação cansa-se mais rapidamente, não lhe restando energia para as restantes tarefas.

Assim, caso tenha uma alimentação adequada, pode ter mais energia, o que resulta numa melhor respiração e conseqüentemente numa maior capacidade para as actividades que diariamente tem de fazer, para além de manter um peso saudável.

Comer bem, significa ter uma alimentação saudável. Nenhum alimento ou grupo de alimentos contém todos os nutrientes necessários, logo deve utilizar alimentos variados.

Orientações para uma alimentação saudável:

- Utilize alimentos variados;
- Dê especial atenção ao pão (de preferência integral), cereais e seus derivados, legumes e frutas;
- Utilize laticínios com baixo teor de gordura (leite magro), carnes magras e alimentos preparados com pouca ou nenhuma gordura;
- Tente alcançar um peso corporal adequado, através de actividade física regular e uma alimentação saudável;
- Limite o sal, o álcool e a cafeína.

O que deve evitar comer:

- Alimentos com muito sal, gordura ou açúcar;
- Caldos tipo "Knorr";
- Bebidas açucaradas, com gás, alcoólicas ou com cafeína;
- Carnes fumadas (podem provocar danos nos pulmões);

Caso sinta falta de ar durante as refeições:

- Coma várias vezes, em pequenas quantidades durante todo o dia, em vez de três grandes refeições;
- Descanse antes de comer;
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos;
- Respire, entre os períodos em que mastiga;
- Reduza ou evite os alimentos duros e difíceis de mastigar.

Caso tenha falta de apetite:

- Escolha os alimentos que têm mais calorias numa pequena quantidade;

Não beba líquidos durante a refeição. Beba 1 hora antes da refeição, e 1 hora depois.

Orientações gerais para a sua alimentação:

- Coma 5 a 6 refeições por dia, em pequenas quantidades para facilitar a digestão;
- Faça um esforço para comer, mesmo quando não tem vontade e está cansado;
- Organize o seu frigorífico para que os alimentos mais usados estejam mais acessíveis;
- Se for você a cozinhar faça coisas simples e rápidas para evitar ficar cansado;
- Antes da refeição coma um prato de sopa de legumes, feijão ou hortaliças;
- Tente reduzir o sal que coloca na comida, pois este ajuda a reter líquidos, o que pode ajudar ao aumento da sua falta de ar;
- Cozinhe bem os alimentos e parta-os em pequenos pedaços para não ficar muito cansado ao mastigá-los. Em alternativa pode esmagá-los ou passa-los com a varinha mágica;
- Após as refeições, descanse um pouco e de seguida faça uma pequena caminhada;
- Coma legumes e frutas todos os dias;
- Beba mais água para se manter hidratado e conseguir tossir melhor (desde que não tenha problemas do coração ou dos rins). Neste caso o médico vai dizer-lhe que quantidade beber;

- Pode substituir a água por chá sem açúcar;
- Coma peixe e carne mas em quantidades moderadas e alternando-os;
- Deve consumir peixes gordos (ex: sardinha, cavala, atum e salmão), pelo menos, 2 vezes por semana, pois são ricos numa gordura protectora (Ómega 3);
- Se comer carne, prefira carnes brancas (frango, peru ou coelho);
- Leite magro é uma boa opção;
- Prefira temperar os alimentos com ervas aromáticas, especiarias e sumo de limão;
- Procure comer mais fibras (vegetais, legumes e farelos) para que o intestino funcione melhor.

Lembre-se:

A má alimentação leva a uma redução da qualidade de vida, a uma maior dificuldade em respirar, a maiores dificuldades em realizar as suas actividades do dia-a-dia e facilita o aparecimento de infecções respiratórias!



respirar
um sopro de vida

APRENDA A GERIR
A SUA **ENERGIA**
NO DIA-A-DIA

*Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz
Ana Padilha (Mestre/Licenciada em Saúde Ambiental)*

Com o apoio da
 NOVARTIS

APRENDA A GERIR A SUA ENERGIA NO DIA-A-DIA

A DPOC provoca-lhe falta de ar, ao realizar algumas actividades do dia-a-dia.

Deixamos aqui alguns conselhos para que aprenda a gerir melhor as actividades do dia-a-dia de forma a reduzir a sua falta de ar.

Como poupar a sua energia

Alguns passos para poupar a sua energia e reduzir a falta de ar, no dia-a-dia:

- **Controle a respiração durante as actividades do dia-a-dia**, ajuda a reduzir a falta de ar e o cansaço - inspire (encham o peito de ar) fundo e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor) e expire (deite fora o ar) durante a parte difícil da actividade, se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);
- **Elimine as actividades desnecessárias** (Pode por exemplo, usar um roupão turco após o banho de modo a evitar o gasto de energia na secagem e consequente falta de ar; deixe os utensílios de cozinha secar ao ar depois de os lavar, de modo a não gastar energia a secá-los);
- Ao realizar actividades do dia-a-dia sentado, poupa 25% da energia.
- **Peça ajuda** sempre que necessário, uma vez que algumas tarefas podem ser difíceis de realizar sozinho;

- **Organize as suas actividades:** faça um plano diário e semanal, deixe as actividades mais cansativas para o dia da semana ou hora que tem mais energia. Alterne tarefas difíceis com fáceis, e planeie períodos de descanso;
- **Organize o espaço:** ponha os objectos mais usados em gavetas ou prateleiras que estão a um nível entre a cintura e os ombros. Evite ter de se dobrar ou se esticar para lhes chegar. Evite também as deslocações desnecessárias;
- **Mantenha o ritmo:** um exercício lento e realizado sempre ao mesmo ritmo consome menos energia. Deve executar uma actividade de cada vez, e fazer movimentos lentos e suaves. A pressa só aumenta o desconforto e a falta de ar!
- **Alterne períodos de trabalho e descanso.** Planeie as actividades por etapas, para poder parar e descansar quando necessário;
- **Mantenha uma boa postura corporal:** uma das maneiras mais fáceis de poupar energia é a boa utilização do corpo. Quando este está devidamente alinhado, é preciso menos esforço para manter uma boa postura;
- **Evite dobrar-se, levantar-se, empurrar ou puxar objectos,** mas caso precise tenha sempre as costas direitas, use as duas mãos e ponha os objectos o mais perto possível do corpo;
- **No emprego,** escolha a altura da cadeira e/ou mesa de trabalho de modo a manter uma boa postura do corpo;

