



Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Trabalho de Projeto

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO  
DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO, NO  
PLANEAMENTO DA ALTA DO IDOSO COM DPOC**

Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre em  
Enfermagem de Reabilitação

**Autora:** Maria Goréti Gomes Rainho Mendes: N° 100430002

**Orientadora:** Professora Doutora Maria João Esparteiro

**Coorientador:** Professor Mestre José Lourenço

Santarém  
Julho, 2013

## AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho de projeto resulta de um esforço pessoal, e tornou-se possível pelo apoio e incentivos de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais intenso apreço.

À Professora Doutora Maria João Esparteiro, pela orientação e acompanhamento ao longo deste projeto, demonstrando o seu profissionalismo e dedicação em momentos difíceis.

Ao professor José Lourenço pela disponibilidade e ajuda demonstrada.

A todos os participantes deste trabalho de projeto pela sua colaboração e disponibilidade, por partilharem as suas vivências e permitirem que este fosse possível.

Ao Conselho de Administração do CHO.

Ao Diretor de serviço Dr. António Domingos e à Enfermeira Chefe Isabel Filipe pelo apoio, colaboração e facilidades concedidas.

Ao meu marido Sérgio, pelas palavras de coragem e incentivo, nos momentos mais difíceis de todo este percurso, pela paciência e apoio demonstrado.

Aos meus filhos Valéria e Luís pelo seu amor, carinho, compreensão e apoio incondicional.

Aos colegas e amigos pela colaboração e pela partilha de experiências.

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA!

## **PENSAMENTO**

“Sou definitivamente contra o definido,  
porque o definido é o bastante e  
o bastante não basta”

Fernando Pessoa

## RESUMO

Este relatório de trabalho de projeto visa a análise e reflexão sobre a **intervenção do enfermeiro de reabilitação**, no âmbito do projeto “**promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC**”, implementado na Pneumologia-C/ CHO-Torres Vedras.

Realizou-se a revisão sistemática da literatura, utilizando-se a **metodologia PI[C]O**. O **objetivo** foi analisar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação, na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no sentido de as integrar na prática clínica. Formulou-se a pergunta: Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, que promovem o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC?, e selecionaram-se três artigos de investigação.

**Concluiu-se** que as intervenções de enfermagem de reabilitação (no hospital e domicílio), baseadas no treino da respiração diafragmática, da técnica de conservação de energia e gestão de esforço, melhoraram a adesão, a autonomia nas AVD e a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Idoso com DPOC, Autogestão do regime terapêutico

## ABSTRACT

The aim of this report project is to analyze and reflect **on the intervention of the rehabilitation nurse**, under the project "**Promotion of self-care: management of therapeutic regimen, in planning the discharge of the elderly with COPD**", implemented in Pulmonology-C/ CHO - Torres Vedras.

We conducted a systematic literature review using the **methodology PI[C]O**. The **objective was to review the scientific evidence on the rehabilitation nursing interventions, promotion of self-care: management regimen in order to integrate them into clinical practice**. The question formulated: What are the rehabilitation nursing interventions that promote self-care: management of therapeutic regimen in elderly patients with COPD?, and we selected three research articles.

**It was concluded** that the rehabilitation nursing interventions (household and hospital), based on the practice diaphragmatic breathing, technique in energy conservation and management efforts, improved adherence, autonomy in activities of daily living and quality of life.

**Keywords:** Nursing, Rehabilitation, Elderly COPD, Self-management of therapeutic regimen

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1- CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA: O IDOSO EM SITUAÇÃO DE DPOC</b> .....	18
1.1- A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	21
<b>2- DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO “PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NO IDOSO COM DPOC”</b> .....	30
2.1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....	38
2.2 - DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	42
<b>3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	46
3.1 – PROTOCOLO DE PESQUISA .....	46
3.2- ANÁLISE CRÍTICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	49
<b>4- CONCLUSÕES E ANÁLISE REFLEXIVA RELATIVA ÀS IMPLICAÇÕES DO PROJETO</b> .....	53
<b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I: Projeto: “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC” .....	66
ANEXO II: Pedido de autorização para a concretização do projeto, no serviço de Pneumologia C.....	67
ANEXO III: Consentimento informado, livre e esclarecido para participação do doente .....	68
ANEXO IV: Norma de planeamento da alta do idoso com DPOC.....	69
ANEXO V: Instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades do idoso com DPOC .....	70

ANEXO VI: Programa de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico.....	71
ANEXO VII: Folheto sobre o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC.....	72
ANEXO VIII: Tabelas com resultados da pesquisa de artigos no cruzamento de descritores.....	73
ANEXO IX : Tabelas de análise dos artigos selecionados.....	74

## ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 - Alguns dados de caracterização do serviço de Pneumologia C, no ano 2012.....	33
Quadro nº 2 - Constituição da equipa de saúde do serviço de Pneumologia C .....	33
Quadro nº 3 - Caracterização dos idosos segundo a idade .....	38
Quadro nº 4 - Caracterização dos idosos segundo o género .....	38
Quadro nº 5 - Caracterização psicológica dos idosos .....	39
Quadro nº 6 - Caracterização social dos idosos .....	39
Quadro nº 7 - Caracterização da situação clínica dos idosos .....	40
Quadro nº 8 - Adesão ao regime terapêutico medicamentoso antes e após a intervenção de enfermagem.....	40
Quadro nº 9 - Gestão do regime terapêutico não-medicamentoso antes e após a intervenção de enfermagem .....	41
Quadro nº 10 - Avaliação da autonomia física e autonomia instrumental .....	41
Quadro nº 11 - Avaliação da qualidade de vida .....	42
Quadro nº 12 - Critérios para a formulação da questão de investigação .....	47
Quadro nº 13 - Critérios de inclusão/ exclusão dos artigos da RSL .....	48

## ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela nº 1 – Nº de artigos nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante dos descritores: Nurs*, Rehabilitation, COPD, Self-Management, Therapeutics .....	73
Tabela nº 2 – Nº de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores: Nurs*+ Rehabilitation; Nurs*+ COPD; Nurs*+Self-Management; Nurs*+Therapeutics .....	73
Tabela nº 3 – Nº de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores: Rehabilitation + COPD; Rehabilitation+Self-Management; Rehabilitation+ Therapeutics .....	73
Tabela nº 4 – Nº de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores COPD+ Self-Management; COPD+Therapeutics .....	73
Tabela nº 5 – Nº de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores Self-Management+ Therapeutics.....	73
Tabela nº 6 – Nº de artigos pesquisados nas plataformas, em full text, publicados entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012 resultantes do cruzamento entre os descritores .....	73
Tabela nº 7 – Análise do artigo sobre a revisão sistemática da literatura da reabilitação respiratória no idoso com DPOC .....	74