- **Relaxe:** o relaxamento pode ajudar a restaurar a energia – sente-se numa cadeira confortável com as costas apoiadas, os ombros relaxados, os braços apoiados no colo e os pés no chão; concentre-se em relaxar os músculos e respire de forma suave;
- **Utilize o equipamento certo:** use a ferramenta certa para o trabalho certo (por exemplo, use um cabo longo para evitar dobrar-se desnecessariamente, use carrinhos de transporte para facilitar deslocações de material);
- **Inspire (puxe o ar para dentro) nas partes “fáceis” da actividade e expire (deite o ar fora) na parte mais “difícil” da actividade.**

Como executar as tarefas do dia-a-dia com menos falta de ar

Algumas sugestões para realizar actividades do dia-a-dia de forma menos cansativa e com menos falta de ar:

Cuidados de higiene pessoal

- Sente-se numa cadeira ou num banco, quando lava a cara, corta a barba, ou aplica maquilhagem (pode ser mais fácil se apoiar os cotovelos sobre o lavatório ou móvel de apoio);
- Tenha as coisas que usa frequentemente “mais à mão” (toalhas, estojo de barbear, etc...)
- Utilize um banco de banho e um chuveiro de mão para tomar o duche. Peça ajuda para aquilo que não conseguir;
- As barras de apoio que se prendem nas paredes ou na banheira são úteis para se agarrar. Use tapetes e bancos de chuveiro antiderrapantes;

- Aumente a sua independência usando uma escova de banho de cabo longo para lavar as costas e os pés;
- Minimize a falta de ar, vestindo um roupão felpudo ou uma toalha grande para secar o corpo após o banho;
- Evite o uso de desodorizantes em sprays e cremes de barbear sob pressão (aerossóis), uma vez que podem irritar os seus pulmões.
- Controle a respiração durante o banho;
- Mantenha a temperatura da água morna (evite a água muito quente, para evitar a falta de ar).

Cuidados na limpeza e arrumação da casa

Ao lavar a roupa e ao passar a ferro

- Transporte a roupa utilizando um carro de transporte ou cesto de roupa;
- Se a lavandaria for no piso de baixo, lance a roupa pelas escadas em vez de as carregar;
- Se possível, coloque a máquina de lavar e secar num nível elevado para evitar dobrar-se;
- Prefira os detergentes e amaciadores de roupa líquidos, evitando os detergentes em pó que libertam poeiras prejudiciais aos pulmões;
- Use o programa apropriado na máquina de lavar a roupa, de modo a evitar passar a ferro;
- Evite acumular muita roupa, para não se tornar muito cansativo quando for tratar dela;
- Mantenha uma cadeira na lavandaria;

- Dobre a roupa sentado, de preferência directamente a partir da máquina de lavar/secar ou estendal;
- Ordene as roupas sobre uma mesa (nunca no chão);
- Se pendurar a roupa para secar, use um carro utilitário com rodas para transportar a roupa, entre a máquina de lavar e o estendal;
- Ponha o estendal da roupa a uma altura ideal (ao nível da cinta) para evitar dobrar-se muitas vezes;
- Para passar a ferro, sente-se e ajuste a altura da tábua para um nível confortável. Mantenha um suporte ao lado da tábua para pendurar roupas já passadas;
- Não passe a ferro o desnecessário (por exemplo: lençóis, toalhas e roupas íntimas).

Aspirar a casa

- Se possível, utilize um aspirador com reservatório de água, que retém as poeiras aspiradas na água;
- Se o seu aspirador for de saco, evite esvaziá-lo quando estiver cheio, substitua-o por um novo, utilizando uma máscara para pó;
- Se tiver de esvaziar o saco, utilize uma máscara para pó ou solicite a ajuda de alguém para o fazer por si;
- Respire fundo antes de ligar o aspirador: inspire fundo (enchá o peito de ar) e devagar, se possível pelo nariz (como se estivesse a cheirar uma flor) e expire (deite fora o ar), se possível pela boca e com os lábios um pouco fechados (como se estivesse a soprar velas, sem as apagar);

- Inspire (puxe o ar para dentro) enquanto empurra o aspirador e expire (deite o ar fora) ao puxar o tubo do aspirador;
- Faça movimentos lentos e rítmicos, mantendo a boa postura;
- Faça pausas frequentes.

Limpar o pó

- Limpar o pó pode aumentar a dificuldade respiratória, já que o pó pode irritar os pulmões;
- Ao limpar o pó utilize máscara adequada ou solicite a ajuda de alguém para o fazer por si;
- Evite a utilização de produtos químicos de limpeza, especialmente em spray, utilize apenas panos húmidos;
- Não utilize cera em spray, também pode ser irritante, use um creme ou pasta de cera para o polimento de móveis;
- Para superfícies altas e com muito pó, utilize um utensílio de cabo longo, que agarre o pó;
- Para superfícies baixas, sente-se e use um pano húmido, toalhita de limpeza ou um utensílio de limpeza que agarre o pó;
- Evite o amontoado de objectos em cima dos móveis, para demorar menos tempo a limpar;
- Evite ter em casa objectos que acumulam muito pó e são de difícil limpeza (por exemplo: plantas artificiais, almofadas, peluches, tapetes de pêlo alto, candeeiros com vidrilhos).

Varrer o chão

- Evite fazer limpezas com métodos que dispersem as poeiras no ar (por exemplo: varrer a seco ou usar espanador);
- Sempre que possível, prefira o aspirador ou a esfregona húmida, em vez da vassoura;
- Ao utilizar uma vassoura ou esfregona, ajuste a altura do cabo evitando dobrar a cintura;
- Prefira o revestimento dos pavimentos que necessitem de pouca manutenção.

Esfregar o chão

- Use uma esfregona de cabo longo. Inspire (puxe o ar para dentro) enquanto empurra a esfregona, expire (deite o ar fora) ao puxá-la;
- Ajoelhar-se e esfregar é difícil mas, se for inevitável, deve respirar controladamente. Na posição ajoelhada, inspire (puxe o ar para dentro) pelo nariz, depois curve-se e esfregue o chão expirando (deite o ar fora) repetindo estes passos as vezes necessárias. De vez em quando levante o tronco e respire fundo. Escolha a melhor parte do dia para uma tarefa pesada como esta, quando ainda tem um nível de energia alto;
- Evite a utilização de produtos químicos de limpeza, especialmente os mais irritantes para os pulmões; Não utilize produtos que contenham nos rótulos estes símbolos:



Corrosivo



Tóxico



Irritante

- Não faça misturas de produtos químicos (por exemplo: lixívia e detergente amoniacal), porque originam vapores tóxicos muito irritantes para os seus pulmões;
- Quando faz as limpezas domésticas, mantenha as janelas abertas para ventilar (arejar) o espaço, tendo em atenção as variações de temperatura!

Limpar derramamentos e pegar em objectos

- Use uma esfregona ao limpar pequenos derramamentos para evitar dobrar o corpo;
- Use rolo de papel para evitar sujar panos, que depois tem de lavar;
- Use pinças de cabo longo “pick-up” para levantar objectos do chão.

Limpar a banheira

- Sente-se ou ajoelhe-se para limpar a banheira em vez de se dobrar.
- Use esponjas de cabo longo. Evite os sprays de limpeza (aerossóis) e produtos químicos de limpeza;
- Controle a respiração – inspire fundo, de seguida comece a expirar conforme vai limpando. Faça períodos de descanso frequentes, para impedir a falta de ar, tonturas e transpiração.

Fazer a cama

- A divisão desta actividade em pequenos componentes é muito importante: realize uma coisa de cada vez. Por exemplo: respire fundo, comece a soprar o ar com os lábios franzidos (quase fechados) e, ao mesmo tempo, movimente os braços para arrumar a roupa da cama. Inspire novamente e comece a expirar à medida que dobra o tronco para fazer os cantos, sendo fundamental não se apressar, porque a pressa causa falta de ar;
- Aquando do alisamento ou muda de lençóis, faça cada lado da cama de uma só vez;
- Sente-se para mudar as fronhas e, ao mesmo tempo, aproveite para descansar um pouco;
- Ao arejar a roupa de cama, inspire enquanto levanta os braços e expire ao pousá-los. Quando esticar a roupa de cama, inspire ao estender e expire ao puxar para junto do corpo;
- Evite dobrar-se, incline-se ligeiramente, baixe-se ou sente-se numa cadeira;
- Um edredão permite diminuir o número de lençóis e cobertores e acumula menos poeiras;
- Colocar rodas na cama, permite que esta seja deslocada mais facilmente, **embora diminua a segurança.**

Preparar as refeições

- Planeie primeiro o que vai cozinhar;
- Use ementas que exijam menos tempo de preparação e pouco esforço (por exemplo: alimentos congelados, pré-preparados ou pré-confecionados);

- Use um carrinho de transporte de alimentos, para levar os alimentos de um lado para o outro;
- Sente-se à mesa ou ao balcão para efectuar a preparação dos alimentos (lavar, descascar, cortar, etc.);
- Coloque perto de si um balde do lixo, com tampa movida a pedal, para colocar o lixo que faz durante a preparação dos alimentos;
- Se possível, prepare sopa ou outros pratos em maior quantidade, que possa congelar, ficando com várias refeições que podem ser consumidas ao longo da semana, poupando tempo e esforço;

Pôr a mesa e servir a refeição

- Use um carrinho de transporte para levar a louça e os alimentos para a mesa de refeições;
- Evite o uso de travessas para servir. Sirva directamente da assadeira/panela;

Outras dicas de cozinha

- Organize-se de modo a efectuar todas as tarefas na mesma bancada de trabalho, evitando deslocações desnecessárias;
- Evite a confecção de pratos que exigem atenção ou agitação constante;
- Utilize louça e utensílios de cozinha de material leve.

Limpeza após a refeição

- Descanse um pouco antes de começar a arrumar;

- Incentive todos os membros da família a levantar a louça da mesa e a arrumar a cozinha;
- Se não tiver ajuda, use um carrinho de transporte para levar a louça para a banca;
- Coloque perto da banca um balde do lixo, com tampa movida a pedal, para colocar os restos de comida;
- Organize bem a banca de trabalho e, se tiver espaço, use um escurridor de pratos;
- Se for necessário lavar louça à mão, sente-se num banco alto para ficar ao nível da banca;
- Deixe os pratos secar ao ar;
- Se possível, utilize máquina de lavar louça, poupando tempo e esforço;
- Encha a máquina de lavar louça, iniciando pela prateleira de baixo.

Fazer compras

- Opte por fazer compras em dias e em lojas com menos pessoas;
- Escolha lojas perto de sua casa. Faça compras em várias viagens curtas ao invés de uma viagem longa;
- Certifique-se sempre que leva o inalador (bombinha) e tenha-o sempre à mão. Se usar o oxigénio, não se esqueça de verificar se tem o suficiente;
- Alivie a carga. Leve apenas o essencial. Não leve roupa pesada;

- Se possível, vá às compras com um familiar ou amigo, que possa ajudar a transportá-las;
- Peça ajuda para chegar às compras que estão fora do seu alcance ou que são muito pesadas para levantar sozinho;
- Prefira comprar por catálogos, por telefone ou pela internet de modo a que as compras sejam entregues em sua casa;
- Planeie as compras para evitar viagens desnecessárias, fazendo uma lista;
- Nas lojas, use um carro de compras e coloque os objectos pesados perto do corpo;
- **Não se esqueça dos seus limites.** Assim que começar o cansaço ou a falta de ar, sente-se e descanse, ou simplesmente **PARE** de fazer compras e vá para casa;
- Tire vantagem das promoções anunciadas, de forma a comprar maior quantidade para armazenar em casa;
- Mantenha uma lista de compras detalhada, para que outra pessoa possa ir na sua vez, em caso de necessidade.