Tabela nº 8 – Análise do artigo sobre o estudo do regime terapêutico em doentes com DPOC: entre as expectativas e a realidade e a perspetiva dos doentes.....	74
Tabela nº 9 – Análise do artigo sobre o estudo piloto de um programa de reabilitação pulmonar em idosos com DPOC .....	74

## SIGLAS

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

ACS – Alto Comissariado da Saúde

COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CPLEER – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

DALYS – Disability Adjusted Life Years

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRG – Insuficiência Respiratória Global

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR – Organização Nacional das Doenças Respiratórias

PI[C]O – Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes

PBE – Prática Baseada na Evidência

RD – Respiração Diafragmática

RT – Regime Terapêutico

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

PR – Plano de Reabilitação

s – Desvio Padrão

VNI – Ventilação Não-Invasiva

X<sub>máx.</sub> - máximo

X<sub>min</sub> - mínimo

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO  
REGIME TERAPEUTICO, NO PLANEAMENTO DA ALTA DO IDOSO COM DPOC

WHO - World Health Organization

## **ABREVIATURAS**

ed.- edição

et al - e outros

nº - número

p. – página

Prof. – Professor

Vol. - Volume

## INTRODUÇÃO

No âmbito do II Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, Unidade Curricular Trabalho de Projeto e com a intenção de obter o grau de mestre, de acordo com Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos do IPS (Regulamento nº 618/2010 com as alterações de 23 de fevereiro de 2011 e de 12 julho de 2013), foi elaborado o presente **relatório sobre os resultados/ avaliação do Trabalho de Projeto: “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”**, desenvolvido no serviço de Pneumologia C, do Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras, entre Fevereiro 2012 e Janeiro de 2013.

Assim, utilizou-se a metodologia de trabalho de projeto para investigar e melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta do idoso<sup>1</sup> com DPOC, no serviço de Pneumologia C.

A Enfermagem<sup>2</sup> requer a produção e renovação contínua do conhecimento, assegurada pela investigação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006). De acordo com a OE (2006) são sobretudo a investigação clínica e a investigação-ação que melhor contribuem para a incorporação dos resultados da investigação na prática clínica dos enfermeiros.

Neste sentido, MANY et al (2006) salientam que o trabalho de projeto se aproxima da investigação-ação por ser uma metodologia que se baseia num conjunto de técnicas e procedimentos para estudar um aspeto da realidade, centrando-se na investigação, análise e também na intervenção para a resolução do problema.

A escolha da temática decorreu da nossa perceção, na prática diária, de reinternamentos frequentes nos idosos com DPOC, da ausência de um plano de

---

<sup>1</sup> Neste documento, de acordo com a OMS, o **idoso** é toda a pessoa com 65 ou mais anos que atingiu a idade da reforma preconizada para Portugal. São ainda consideradas muito idosas, as pessoas com 85 ou mais anos (WHO, 2004).

<sup>2</sup> **Enfermagem** “é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2002. p. 3).

educação para a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, de forma estruturada e do nosso interesse em melhorar as práticas de enfermagem de forma a melhorar o autocontrolo da doença no domicílio e a qualidade de vida do idoso com DPOC.

Esta problemática foi validada, inicialmente, pela equipa de enfermagem de acordo com um questionário realizado a todos os enfermeiros do serviço (anexo I).

Para nós, a pertinência do assunto prende-se ainda com o facto da DPOC ser uma das principais causas de morbilidade crónica e mortalidade no idoso (DGS, 2009). Ser responsável por um consumo elevado de fármacos, de oxigenoterapia, de ventiloterapia domiciliária de longa duração e de recursos de saúde associados à elevada frequência de idas ao serviço de urgência e de internamentos hospitalares evitáveis, normalmente prolongados (DGS, 2010).

O impacto da DPOC na sociedade tem sido crescente devido ao aumento da sua prevalência, relacionado com a maior sobrevivência dos doentes, o aumento da população idosa e devido à incapacidade que provoca (MS, ACS, 2010; DGS, 2011).

Estima-se que a doença atinja 210 milhões de pessoas a nível mundial, assumindo o 5º lugar das patologias incapacitantes e representado a 4ª causa de morte nos países mais desenvolvidos (ONDR, 2011). Em Portugal, a sua prevalência é de 14,2%, sendo mais frequente no homem do que na mulher (ONDR, 2011). Representa 28,1% das mortes por causa respiratória (INE, 2009) e é responsável por 61% do total de DALYS<sup>3</sup> gerados por incapacidade, muito acima do AVC (27%) e do enfarte agudo do miocárdio (9%); (ONDR, 2011).

Os internamentos por DPOC têm vindo a aumentar e quase duplicaram desde 1994, representando a segunda causa de internamentos evitáveis (29,4%) (INE, 2009; DGS, 2013). Considerando apenas os preços dos internamentos, os custos ultrapassam os 20 milhões de euros (ONDR, 2007; DGS, 2013).

Assim, a DGS (2011) salienta a importância da prevenção e controlo da doença, através do diagnóstico precoce e do “cuidado integral<sup>4</sup>” baseado em ações de vigilância e de educação de acordo com a evidência científica, que promova o conhecimento da doença, estilos de vida saudáveis e a diminuição da exposição a fatores de risco.

---

<sup>3</sup> Os **DALYS** calculam os anos de vida perdidos por causa de uma determinada doença, quer por causa de uma mortalidade prematura, que por causa de uma incapacidade (ONDR, 2011).

<sup>4</sup> O **Cuidado Integral** prevê a prestação de cuidados de saúde no continuum da doença de acordo com as necessidades do doente, através de intervenções de saúde e de comunicação coordenadas, para e com o doente, e com o envolvimento dos vários níveis de cuidados (USA et al, 2005)

Recomenda, também, a necessidade de implementar programas de reabilitação respiratória individualizados baseados na reeducação funcional respiratória e na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico para promover a melhoria do autocontrolo da doença, da funcionalidade<sup>5</sup> e da qualidade de vida do doente com DPOC (DGS, 2009).

De acordo com a OE (2010), o enfermeiro de reabilitação possui conhecimentos elevados e experiência acrescida que lhe permite desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação para ajudar os doentes crónicos a “maximizarem o seu potencial funcional e a sua independência”.

No âmbito da reabilitação respiratória do idoso com DPOC, o enfermeiro de reabilitação instrui e treina técnicas específicas de reabilitação, intervém na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, proporcionando-lhe a melhoria das funções, nomeadamente a nível cardiorrespiratório; a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida; a minimização do impacto das incapacidades instaladas; a capacitação no autocontrolo da doença; a reintegração na família e na comunidade; o direito à dignidade e a melhoria da qualidade de vida (OE, 2010).

Assim, na elaboração deste relatório foram definidos os seguintes **objetivos**:

- Avaliar as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho de projeto “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”;
- Analisar as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC, de acordo a evidência científica e através da revisão sistemática da literatura;
- Analisar a importância da utilização da metodologia de projeto no processo formativo;
- Propor intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à melhoria dos cuidados, no âmbito do autocuidado: gestão do regime terapêutico, destacando as melhores evidências científicas.