Levar e guardar as compras em casa

- Se possível, peça a um familiar ou amigo para transportar as compras para casa. Se não for possível, opte por fazer várias viagens com períodos de descanso. Se necessário, leve um saco de cada vez;
- Utilize para transporte um carrinho de compras;

- Pergunte nas lojas se lhe podem levar as compras a casa gratuitamente;
- Se for fazer as compras de carro, transporte as compras na mala e não no banco de trás;
- Em casa, sente-se num banco e, em cima de uma mesa ou balcão, agrupe as compras de acordo com os sítios onde as guarda, nunca o faça no chão, poupe o esforço físico;
- Na despensa, coloque os objectos ou alimentos mais pesados nas prateleiras mais baixas, evite colocar objectos no chão, para evitar esforços desnecessários;
- Se a sua despensa se situar longe da cozinha, organize um espaço no seu armário da cozinha onde possa colocar todos os alimentos que utiliza diariamente;

Passear no Centro Comercial

- As variações de temperatura nas lojas podem ser prejudiciais para os seus pulmões. Planeie o que vai fazer no Centro Comercial. Faça as compras por ordem nas lojas, para evitar andar para trás;

- Compre os objectos mais pesados no final do percurso;
- Caso esteja disponível, alugue uma mota/carriinho eléctrico ou cadeiras de rodas. Estes devem ser usados, especialmente em caminhadas longas;
- Não tente fazer o que fazia antes de ter a doença (por exemplo: simplifique as compras de Natal; considere dar o mesmo género de presentes a todos, e utilize os sacos para embrulhar os presentes ou então aproveite o serviço de embrulho oferecido por algumas lojas).



respirar

um sopro de vida

APRENDA A GERIR O STRESS

Enfermeiros José Miguel Padilha; Filipa Lima; Joana Mirra

Com o apoio da

 NOVARTIS

APRENDA A GERIR O STRESS

Como devo gerir o meu stress?

Saber gerir o stress é fundamental para evitar e controlar a falta de ar.

Períodos de stress e falta de ar levam muitos doentes a deixar de fazer muitas das actividades diárias, aumentando a dependência de outros e levando a que algumas pessoas se isolem dos outros.

Por tudo isto é importante que saiba controlar o seu stress:

- Identifique quais são os elementos do seu dia-a-dia que o deixam stressado (por ex: deixar de fumar, alteração da sua capacidade de trabalhar, dificuldades em manter uma vida sexual activa);
- Procure formas de ultrapassar essas dificuldades, por exemplo adaptando-as à sua condição actual e antecipando essas necessidades, ficando assim com mais tempo para as executar;
- Partilhe os seus problemas e procure ajuda quando necessário. Tem Enfermeiros e Médicos aos quais pode recorrer sempre que precisar;
- Tenha consciência que cada pessoa reage de forma diferente ao stress;
- Veja as coisas pelo lado positivo, use o seu sentido de humor, recorra a técnicas de relaxamento, fale com os profissionais de saúde e passe mais tempo com aqueles de quem gosta. Tudo isto pode ser útil para prevenir complicações e melhorar a sua qualidade de vida.

Pode aprender a utilizar técnicas de relaxamento, que o ajudarão a relaxar e a controlar a sua respiração, evitando a falta de ar. Aprenda a técnica que se segue e vai ver que traz bons resultados!

Técnica de Relaxamento:

1. Deve estar num local calmo e confortável;
2. Coloque a mão na sua barriga;
3. Inspire profundamente pelo nariz (se conseguir) como se cheirasse uma rosa;
4. Sinta a mão que está sobre a barriga a subir;
5. Retenha a respiração um pouco até ao máximo de 3 segundos;
6. Deite o ar fora como se estivesse a apagar uma vela e sinta a mão a descer;
7. Descanse um pouco até se sentir pronto a voltar ao início e repita enquanto estiver confortável.

Para além de aprender e aplicar a técnica descrita aplique as regras que se seguem no dia-a-dia.

10 Regras para não stressar!

- Ria, pelo menos duas vezes por dia;
- Ouça a sua música preferida durante 15 minutos diários;
- Coma coisas que lhe façam bem;
- Ouça-se a si próprio;
- Tente resolver um problema de cada vez;
- Expresse a sua opinião sem deixar de aceitar a dos outros;
- Centre o seu pensamento em coisas agradáveis;
- Elogie aqueles de quem gosta. Caso estejam longe, telefone;
- Faça exercício;
- Observe as coisas novas no seu dia-a-dia.

Não evite as actividades que o stressam...

ULTRAPASSE-AS!

respirar
um sopro de vida

APRENDA
A GERIR A SUA
SEXUALIDADE

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz

Com o apoio da
 NOVARTIS

APRENDA A GERIR A SUA SEXUALIDADE

Sexualidade e a DPOC

Uma das actividades que pode ser afectada pela DPOC é a sua sexualidade, quer fisicamente, uma vez que pode surgir a sensação de falta de ar aquando das relações sexuais, quer emocionalmente pela ansiedade, depressão e solidão associada à doença.

Uma pequena minoria de pessoas com DPOC pode gerir a falta de ar usando um broncodilatador antes ou durante as relações sexuais. No entanto, para a maioria das pessoas com DPOC, o medo de ficar com falta de ar pode levar ao evitar do acto sexual ou à incapacidade de manter a excitação. O parceiro que não tem DPOC pode acreditar que a abstinência sexual é o melhor para o parceiro com DPOC, mas tal não é verdade.

Retomar a intimidade e a proximidade com o parceiro pode ajudá-lo a diminuir a solidão e o isolamento.

Alguns aspectos a ter em mente sobre a DPOC e sexualidade:

- DPOC não diminui a capacidade sexual, é apenas a frequência de actividade sexual que pode estar limitada, assim como todas as actividades físicas cansativas;
- O esforço físico necessário para a relação sexual é aproximadamente igual ao exigido para subir um lance de escadas no ritmo normal;
- O início de um programa de exercícios vai ajudar a ganhar maior tolerância à actividade física e, por sua vez, ajudar a reduzir a dificuldade respiratória;

- Algumas mudanças na sexualidade, não estão relacionadas com a doença pulmonar, mas antes com as mudanças normais do envelhecimento (por exemplo: as erecções mais lentas e atraso no orgasmo);
- Por causa do esforço físico exigido, é importante ter períodos adequados de descanso antes e durante as relações sexuais; por outras palavras, deve programar a sua vida sexual (por exemplo: iniciar a actividade após o uso do broncodilatador e após limpeza das secreções brônquicas);
- No caso de usar oxigénio para as restantes actividades de vida, deve ser mantida a mesma quantidade de oxigénio durante as relações sexuais;
- Evite a actividade sexual imediatamente após uma refeição pesada, após o consumo de álcool, numa temperatura desconfortável ou quando está sob stress, pois todos estes factores poderão aumentar o cansaço e a falta de ar;
- Escolha posições sexuais em que o consumo de energia é menor e evite a pressão sobre o tórax (por exemplo, posição lado a lado durante a relação sexual é mais confortável e menos cansativa do que a posição superior-inferior);
- Ter um parceiro fisicamente capaz de assumir um papel mais activo torna-se menos cansativo e menos stressante;
- Evite elementos alérgicos no ambiente (por exemplo, perfumes, sprays de cabelo) pelo risco de poderem aumentar a sua falta de ar.



respirar

um sopro de vida

APRENDA A VIAJAR
COM A **DPOC**

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz

Com o apoio da
 **NOVARTIS**

APRENDA A VIAJAR COM A DPOC

Como viajar com a sua doença (DPOC)?

Pode viajar em qualquer meio de transporte com uma preparação suficiente e conselhos dos profissionais de saúde, por isso, a chave para uma viagem segura e agradável é a sua preparação e planeamento.

Como viajar?

Escolha um destino seguro e saudável

- Certifique-se de que o destino de férias é um lugar seguro, perto de serviços médicos;
- Evite áreas onde há falta de assistência médica;
- Evite lugares que não podem fornecer quartos e restaurantes sem fumo;
- Evite lugares que possuam agentes irritantes para os seus pulmões;
- Evite locais com temperaturas extremas (frios ou quentes e húmidos).

Converse com o seu médico assistente antes da partida

- É importante informar o médico do destino, a duração da estadia e o acompanhamento, bem como o estado clínico actual, de modo a que este possa aconselhar sobre o tratamento, podendo sugerir que se altere a dose de medicação ou periodicidade.

- Peça ao médico assistente:
- Um relatório com a história clínica;
- Uma listagem actualizada da medicação, bem como novas receitas de todos os medicamentos, incluindo uma receita para o oxigénio, se for o caso;
- No caso de viagens para o exterior, pode contactar o IAMAT (Associação Internacional de Assistência Médica em Viagem). Trata-se de uma associação sem fins lucrativos que existe em todo o mundo, pronta a ajudar os viajantes internacionais, disponível através do site <http://www.iamat.org/>
- Conselhos sobre como ajustar a medicação, dependendo do destino (por exemplo, ajustar as tomas da medicação ao novo fuso horário e prevenir a sua exposição ao sol, uma vez que pode ser afectada pelo calor e pelo sol, e do próprio corpo uma vez que pode aumentar o risco de efeitos secundários).

Verifique o seguro de saúde

- O atendimento médico pode ser muito caro. Algumas políticas de seguro exigem que sejam pagos os serviços médicos e prescrições quando usufruídos e só reembolsam a quantia à posteriori. Isto significa disponibilidade de dinheiro ou crédito para pagar esses custos, se necessário.

Para mais informações aceda ao Portal da Saúde (www.portaldasaude.pt/) ou caso tenha seguro de saúde directamente à sua seguradora.

Prepare os equipamentos e embale a medicação

- Embale cuidadosamente a medicação. Certifique-se da quantidade necessária para a viagem, e mais alguma extra, para o caso da estadia ser maior do que o previsto ou se for preciso mais medicação do que o habitual;
- Mantenha a medicação sempre ao seu alcance (na bagagem de mão), bem como a sua listagem com os respectivos nomes, dose e frequência das tomas;
- Mantenha a medicação fora da exposição solar, mesmo quando vazia, visto que certos aerossóis podem explodir quando aquecidos;
- No caso de equipamentos, peça aos respectivos fornecedores uma versão portátil que funciona com bateria recarregável e um adaptador que possa ser conectado facilmente. Deve-se levar sempre uma bula relativa ao funcionamento do equipamento médico;
- Se for o caso de viagens para o exterior, descubra que tipo de tomadas eléctricas existem no destino, para comprar um conversor de potência, se necessário.

Organize o fornecimento de oxigénio

Em caso de uso de oxigénio suplementar, tenha uma receita médica à mão, para ter a respectiva autorização de circulação/embarque. Questiono o fornecedor de oxigénio, sobre a estimativa da quantidade de oxigénio necessária para a viagem, levando em conta alguns factores que afectam o ritmo respiratório e o uso do oxigénio, tais como: a

humidade, o calor e a presença de ar condicionado. Pergunte ainda quais os fornecedores que poderá encontrar ao longo da rota de férias.

Não importa o meio de transporte que se escolhe, o planeamento do fornecimento de oxigénio deve ser feito com antecedência, devendo verificar sempre se o equipamento de oxigénio é fixado em posição vertical durante a viagem, se não há excessiva ventilação (ar fresco) para evitar o acúmulo de concentração de oxigénio e peça ajuda às equipas de bordo, sempre que necessário.

Prepare-se para o clima e para a qualidade do ar do destino

Antes de partir, verifique no jornal, na TV ou na internet, as condições meteorológicas locais e qualidade do ar. Antecipe mentalmente as consequências do novo clima na situação actual da doença. Verifique se o destino apresenta elevado nível de agentes irritantes e aconselhe-se junto do médico assistente, qual a melhor estratégia para lidar com esses agentes.

Coma bem, durma bem, não beba demais

Mantenha o mesmo ritmo de vida durante a viagem, uma vez que o exagero pode levar a um aumento da susceptibilidade a infecções e agudizações. Durma o suficiente. Tenha em mente que elevada quantidade de comida dificulta o padrão respiratório e que as altitudes elevadas podem alterar a forma como o álcool afecta o organismo. Em resumo: **calma e prudência.**



respirar

um sopro de vida

APRENDA A JARDINAR COM DPOC

Enfermeiros José Miguel Padilha; Paula Pereira; Susana Cruz

Com o apoio da

 NOVARTIS

APRENDA A JARDINAR COM DPOC

Alguns conselhos sobre Jardinagem e a DPOC

A jardinagem é uma forma de relaxamento, permitindo às pessoas com DPOC permanecer activas, sendo uma estratégia de eleição para reduzir o stress do dia-a-dia!