---

<sup>5</sup> De acordo com a OMS (2003), a **funcionalidade** refere-se ao termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos da interação entre um indivíduo, com uma condição de saúde, e os seus fatores contextuais, quer ambientais, quer pessoais.

Dada a necessidade de conhecer a evidência científica sobre o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC, realizou-se a revisão sistemática da literatura utilizando-se a **metodologia PICO** (Population, Intervention, Comparison e Outcomes) e a seguinte pergunta PICO: **Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (I), que promovem o autocuidado: gestão do regime terapêutico (O), no idoso com DPOC (P)?**

Perante os focos de atenção no domínio do autocuidado, foi adotado como referencial teórico a teoria do Autocuidado de Orem, pois de acordo com OREM (1995), o enfermeiro promove a educação para o autocuidado quando as capacidades de autocuidado desenvolvidas não são operáveis ou adequadas ao conhecimento existente.

Este relatório de trabalho de projeto está dividido em três partes: na primeira parte apresenta-se a contextualização teórica sobre a temática; na segunda, a análise e avaliação do projeto desenvolvido; e na terceira apresenta-se a revisão sistemática da literatura, o protocolo de pesquisa, a análise de três (3) artigos (de acordo com as orientações da escola) e as suas conclusões.

## 1- CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA: O IDOSO EM SITUAÇÃO DE DPOC

As alterações demográficas em Portugal apresentam importantes repercussões sociais, económicas e também na saúde. Os avanços científicos e tecnológicos, bem como a melhoria nas condições sanitárias levou ao aumento da esperança de vida, com o conseqüente aumento da população idosa e das doenças crónicas, nomeadamente a DPOC (MS, ACS, 2008; DGS, 2013).

O envelhecimento da população resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações. Neste processo, observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos) (MS, 2010).

De acordo com os Censos 2011, a população residente em Portugal era de 10 561 614, em que 19,1% tinham 65 e mais anos de idade (INE, 2011), prevendo-se que aumente para 32,3% em 2060 (INE, 2009). Como já referido anteriormente, quer a nível internacional quer a nível nacional, a DPOC tem vindo a aumentar, sendo a doença respiratória crónica mais frequente nos idosos (ONDR, 2011)

**A DPOC é definida** por uma doença crónica progressiva caracterizada por uma limitação progressiva do débito aéreo, não totalmente reversível, que evolui por exacerbações e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos, com repercussões sistémicas importantes (GOLD, 2011). As alterações conduzem à hiperinsuflação pulmonar, levando a pessoa a respirar próximo da capacidade pulmonar total. Está associada a efeitos sistémicos, como a inflamação sistémica (presença de stress oxidativo sistémico, concentrações anormais de citocinas circulantes e ativação das células inflamatórias) e a disfunção muscular esquelética, com perda progressiva de massa muscular e a presença de várias anomalias bioenergéticas (NAZIR et al, 2009). Estas alterações provocam dispneia,

intolerância ao esforço, perda de autonomia e declínio da condição de saúde (NAZIR et al, 2009; DGS, 2010; GOLD, 2011).

O tabagismo é o principal **fator de risco** da DPOC, porém, a poluição do ar resultante da queima de lenha e biomassas, a deficiência hereditária da Alfa-1-anti tripsina, infecções respiratórias repetidas e a exposição a substâncias irritantes de natureza ambiental (fumos, poeiras e produtos químicos) também têm sido identificados como outros fatores de risco (NAZIR, 2009; GOLD, 2011; ONDR, 2011).

**Os sintomas** da DPOC aparecem lenta e progressivamente, sendo comum a pessoa dar atenção à doença somente quando se encontra em estágio avançado, já que os sinais podem no início não serem valorizados (ONDR, 2011). A dispneia é o sintoma mais comum da DPOC, facilmente identificada pela pessoa como cansaço que, inicialmente, surge com os grandes esforços físicos ou perante infecções respiratórias, piorando progressivamente ao longo do tempo. Outro sintoma muito frequente é a tosse. A tosse é crónica (meses a anos), podendo ser diária ou intermitente, geralmente produtiva, cuja expectoração é mais intensa pela manhã e pior durante as infecções respiratórias. Outro sintoma é a pieira que, normalmente, acompanha a dispneia. (NAZIR, 2009; GOLD, 2011).

A DPOC associada ao envelhecimento aumenta a incapacidade, a perda da autonomia e da qualidade de vida (DGS, 2010; GOLD, 2011; ONDR, 2011). No idoso, os mecanismos envolvidos na destruição pulmonar podem estar aumentados: as alterações celulares provocadas pelo envelhecimento e as provocadas pelo fumo do tabaco e/ou outros pneumopoluente interrelacionam-se, perturbando a reparação e a manutenção orgânica de forma mais acentuada, (RODRIGUES, 2009).

**O diagnóstico** é realizado através do exame objetivo e da espirometria. A espirometria permite avaliar a limitação do fluxo respiratório e classificar o estágio da doença (NAZIR et al, 2009; GOLD, 2011).

**O tratamento** contempla a abordagem medicamentosa e não medicamentosa. No **regime terapêutico medicamentoso**, os medicamentos mais utilizados são os broncodilatadores, que podem ser de curta ou longa duração, combinações de um ou mais broncodilatadores, anti-inflamatórios, mucolíticos, antibióticos, vacinas (para prevenção das infecções respiratórias) (NAZIR, 2009; GOLD, 2011). Também é frequente a oxigenoterapia, num período de pelo menos 18H/ diárias, para doentes com hipoxemia e a ventiloterapia não-invasiva para doentes com IRG e hipercapnias

elevadas (NAZIR, 2009; GOLD, 2011). O **regime terapêutico não-medicamentoso** baseia-se no treino das técnicas de reeducação funcional respiratória, de gestão de esforço, de conservação de energia; contempla ainda a evicção tabágica e as medidas de higiene e dietéticas (NAZIR et al, 2009; DGS, 2010; GOLD, 2011).

Referimos também o tratamento cirúrgico, em que é realizado o transplante de pulmão, sendo a sobrevida de 50% aos 5 anos (GOLD, 2011).

A DPOC é uma doença prevenível e tratável, sendo recomendadas estratégias fáceis de implementação como sejam a realização de consultas que promovam a redução/ evicção dos fatores de risco, a divulgação de normas de boas práticas e a implementação de programas de reabilitação respiratória que minimizem as exacerbações e a evolução da doença (DGS, 2010).

A **reabilitação respiratória** é definida como a intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes sintomáticos e, frequentemente, com redução das AVD<sup>6</sup>, para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença (DGS, 2009).

No âmbito da reabilitação respiratória, a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico é uma estratégia, que visa o autocontrolo da doença no domicílio, permitindo reduzir o recurso à urgência hospitalar por agudizações ou complicações; diminuir a morbilidade e mortalidade, racionalizar a prescrição e o consumo de meios terapêuticos (DGS 2010).

Os enfermeiros de reabilitação reúnem um conjunto de competências específicas que lhes permitem prestar cuidados de reabilitação aos idosos com DPOC, e promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico (OE, 2010) e que abordamos seguidamente.

---

<sup>6</sup> No contexto da reabilitação, **as atividades de vida diária (AVD)**, refere-se ao conjunto de atividades que as pessoas desempenham no seu dia-a-dia. Estas dividem-se em dois grupos: **(1) cuidado pessoal ou em atividades básicas de vida diária (ABVD)**, que se referem às funções do corpo, estruturas envolvidas e atividades para a sua execução e incluem a higiene pessoal; alimentação (usar os talheres, partir os alimentos, dirigir comida à boca); vestuário (escolher a roupa do armário e vestir-se), controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; locomoção e transferências (sair da cama para a cadeira e vice-versa, da cadeira para outra superfície) **(2) atividades domésticas ou comunitárias ou atividades de vida instrumental diária (AIVD)**, referem-se as capacidades para gerir o ambiente em que vive e inclui a preparação de refeições, realizar as tarefas domésticas, lavar roupa, gerir o dinheiro, usar o telefone, gerir a terapêutica, fazer compras e usar os meios de transporte (FRICKE, 2010; CARDOSO, 2011).

## 1.1- A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

As alterações respiratórias relacionadas com a progressão da DPOC, no idoso, acarretam graves limitações na capacidade funcional, com substancial perda de qualidade de vida (ONDR, 2011). A qualidade de vida inclui “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto, na sociedade”, e é influenciada pela “cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2005). É um valor atribuído à vida e que se altera com a deficiência, o estado funcional, a perceção de saúde e as oportunidades sociais devidas a uma doença (LOPEZ, 1996; AMORIM, 2009).

As limitações da funcionalidade no idoso com DPOC podem originar incapacidade e obrigar a alterações permanentes, determinando consequências ao nível da pessoa, com aumento da dependência nas AVD, (essencialmente na higiene pessoal, no vestir/despir, na locomoção, fazer compras, preparar refeições, realizar as tarefas domésticas, usar transportes e conduzir); do desempenho em família e em sociedade (com diminuição das saídas de casa para passear, ir de férias, visitar familiares e amigos, e manter atividades ocupacionais e de lazer), que comprometem o seu bem-estar<sup>7</sup>, no quotidiano (HOEMAN, 2011; ONDR, 2011). Referem-se também as consequências a nível económico relacionadas com os gastos com a sua doença tendencialmente crescentes, nomeadamente com o regime terapêutico, com a realização de exames auxiliares de diagnóstico, com os custos das deslocações frequentes ao hospital e no acesso a outros recursos (HOEMAN, 2011; DGS, 2009).

A DGS (2009) apela à congregação de esforços dos serviços prestadores de cuidados a nível primário, secundário e terciário, no sentido de se evitar ou controlar a doença.

No âmbito do programa de Prevenção e Controlo da DPOC e de acordo com as orientações técnicas da reabilitação respiratória, a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico **promove a adesão<sup>8</sup> ao regime terapêutico; a modificação do**

---

<sup>7</sup> **Bem-estar** é entendido como “a experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda” (BASTO, 2009, p 14)

<sup>8</sup> “Ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação (...). Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescritos (...)” (ICN, 2011, p. 38).

**comportamento e do estilo de vida; o autocontrolo da doença no domicílio, otimiza o recurso aos serviços de saúde, melhora a funcionalidade e a qualidade de vida** (MAGALHAES, 2009; DGS, 2010, GOLD, 2011).

A este propósito, a OMS (2000) refere que a educação é um direito básico e salienta a estratégia de habilitar as comunidades e os indivíduos, capacitando-os (empoderamento) para controlarem a sua saúde e o ambiente.

Nesta sequência a educação para a saúde tem de se constituir como um processo sistematizado, orientado para utilização de estratégias que permitam o melhor nível de saúde do idoso com DPOC, respeitando os princípios do envelhecimento ativo (WHO, 2003).

A educação da pessoa com necessidades de saúde tem importância para que esta se possa autocuidar OREM (1995) e constitui um aspeto importante na garantia de autonomia<sup>9</sup>, segurança e participação em sociedade (CARLSON, 2006; OE, 2010).

O autocuidado é definido como as “atividades que a pessoa<sup>10</sup> inicia e executa para benefício próprio, com o intuito de preservar a vida, manter a saúde<sup>11</sup> e o bem-estar” OREM (1995) cit. por TOMEY (2004, p. 213) e é um foco da prática de cuidados de enfermagem (ICN, 2011).

Assim, no processo de cuidados<sup>12</sup> ao idoso com DPOC, o enfermeiro avalia a natureza multidimensional dos compromissos respiratórios, os conhecimentos e a capacidade para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, desenvolvendo o plano de cuidados de enfermagem (HOEMAN, 2011). Este é um processo ativo e cognitivo no qual o doente assume a responsabilidade pelo seu processo de saúde-doença, procurando manter a sua saúde ou controlar a sua situação de doença e conseguir o bem-estar (OREM, 1995). Este deve ser desenvolvido em parceria com a pessoa e a

---

<sup>9</sup> Segundo VEIGA (2011), o conceito de **autonomia**, na enfermagem é transversal em todas as construções teóricas, no entanto ela emerge como elemento central no modelo de Orem. Esta refere-se à autonomia como a aptidão da pessoa fazer as próprias escolhas no desempenho do seu autocuidado.

<sup>10</sup> Para Orem e de acordo com a OE (2002, p. 6) a **Pessoa** “é um ser social, agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria, e direito a autodeterminar-se”(…)

<sup>11</sup> **Saúde**, de acordo com OREM (1995), que apoia a definição de saúde da OMS, é o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença; inclui os cuidados de promoção e manutenção de saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou da lesão (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

<sup>12</sup> **Processo de cuidados** é para AMENDOEIRA (2000), “um processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla”.

família<sup>13</sup>, pelo seu suporte nas componentes físicas e emocional, nomeadamente nos períodos após hospitalização (MARTINS, 2003; MENDES, 2009).

Perceber a natureza dos cuidados que presta e a teoria que os suporta conduz a uma adequação conceptual dos cuidados. Nesta perspetiva, o modelo do autocuidado de OREM, que regula a atuação do enfermeiro às necessidades da pessoa em autocuidado e a sua previsão e manutenção numa base de continuidade para a manutenção da vida, pode conduzir o enfermeiro no **apoio e educação para o autocuidado**: gestão do regime terapêutico. (OREM 1995).

Segundo OREM (1995), no cuidado à pessoa incapaz ou limitada na satisfação do seu autocuidado, o enfermeiro planeia e implementa um conjunto de intervenções que visam cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado.