Algumas dicas sobre a jardinagem:

Ferramentas de jardinagem

- Use ferramentas simples que requeiram menos energia: enxada e ancinho nas versões menores com cabos extra-longos ou cabo extensível;
- Use uma máscara de pó para cortar a relva, mas o ideal é ter um membro da família ou contratar alguém, para realizar essa actividade;
- Para pequenos relvados, use um cortador de empurrar ou eléctrico em vez de um a gasolina, de modo a evitar a exposição ao fumo libertado por este;
- Evite baixar-se, utilize um banco ou mesa;
- Se necessário, transfira as ferramentas para uma área mais próxima do jardim.

Jardinagem passo a passo

Criar um jardim exige um esforço significativo, por isso, devem ser consideradas algumas dicas para equilibrar a DPOC com o amor pela jardinagem:

- Com moderação, especialmente na primavera, alterne os dias com a realização de outras actividades, tais como limpar a casa e preparar as camas;
- Consulte o tempo, bem como a qualidade do ar e as previsões do nível de pólen, de poluição e, se estes forem altos, adie a jardinagem;
- Peça ajuda para fazer os trabalhos mais pesados;
- Limite a exposição ao calor intenso e à humidade, jardine durante as horas mais frescas do dia (início da manhã e fim da tarde);
- Delicadamente estique e aqueça os músculos antes de começar;
- Alterne as actividades intensivas com tarefas que exijam menor esforço;
- Realize pausas frequentes para reduzir o cansaço e a falta de ar.

Redesenhar o jardim

- Reduza o tamanho total da área de jardinagem e canteiros de flores;
- Se a área de jardim for grande, pense em trocar alguma área, por outro tipo de pavimento que exija pouca ou nenhuma manutenção;
- Seja criativo, brinque com as cores;
- Escolha espécies que exijam pouca manutenção (ex.: árvores de folha perene e cactos);
- Com algum planeamento e inspiração, a jardinagem pode continuar a ser uma fonte de prazer, relaxamento e orgulho.



respirar

um sopro de vida

INFORMAÇÕES
SOBRE **RECURSOS**
DISPONÍVEIS
NA COMUNIDADE

Enfermeiros Manuela Magalhães; Sónia Ruivo

Com o apoio da
 **NOVARTIS**

INFORMAÇÕES SOBRE RECURSOS DISPONÍVEIS NA COMUNIDADE

Neste capítulo pode encontrar algumas informações úteis sobre os recursos disponíveis na comunidade que lhe poderão ser úteis em diversas situações.

Começamos por informar que o dia mundial da DPOC é assinalado na 2ª ou 3ª quarta-feira do mês de Novembro, existindo anualmente actividades que são desenvolvidas para sensibilização, rastreio e reflexão sobre a doença, a sua evolução e as políticas adoptadas para a sua prevenção, controlo e tratamento.

Existe uma entidade internacional a GOLD (Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) que resulta da congregação de esforços da Organização Mundial de Saúde e do Instituto Nacional Norte Americano do Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI), que tem por objectivos aumentar o conhecimento sobre a DPOC e ajudar as milhares de pessoas que sofrem desta doença. Poderá obter mais informações através do site: **<http://www.goldcopd.com>**

Em Portugal, pode encontrar a Fundação Portuguesa do Pulmão, que é uma pessoa colectiva de direito privado, tipo fundacional, sem fins lucrativos e de solidariedade social, instituída no dia 15 de Junho de 2009. Nesta instituição poderá obter informação útil sobre a doença e actividades desenvolvidas. Poderá fazê-lo através dos seguintes contactos: Rua Alberto de Oliveira, n.º 29, r/c esq., 1700-018 Lisboa, pelo n.º de telefone: 217957284,

pelo Fax n.º: 217957300 ou através do site: <http://fundacaoportuguesadopulmao.org/>

Em Portugal pode ainda encontrar uma Associação de pessoas com doença respiratória a RESPIRA, esta associação tem por missão ser uma Associação Nacional, de referência na área das doenças respiratórias crónicas, contribuindo para a sua prevenção e tratamento, e um pilar na defesa dos interesses e direitos das pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crónicas. Esta associação tem por objectivos: Apoiar e fomentar os programas de promoção da saúde; Promover o conhecimento acerca da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Actuar junto dos profissionais de saúde; Desenvolver iniciativas junto das escolas, entidades de ensino e universidades, motivando o incremento da formação e investigação sobre as doenças respiratórias crónicas; Fornecer orientação aos associados no sentido de os ajudar a receber o melhor tratamento farmacológico e não farmacológico, nomeadamente, de reabilitação respiratória, de oxigenoterapia, de ventilação domiciliária e de transplante pulmonar; Elaborar e implementar um programa de acompanhamento e apoio às pessoas com doenças respiratórias crónicas e seus familiares, com o objectivo de conhecerem a sintomatologia das diferentes doenças e as suas implicações a nível pessoal, familiar e social; Lutar para que as pessoas com doenças respiratórias crónicas moderadas e graves tenham direito a usufruir de direitos sociais específicos. Poderá obter mais informações através dos seguintes contactos: Morada: Rua Infante D. Pedro, nº 10-B, 1700-243 LISBOA; pelo telemóvel n.º: 96 492 67 08, pelo telefone n.º: 21 195 46 97, ou através do site: <http://www.respira.pt/>

Segurança Social:

Através da segurança social pode usufruir de vários apoios, estes estão disponíveis no site: <http://www2.seg-social.pt/> ou através do balcão da segurança social da sua área de residência.

Exemplos de apoios disponíveis:

- Unidade de apoio integrado;
- Apoio domiciliário integrado;
- Serviços de apoio domiciliário;
- Lar residencial;
- Centro de férias e lazer;
- Pensão por invalidez;
- Pensão social de velhice;
- Complemento solidário para idosos;
- Complemento por dependência;
- Subsídio de assistência a 3ª pessoa;
- Subsídio de sobrevivência;
- Subsídio de desemprego;
- Rendimento social de inserção;
- Ajudas técnicas.