OREM (1995), desenvolveu a **teoria de enfermagem do autocuidado**, a qual é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do deficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A autora sugere, também, três classificações de sistemas de enfermagem de forma a poder dar resposta aos requisitos de autocuidado: o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No sistema totalmente compensatório, as pessoas apresentam limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. No sistema de enfermagem parcialmente compensatório, o cuidado baseia-se nas ações de manipulação ou deambulação. No sistema de apoio-educação, a pessoa para desempenhar o seu autocuidado necessita de aprender a executar através de orientação.

O **enfermeiro de reabilitação**, no seio da equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental na reabilitação do idoso com DPOC. O seu nível de conhecimentos e a sua experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial do idoso com DPOC (OE, 2010).

De acordo com HOEMAN (2011) as intervenções no âmbito da enfermagem de reabilitação pretendem: “definir objetivos para níveis máximos de independência funcional e nas AVD; promover o autocuidado; prevenir complicações; reforçar comportamentos de adaptação; assegurar a acessibilidade e a continuidade de cuidados

---

<sup>13</sup> A **família** é entendida como os “membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco... pessoas que são importantes para o cliente ...” (ICN, 2006)

e serviços; advogar a melhor qualidade de vida; (...) contribuir para reformas na prestação de cuidados e na estrutura dos serviços de saúde” (HOEMAN, 2011, p3).

Considerando **as competências específicas**, o enfermeiro de reabilitação: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (REGULAMENTO nº 125/ 2011).

Assim, no âmbito da prevenção, o enfermeiro de reabilitação promove o diagnóstico e ações preventivas de enfermagem de reabilitação<sup>14</sup>, de forma a garantir a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar a incapacidade (OE, 2010). Numa situação já existente ou previsível, o enfermeiro de reabilitação tem como objetivo que a pessoa com deficiência<sup>15</sup> ou incapacidade<sup>16</sup> consiga manter o melhor nível de funcionalidade e autonomia, evitando situações de desvantagem<sup>17</sup> (HESBEEN, 2003). Na sua intervenção, o enfermeiro de reabilitação utiliza práticas específicas de reabilitação e intervém na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na sua reintegração na família e na comunidade, facultando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010).

A adesão e manutenção do autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, reduz a dispneia, melhora a capacidade física e a qualidade de vida (EFRAIMSSON et al, 2008; NAZIR, 2009; EFFING et al, 2009), pelo que tem um efeito positivo não só na doença em si, como nas suas repercussões sistémicas: diminui a progressão de outras doenças associadas como é exemplo a doença cardiovascular; melhora a tolerância ao esforço; previne as alterações psicológicas que aparecem ou se agravam com a longa duração da doença (depressão e/ou ansiedade); é facilitadora do convívio com os amigos e outras pessoas, tornando possível viver de novo, em

---

<sup>14</sup> A **enfermagem de reabilitação** “é um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos, no estágio inicial da doença (...), continua na fase de recuperação e envolve a adaptação da pessoa como um todo ao novo estilo de vida” (HOEMAN, 2011)

<sup>15</sup> **Deficiência:** qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função fisiológica, psicológica ou anatómica. Ex: dispneia, tosse, expetoração, depressão, ansiedade (HESBEEN, 2003).

<sup>16</sup> **Incapacidade:** restrição ou falta de capacidade para uma atividade, dentro dos moldes e limites considerados normais. Ex: intolerância ao esforço, incapacidade de deambulação (HESBEEN, 2003).

<sup>17</sup> **Desvantagem:** representa a expressão social de uma deficiência ou de uma incapacidade (influenciada pelos caracteres culturais, sociais, económicos e ambientais). Ex: desvantagem na independência física, na capacidade de ocupação, na integração social, na independência económica (HESBEEN, 2003).

sociedade e ao mesmo tempo conviver com a doença (COSME et al, 2006; MAGALHAES, 2009; PANDILHA; 2010).

A adesão ou concordância é influenciada por fatores internos, como as crenças, as experiências positivas e a forma como as mobiliza e fatores externos, como o suporte dado pela família na manutenção da adesão (SILVA, 2010). OSTERBERG et al (2005), referem também a influência da educação do doente; da comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; da posologia e tipo de fármaco; e da acessibilidade aos serviços de saúde.

A adesão pode ser avaliada de acordo com o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde, o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, os conhecimentos que a pessoa tem, quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico, a permanência em programas de tratamento, o seguimento das consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a toma dos mesmos de forma adequada, o seguimento de regimes alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco e mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (DELGADO et al, 2001; SILVA, 2010; GASPAS, 2011).

O idoso com DPOC está sujeito a um regime terapêutico complexo com recurso a múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo. Realça-se a polimedicação, com recurso a vários fármacos, diferentes horários, necessidade de adequação das dosagens em função dos valores resultantes da auto vigilância, a utilização de diferentes vias de administração (via oral, inalatória), em simultâneo com, a utilização de estratégias não farmacológicas, como a adequação de hábitos alimentares, realização de exercício e o autocontrolo de sintomas. (PANDILHA, 2010).

**A promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, baseia-se nas ações de incentivo da evicção tabágica; na educação sobre a doença (fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas); a nutrição adequada; a gestão da inaloterapia, oxigenoterapia e ventiloterapia; a intervenção nas agudizações, saídas de casa e viagens; e a gestão do regime terapêutico não-medicamentoso (MAGALHÃES, 2009; DGS, 2009).**

Das intervenções recomendadas para a **promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico não-medicamentoso** (DGS, 2010; GOLD, 2011), salientam-se as seguintes:

- O treino de **técnicas de relaxamento** para controlo de pânico e ansiedade, situações que influenciam a ocorrência de sintomas como a dispneia. As técnicas de descanso e relaxamento, também, têm como objetivo reduzir a tensão física e psíquica, permitindo um melhor desempenho na realização dos exercícios de reeducação funcional diafragmática. O doente deve ser posicionado em decúbito dorsal e membros inferiores ligeiramente fletidos, para favorecer o relaxamento dos músculos abdominais. Em doentes dispneicos, deve-se elevar a cabeceira da cama (HEITOR et al, 1988; LYNES, 2007). Em caso de crise de dispneia, devem ser treinadas as posições de descanso, como a “posição de cocheiro”, em que o diafragma adquire uma curvatura mais fisiológica e todos os músculos acessórios da respiração, pescoço, cintura escapular, e membros superiores ficam em posição de relaxamento. A esta posição o doente deve associar a técnica de dissociação dos tempos respiratórios<sup>18</sup> (LYNES, 2007)
- O treino de **reconhecimento de dispneia**<sup>19</sup>. A dispneia é o sintoma frequente na DPOC (DGS, 2010) e interfere com a capacidade de respirar, falar, dormir, de autocuidado, de andar em casa, subir escadas, andar na rua, ter relações sexuais, de realizar atividades domésticas e de socialização (LYNES, 2007; ALMEIDA et al, 2009). Instruir o idoso a reconhecer a dispneia e a ter o seu autocontrolo no desempenho das atividades no dia-a-dia, permite-lhe maior tolerância à atividade física (LYNES, 2007; ALMEIDA et al, 2009). Na avaliação da dispneia o doente reconhece e discrimina os diferentes estímulos, atribuindo-lhes um valor de acordo com uma escala, nomeadamente, a Escala de BORG<sup>20</sup>. A realização de atividade física intercalada com períodos de descanso considera a perceção da dispneia (FISHMAN et al, 2008; ALMEIDA et al, 2009).
- O treino da **respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados** ajuda a diminuir a hiperinsuflação dinâmica, favorece as trocas gasosas, promove o aumento da força e resistência dos músculos respiratórios e otimiza o padrão

<sup>18</sup> Na **técnica de dissociação dos tempos respiratórios** a pessoa inspira pelo nariz (“cheira uma flor”) e expira pela boca lentamente (“sopra a vela”) (HEITOR et al, 1988; ALMEIDA et al, 2009).

<sup>19</sup> **Dispneia** pode definir-se como perceção de respiração difícil por parte da pessoa doente, a sensação subjetiva de desconforto, dificuldade em respirar (O'DONNELL, 2007).

<sup>20</sup> **Escala de Borg Modificada**: avalia a dispneia de 0-10, sendo 0 nenhuma falta de ar e 10 a máxima falta de ar, de acordo com a perceção do doente (BORG, 1982).

respiratório tóraco-abdominal. O controlo destas técnicas facilita a gestão da dispneia durante as exacerbações ou em períodos de ansiedade ou maior esforço e melhora a capacidade de exercício (FISHMAN et al, 2008; DGS, 2009). Para que a manobra seja correta o tórax deverá permanecer imóvel, havendo apenas movimento a nível abdominal. O doente é instruído e treinado a inspirar pelo nariz e a expirar lentamente pela boca com os lábios semicerrados. Assim, mantém-se a pressão positiva das vias aéreas, evitando o colapso dos bronquíolos terminais e a hiperinsuflação torácica (HEITOR et al, 1988; FISHMAN et al, 2008). Devido à produção de muco é importante instruir e treinar, também, a técnica de expiração forçada<sup>21</sup> e a técnica de tosse dirigida<sup>22</sup> para realizar a higiene brônquica diária (FISHMAN et al, 2008; PRESTO et al, 2009).

- **O treino de técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia**, nas quais o doente é instruído a realizar a atividade intercalada com períodos de descanso, não aumentando a dispneia. No período de descanso deve ser executada a dissociação dos tempos respiratórios e a expiração com os lábios semicerrados (DGS, 2009; PRESTO et al, 2009). No desempenho do autocuidado o idoso deve ser aconselhado a tomar banho sentado num banco; vestir/ despir, calçar e descalçar os sapatos sentado; fazer a higiene pessoal sentado (escovar os dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas do dia-a-dia e não ter pressa aquando da sua realização; e subir escadas degrau a degrau (DGS, 2009). Estas alterações nas tarefas diárias reduzem a sensação de dispneia e diminuem o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias durante a realização das mesmas (DGS, 2009; PRESTO et al, 2009). Aconselha-se a colocação de barras de apoio na casa de banho para diminuir o gasto de energia e aumentar a segurança nas transferências ao sentar/ levantar da banheira/ poliban – cadeira e vice-versa, cadeira- sanita (DGS, 2009; PRESTO et al, 2009).

A planificação da realização das atividades e de períodos de descanso, a disposição dos objetos mais frequentemente utilizados em locais de fácil acesso e a eliminação de barreiras arquitetónicas são fundamentais para reduzir o gasto de energia

---

<sup>21</sup> Na expiração forçada a pessoa inspira profundamente pelo nariz e de seguida faz a expiração rápida com a glote aberta, que se assemelha à técnica de “embaciar um vidro”, sempre com a coordenação dos músculos abdominais (PRESTO et al, 2009).

<sup>22</sup> Na realização da tosse a pessoa inspira profundamente pelo nariz e faz a expiração forçada com a glote fechada (semelhante ao reflexo de tosse) e com contração da musculatura abdominal (PRESTO et al., 2009).

e a sensação de dispneia, permitindo que o idoso se mantenha ativo, facilitando a sua reintegração no contexto familiar e na comunidade (ALBERT et al, 2008).

- **O treino de exercício físico**, designado por **treino de esforço**, é aglutinador dos outros componentes da reabilitação respiratória, e associa o **treino de endurance** e o **treino de força** (DGS, 2009). Este melhora a função esquelética e morfológica dos músculos afetados pela inatividade, diminuindo a dispneia com a atividade e melhorando a capacidade para o exercício (FISHMAN et al, 2008; ALMEIDA, 2009). O **treino de endurance** baseia-se no treino simples (exercícios de moderada intensidade, por um período relativamente longo. Ex: marcha, bicicleta) e no treino intervalado (exercícios com intensidade variável, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial), usado particularmente em doentes com capacidade física mais diminuída (DGS, 2009). O **treino de força** consiste na realização de exercícios dos membros superiores e inferiores, com utilização de resistências ou pesos/halteres (DGS, 2009).

Na realização do treino de esforço, é recomendado o uso de oxigénio em doentes com hipoxemia em repouso ou induzida pelo exercício, por aumentar significativamente a capacidade de exercício e reduzir os efeitos adversos. O doente é ensinado a expirar com os lábios semicerrados durante a fase de esforço e inspirar durante a fase de relaxamento (LYNES, 2007).

O treino dos músculos respiratórios está indicado quando a sua força está tão diminuída que passa a ser um componente da limitação ao exercício (DGS, 2009).

O treino resistido dos membros inferiores melhora a locomoção, uma vez que são os que mais sofrem com a inatividade. Os exercícios resistidos para os membros superiores melhoram o desempenho em muitas tarefas e ajudam a reduzir a dispneia, uma vez que alguns músculos envolvidos no movimento dos membros superiores também atuam como músculos acessórios da respiração (LYNES, 2007; ALMEIDA, 2009).

A atividade física progressiva, aumenta a capacidade para o exercício e interrompe o ciclo de descondicionamento físico. O descondicionamento físico está relacionado com o estilo de vida sedentário que o doente com DPOC adota frequentemente, devido à presença de dispneia e intolerância à atividade. A presença da dispneia com a atividade física, leva o doente a reduzir a atividade. Da inatividade surgem alterações na estrutura e função dos músculos periféricos, resultando menos

capacidade para o movimento, mais dispneia e fadiga ao exercício, levando a mais sedentarismo e assim sucessivamente (LYNES, 2007; ALMEIDA et al, 2009).

Todos os doentes que apresentam dispneia, em pequenas caminhadas, em piso sem inclinação, aparentam ter benefícios com a reabilitação respiratória, tais como, a redução da dispneia, da fadiga, maior tolerância ao esforço, maior participação nas AVD e melhoria a nível emocional (MAGALHÃES, 2009; GOLD, 2011).