Algumas informações sobre a Oxigenoterapia:

Caso o seu subsistema de saúde seja o Sistema Nacional de Saúde estará isento de pagar o oxigénio, caso seja beneficiário dos restantes subsistemas de saúde (ADSE, SAMS...) terá que pagar na totalidade e depois será reembolsado em 80%.

Disponibilidade de cuidados respiratórios domiciliários:

Os cuidados respiratórios domiciliários incluem: oxigenoterapia de longa duração, inaloterapia e ventiloterapia. A prescrição destes cuidados obedece a regras específicas, segundo a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde e é feita pelo seu Médico.

A validade máxima destas prescrições é de 3 meses, pelo que, após o fim deste prazo terá de solicitar nova prescrição (receita) ao seu médico.

No Porto pode encontrar as seguintes empresas de assistência no domicílio (oxigenoterapia, ventiloterapia e aerosolterapia):

LINDEMED

Delegação do Porto. Morada: Trav. Joaquim Dias Salgueiro, nº44; 4470-416 Maia; Contactos: 229998380; Linha verde grátis: 800220022; Fax: 229964039.

GASIN

Delegação do Porto. Morada: Praça Luís de Camões, 57 C1

4480-719; Contactos: 252248680; Linha verde grátis: 800202056.

PRAXAIR PORTUGAL GASES, S.A.

Delegação do Porto: Morada: Est. Nacional, 13, km 6,4 4471-909 Maia. Contactos: 229438320; Fax: 229486920

Email: contact Portugal@praxair.com

VITALAIRE

Linha verde grátis: 800201550

Bibliografia

- BARNETT M. (2010) - A guide to producing quality written information for patients. *Journal of Community Nursing* March 2010, volume 24, issue 2; pp. 4-8.
- DOURADO V. Z.;GODOY, I. (2004) - Recondicionamento muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. *Rev Bras Med Esporte* ,Vol. 10, Nº 4, Jul/Ago.
- FERREIRA I, BROOKS D, LACASSE Y, GOLDSTEIN R, WHITE J (2000) -Nutritional Support for Individuals With COPD. *CHEST*; pp: 117-3; MARCH.
- FERREIRA I, BROOKS D, LACASSE Y, GOLDSTEIN R, WHITE J. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD000998. DOI:10.1002/14651858.CD000998.pub2.
- <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/175/8/798>
- <http://www.healthcentral.com/diet-exercise/news-36856-31.html>
- <http://www.ajcn.org/cgi/content/abstract/87/4/1002>
- <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/166/12/1438>
- <http://www.paraquenaolhefaltear.com/articles.php?id=166>
- http://www.respireeviva.com.br/viva_dpoc2.asp?tema=DPOC&assunto=1&Last=8&IdPergunta=5

- LACASSE Y, GOLDSTEIN R, LASSERSON TJ, MARTIN S. (2006) - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD003793. DOI: 10.1002/14651858.CD003793.pub2.
- LANGER, D. et al (2009) - Clinical Practice Guideline for physical therapy in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) - Portuguese version. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 183-204, Mai./Jun.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2009) - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Nº: 40A/DSPCD (27/10)
- PUHAN M; SCHARPLATZ M; TROOSTERS T; WALTERS EH; STEURER J. (2009) - Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005305. DOI: 10.1002/14651858.CD005305.pub2.
- RIBEIRO, F.; BOTTARO, M. (2008) - Disfunção muscular periférica e fortalecimento em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica: uma introdução ao assunto. HABILITAR, Rev. Elet. Fisiot. Centro Universitário Unieuro; Vol. i, Jan/ Mar.
- RODRIGUES, Fátima (2004) - Estudo dos factores limitativos do exercício físico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. REV PORT PNEUMOL X (1): 9-61, Janeiro/Fevereiro.



Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A.

Sede Social: Rua do Centro Empresarial, Edifício 8, Quinta da Beloura, 2710-444 Sintra

Pessoa Colectiva 500 063 524 C.R.C. Sintra • Sociedade Anónima Capital Social: € 2.400.000

www.novartis.pt

Anexo 21: Variáveis em estudo

Categoria	Variáveis	Tipo	Valor
Variáveis associadas ao cliente	Sexo	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Masculino 2-Feminino
	Idade	Quantitativa	Em anos completos
	Breve avaliação estado mental	Quantitativa	Pode variar entre 0 e 30 [Pontos de Corte (População portuguesa): Idade superior a 40 anos, considera-se com defeito cognitivo se: • Analfabetos: ≤ 15 • 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 • Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27]
	Formação literária	Qualitativa, ordinal	1-Não frequentou; 2-Até ao 4º ano; 3-até ao 6º ano; 4-até ao 9º ano; 5-até ao 12º ano; 6-curso técnico profissional; 7-curso superior.
	Hábitos tabágicos	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Ausente 2-Presente
	Viver sozinho	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Não 2-Sim
	Baixos recursos económicos (referido pelo cliente)	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Ausente 2-Presente
Variáveis associadas à condição de saúde – subcategoria: relacionadas com o cliente, documentadas no processo clínico	Tempo de acompanhamento no CHP-HSA	Quantitativa	Em anos completos
	Volume expiratório forçado em um segundo (FEV_1)	Quantitativa	Expresso em percentagem ($FEV_1 \geq 80\%$ $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ $FEV_1 \leq 30\%$)
	Antecedentes de depressão	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Ausente 2-Presente
	Oxigenoterapia de longa duração domiciliar (OLD)	Qualitativa, Nominal, dicotómica	1-Não 2-Sim
	Número de comorbilidades associadas	Quantitativa	Em número de comorbilidades associadas

Variáveis associadas à condição de saúde – subcategoria: acompanhamento do cliente	Grupo de acompanhamento	Qualitativa, Nominal	Internamento; consulta; misto (internamento e consulta)
	Total de internamentos no CHP-HSA durante implementação mudança	Quantitativa	Em número de episódios de internamento
	Número de internamentos na medicina A, durante a implementação da mudança	Quantitativa	Em número de episódios de internamento
	Número de internamentos no CHP-HSA. Um ano após a implementação da mudança (1 setembro de 2011 a 29 Fevereiro de 2012)	Quantitativa	Em número de episódios de internamento
	Dias de internamento na medicina A, durante a implementação da mudança	Quantitativa	Em número de dias de internamento
	Dias de internamento no CHP-HSA. Um ano após a implementação da mudança (1 setembro de 2011 a 29 Fevereiro de 2012)	Quantitativa	Em número de dias de internamento
	Número de consultas de enfermagem	Quantitativa	Em número de consultas
	Episódios de recurso ao serviço de urgência durante a implementação da mudança	Quantitativa	Em número de episódios de recurso ao serviço de urgência
	Episódios de recurso ao serviço de urgência, um ano após a implementação da mudança (1 setembro de 2011 a 29 Fevereiro de 2012)	Quantitativa	Em número de episódios de recurso ao serviço de urgência

Variáveis da avaliação aos três meses (± 15 dias) após o início da ação terapêutica

Nível de dependência no autocuidado (50 questões)	Qualitativa, Ordinal	1 - Dependente não participa 2 - Necessita de ajuda de pessoas 3 - Necessita de ajuda de equipamento 4 - Completamente independente
Nível de intolerância à atividade (52 questões)	Qualitativa, Ordinal	1 - Muita falta de ar 2 - Pouca falta de ar 3 - Alguma falta de ar 4 - Nenhuma falta de ar
Percepção da autoeficácia para gerir o regime terapêutico. (21 questões)	Qualitativa, Ordinal	1 - Incapaz 2 - Pouco capaz 3 - Capaz 4 - Totalmente capaz
“Estilo de Autocuidado” (42 questões)	Qualitativa, Ordinal	1 - Discordo Totalmente 2 - Discordo Parcialmente 3 - Não concordo, nem discordo 4 - Concordo Parcialmente 5 - Concordo Totalmente
Facilidade percebida de acesso aos serviços envolvidos	Qualitativa, Ordinal	1 - Nada fácil 2 - Pouco fácil 3 - Fácil 4 - Muito fácil
Exacerbações da doença (referidos pelo cliente)	Quantitativa	Em número de vezes
Recurso aos serviços médicos por complicações da doença (referidos pelo cliente)	Quantitativa	Em número de vezes: <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de urgência do hospital envolvido; • Outro serviço de urgência; • Serviço de atendimento permanente; • Médico de família; • Outro médico; • Internamento no hospital envolvido; • Internamento em outro hospital.
Faltas à consulta de enfermagem	Qualitativa, Nominal, dicotômica	1-Não 2-Sim
Motivo da falta à consulta de enfermagem	Qualitativa; Nominal	
Utilidade percebida na utilização dos recursos informacionais	Qualitativa, Ordinal	1 - Nada úteis 2 - Pouco úteis 3 - Úteis 4 - Muito úteis
Facilidade percebida na utilização dos recursos informacionais	Qualitativa, Ordinal	1 - Nada fácil 2 - Pouco fácil 3 - Fácil 4 - Muito fácil
Deixou de fumar	Qualitativa, nominal	1-Não 2-Sim

Anexo 22: Estilos de autocuidado**Scores específicos dos estilos de autocuidado**

Caso	Responsável	Guiado	Dependente	Abandonado
1	5	4,5	3,67	1
2	4	4,5	3,33	2,33
3	3,5	4,5	3,67	2,33
4	4,25	5	2,67	3,33
5	3,5	4,5	2,33	3,33
6	4,75	4,5	4	1,67
7	5	3	3,67	1
8				
9	4,75	4,5	3,67	2,33
10				
11	4,25	5	3	2,67
12	2,75	5	2,33	3,67
13				
14	4,75	2,5	5	1
15	3,5	4,5	2,67	2
16	4	3,5	2,67	4
17	4	4,5	2	2
18	4,5	4,5	3,67	1,33
19	4,75	3	4,33	1
20	3,25	3	1,67	2,67
21	5	4,5	3	1
22	3,5	4,5	2	3,33
23	4	4,5	2,33	2,33
24	4,75	2,5	3,67	1
25	3,75	5	3,67	3
26	4	4,5	1,67	2,33
27	5	4,5	3,67	1
28	3,25	4,5	3,67	2
29	4,5	3,5	2,67	1
30				
31	4,25	4	3,33	2
32				
33	4,75	4,5	2,67	1,33
34	4,75	3	2,33	2,67
35	4	4,5	2,33	3
36	3,5	3,5	2,33	4,33
37	4	3,5	4	3,33
38	4,75	4,5	2,33	1
39	4,25	5	2,33	3,67
40	4,25	5	3,67	1
41	3,25	5	2,33	2
42	4,25	4,5	2,33	3,67
43				
44	4,75	5	3	1

Caso	Responsável	Guiado	Dependente	Abandonado
45	4	3,5	2,67	2,33
46	4,5	3,5	1,33	1,33
47	5	5	3,33	2,33
48	2,75	4,5	4	2
49	3,25	5	2,33	3,67
50	4,25	3	2,67	1
51	4,75	4,5	2,33	4,33
52				
53	2,75	3	2,33	5
54				
55	4	5	3,67	1,67
56	4	4,5	3,33	1,33
57	4,5	4,5	3,33	2
58				
59	4,25	4,5	3,67	2,67
60				
61				
62	4	4,5	2	2,33
63				
64	4,25	4,5	4	2
65	4,75	5	2,67	3
66	4,75	3,5	3,67	1
67	3,25	5	3	1,33
68				
69	4,5	4,5	3,67	1
70	4,25	3	3,33	1,33
71	4,25	5	3,67	2,33
72	4,75	4,5	3,67	1,67
73				
74	4,75	5	3,67	1
75				
76	5	4	2,67	1
77	4,25	3,5	3,67	1,33
78	3,5	5	3	1,33
79				
80	5	3	3,33	1
81	5	3	3	2,33
82	4,5	4,5	3	1,33
83	3,75	4,5	3,67	2,33
84	3,75	3,5	1,67	3,67
85	4,75	4,5	2,67	1,33
86	4	3,5	2	3,67
87				
88				

Caso	Responsável	Guiado	Dependente	Abandonado
89				
90	4,25	5	3,67	1,33
91				
92	4	5	3,33	2,67
93				
94				
95	5	5	3,67	1,67
96				
97				
98	4,75	4,5	3,67	1
99	3,25	3	3,67	1,33