O aumento da capacidade funcional para o exercício, aumenta a participação social, reduz o número de hospitalizações, reduz o custo com o tratamento, através da estabilização ou regressão das manifestações da doença e diminui a taxa de mortalidade (ALMEIDA et al, 2009; DGS, 2010; OSTHOFF et al, 2010).

Assim, tendo em conta que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, apresenta-se no próximo capítulo os resultados do projeto elaborado e desenvolvido no serviço de Pneumologia C, com a finalidade de melhorar os cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico.

## **2- DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO “PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO, NO IDOSO COM DPOC”**

No âmbito da Unidade Curricular de Seminário Projeto, do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, conforme referido anteriormente, foi elaborado e desenvolvido o trabalho de projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação: **“Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”**, com a finalidade de melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação (anexo I). Neste, foi utilizada a metodologia de trabalho projeto e de acordo com LEITE et al (2003) foram percorridas as seguintes etapas: identificação/formulação do problema, pesquisa/produção e apresentação/globalização/avaliação final.

Assim, partindo do pressuposto de que a capacitação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC, permite o autocontrolo da doença no domicílio e melhora a sua qualidade de vida; e como enfermeira especialista a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, no serviço de Pneumologia C, particularmente na área da reabilitação respiratória, ter percecionado empiricamente os reinternamentos frequentes no idoso com DPOC, quer por ter constatado a ausência de um plano que permitisse a intervenção estruturada no planeamento da alta e na promoção do autocuidado, nasceu a intenção de elaborar o projeto. Esta intenção levou à identificação e validação da problemática com a equipa de enfermagem; e formulação da questão/**problema**: quais são as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC?

Ainda, no sentido do aprofundamento dos conhecimentos, foi realizada a revisão bibliográfica sobre o autocuidado: GRT, no idoso com DPOC e as intervenções de enfermagem de reabilitação para a sua promoção; a partir desta foi elaborado o plano de atividades, com a definição de objetivos, atividades e a inventariação dos recursos necessários para melhorar a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico.

A implementação do projeto decorreu de acordo com o plano de atividades planeado e os seguintes objetivos:

- Estruturar procedimentos para a promoção do autocuidado: GRT, no planeamento da alta do idoso com DPOC;
- Implementar o plano de educação do idoso com DPOC, no autocuidado: GRT;
- Assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade através da melhoria da articulação com os cuidados de saúde primários e do apoio formal nas primeiras semanas após a alta.

No âmbito das atividades desenvolvidas salienta-se a elaboração e apresentação de um instrumento de colheita de dados para avaliar as necessidades do idoso com DPOC, nomeadamente de educação para o autocuidado: GRT; a elaboração e apresentação do plano de educação para o autocuidado, para facilitar a estruturação das intervenções de enfermagem; a elaboração e apresentação do panfleto informativo para complementar as ações desenvolvidas; a implementação do correio eletrónico para partilhar a informação com o enfermeiro do Centro de Saúde e encaminhar a carta de alta de enfermagem em tempo “real”; a criação de uma linha telefónica para esclarecimento de dúvidas e apoio ao idoso e família; a implementação da visita domiciliária (na primeira semana após a alta) em conjunto com o enfermeiro do Centro de Saúde, aos idosos com OLD e VNI para assegurar a continuidade dos cuidados e a elaboração e apresentação da norma do planeamento da alta e promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico.

Assim, o planeamento da alta e a promoção da educação para o autocuidado: GRT, foi implementado de forma estruturada de acordo com a norma elaborada e implementada no serviço (anexo IV), desde a admissão do idoso. Segundo PETRONILHO (2007), o planeamento da alta desde a admissão, possibilita que o doente no dia da alta se encontre preparado para regressar ao domicílio. A norma mencionada e aprovada pela direção do serviço, após o período de teste, que teve a duração de cerca de quatro semanas, contemplou a:

- ✓ a realização da **avaliação das necessidades de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, do idoso com DPOC**, nas primeiras 24 horas;
- ✓ a implementação do **plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico**, precocemente, de acordo com a situação clínica;

- ✓ a promoção da **continuidade dos cuidados no domicílio** através da **melhoria da articulação de cuidados de enfermagem de reabilitação, entre o serviço e o Centro de Saúde** e com a partilha de informação em tempo real.

Considerando a intervenção do enfermeiro de reabilitação na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico e no sentido de avaliar e analisar o impacto do projeto referenciado, foi realizado o **estudo no idoso com DPOC, para avaliar a intervenção de enfermagem de reabilitação**, procurando-se responder à seguinte questão: Quais os efeitos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC?

O objetivo geral do estudo foi avaliar os efeitos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado gestão do regime terapêutico, na adesão, na autonomia e na qualidade de vida do idoso com DPOC.

Referem-se ainda como objetivos específicos (1) caracterizar os idosos segundo as dimensões biopsicossociais; os fatores de risco; a situação clínica e o regime terapêutico; (2) avaliar a adesão ao regime terapêutico, (3) avaliar a autonomia (física e instrumental) e a (4) qualidade de vida.

No sentido de dar resposta a estes objetivos procurou-se numa primeira fase operacionalizar o processo de recolha de dados; identificar os sujeitos a incluir no estudo e definiram-se os procedimentos metodológicos a ter em conta, de forma a permitirem a análise sistemática dos resultados obtidos.

Em relação aos **Sujeitos**, foram selecionados 11 idosos internados no serviço de Pneumologia C do CHO, Unidade de Torres Vedras, com o diagnóstico de DPOC. O grupo de idosos foi obtido de modo não aleatório, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Ter o diagnóstico DPOC;
- Estar orientado no tempo, no espaço e na pessoa;
- A viver no domicílio e no concelho de Torres Vedras.

Quanto ao **Contexto/ Caracterização do serviço**, refere-se que o serviço de Pneumologia C faz parte do CHO: Unidade de Torres Vedras e é constituído por quatro enfermarias e dois quartos (utilizados frequentemente para o isolamento), num total de 18 camas. Os doentes são admitidos pelo Serviço de Urgência (89,0%), Consulta Externa (4,7%) e de outros serviços (6,3%), sendo os diagnósticos mais frequentes a

Pneumonia, a DPOC, a neoplasia pulmonar, a asma agudizada e o derrame pleural. De acordo com o **quadro nº 1**, no ano 2012, foram internados 489 doentes. Cerca de 11,3% dos doentes (55) foram internados com o diagnóstico de DPOC, em relação à idade a sua maioria (84,5%) tinham idade igual ou superior a 65 anos; apenas 14,5% tinham idades compreendidas entre 52 e 64 anos<sup>23</sup>.

**Quadro nº 1:** Alguns dados de caracterização do serviço de Pneumologia, no ano 2012

Nº doentes internados	Doentes tratados por cama	Demora média (dias)	Taxa de ocupação	Taxa de reinternamentos	Taxa de mortalidade
489	27	12	91,3%	11,0%	14,7%

Em relação à **constituição da equipa de saúde** e segundo o **quadro nº 2**, salienta-se que a equipa de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros, sendo apenas um especialista de reabilitação.

A organização dos cuidados de enfermagem é feita pelo método individual, sendo a distribuição dos doentes realizada de acordo com o número de horas de cuidados de enfermagem necessários, segundo a classificação de doentes.

**Quadro nº 2:** Constituição da equipa de saúde do serviço de Pneumologia C

ENFERMEIROS	Nº
12 Enfermeiros (inclui 1 enfermeiro especialista de reabilitação)	12
Enfermeira Chefe	1
MEDICOS	
Médicos Pneumologistas	8
OUTROS PROFISSIONAIS	
Assistentes Social	1
Dietista	1
Fisioterapeuta	1
Secretária de Unidade	1
Assistentes Operacionais	9

Relativamente ao **instrumento de recolha de dados**, foi utilizado o instrumento elaborado para a avaliação das necessidades do idoso com DPOC, no âmbito da enfermagem de reabilitação (anexo V) e que inclui:

- a avaliação biopsicossocial e da capacidade funcional (autonomia física e instrumental), através do Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB);
- a avaliação da adesão ao regime terapêutico medicamentoso, através da Medida de Adesão Terapêutica (MAT) e da adesão ao regime terapêutico não medicamentoso;
- a avaliação da qualidade, através do questionário respiratório (SGRQ).

<sup>23</sup> Dados relativos ao ano 2012, de acordo com o programa SONHO do CHO: Unidade Torres Vedras.

A utilização do Método de **Avaliação Biopsicossocial** – MAB (BOTELHO, 2011), permitiu avaliar o idoso nos domínios mental, físico, funcional e conhecer as alterações na autonomia física e instrumental. Para a **avaliação no domínio Biológico** foi incluída a idade, sexo, estado de nutrição (IMC [peso (Kg) /altura (m) 2] e cintura)<sup>24</sup>; no **domínio Psicológico** foi incluído o estado cognitivo (orientação tempo e espaço) e as queixas emocionais; no **domínio Social** foi questionado o estado civil, onde e com quem vive e a escolaridade<sup>25</sup>; A avaliação da **autonomia física** baseia-se na avaliação do autocuidado: lavar-se/tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-se/comer; usar a sanita/bacio/urinol, controlar a urina, controlar as fezes, deitar-se/levantar-se da cama, sentar-se/levantar-se da cadeira e andar) e a **autonomia instrumental** baseia-se na avaliação da dependência nos itens: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida da casa; lavar/tratar da roupa; usar transportes, onde não pode ir a pé; tomar os seus medicamentos e gerir o seu dinheiro. A classificação dos domínios está estruturada segundo uma escala tipo Likert, com quatro níveis (0-incapaz; 1-dependente; 2-autónomo; 3-independente), integrados numa abordagem dicotómica 0 e 1 desfavorável/indesejável/dependente; 2 e 3- favorável/ desejável/autossuficiente.

A utilização da **Medida de Adesão Terapêutica (MAT)** permitiu o registo de dados relativos a sete variáveis sobre o comportamento do idoso face à adesão ao regime medicamentoso, avaliada também, através de uma escala de tipo Likert com 6 opções. A adesão ao regime medicamentoso é tanto maior, quanto mais elevada for a cotação obtida (DELGADO et al, 2001).

Para avaliar a **capacidade para gerir o regime terapêutico não medicamentoso** foi observado e registado em tabela o comportamento do idoso no âmbito da gestão do regime terapêutico de acordo com as recomendações da DGS (2009), nomeadamente a capacidade de reconhecer a dispneia, de realizar a técnica de relaxamento, a técnica de conservação de energia; a técnica de gestão de esforço e o reconhecimento de sinais de alerta. As respostas foram classificadas segundo: Demonstra conhecimento/ executa bem (D); Não demonstra conhecimento ou executa mal (ND).

---

<sup>24</sup> O **Índice de Massa Corporal** (IMC), que idealmente se deve situar entre 18 e 25 (PORTAL DA SAÚDE, 2005); O IMC deve ser sempre calculado nos doentes com DPOC, para identificar situações que necessitam de encaminhamento: o IMC baixo é muitas vezes revelador de disfunção muscular, por outro lado o IMC elevado pode acarretar limitações na ventilação (ALMEIDA, 2009). Ambas aumentam o risco para readmissão hospitalar (WEDZICHA et al, 2009).

<sup>25</sup> Anos de Escolaridade: (0) 0 anos /analfabeto, (1) 1 a 6 anos, (2) 7 a 12 anos, (3) 13 ou mais anos.

Na **avaliação da qualidade de vida** do idoso com DPOC, foi utilizado pelo seu nível de abrangência e maior especificidade, o **Questionário St. George Hospital (SGRQ)**. É um questionário respiratório específico, validado para a população portuguesa por TAVEIRA et al (1999) e recomendado pela DGS (2009), que avalia especificamente a qualidade de vida e quantifica os ganhos em saúde após as intervenções dos profissionais de saúde. Este questionário aborda os aspetos relacionados em três domínios: sintomas (oito questões), atividade (dezasseis questões) e impacte psicossocial (vinte seis questões) que a doença respiratória provoca. No domínio dos sintomas é avaliada a presença da dispneia, da pieira, da tosse e das agudizações. O domínio da atividade abrange as AVD que estão limitadas pela dispneia e o domínio psicossocial, os aspetos relacionados com o comportamento social e alterações emocionais (TAVEIRA et al, 1999).

Os resultados variam entre zero e cem, em que os com valores mais baixos indicam melhores níveis de qualidade de vida. Valores acima de 10%, refletem uma qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio, indica uma mudança significativa na qualidade de vida (TAVEIRA et al, 1999).

No âmbito dos **procedimentos metodológicos**, refere-se que o projeto “Promoção da autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC” foi aprovado em abril de 2012 (anexo II), pela direção de enfermagem e direção clínica do Hospital, bem como do serviço de Pneumologia C.

Na colheita de dados e nas intervenções realizadas foram levadas em conta as **questões éticas**. Os idosos e família foram previamente informados do objetivo do projeto (anexo III), sendo garantida a confidencialidade, o direito à intimidade, à proteção contra o desconforto e a liberdade para poder ou não participar no estudo, tendo em conta os princípios preconizados por FORTIN (2003). Foi garantido que seria omitida a sua identidade, pois os resultados seriam apresentados de forma global, não permitindo nunca a possibilidade destes serem identificados.

Entre maio de 2012 e janeiro de 2013, foi aplicado o instrumento de colheita de dados aos doentes internados com os critérios já mencionados. Foi realizada a **avaliação inicial e a identificação das necessidades de educação para o autocuidado**. As **necessidades do idoso com DPOC** foram avaliadas, sempre que possível, nas primeiras 24 horas, através da entrevista com o idoso e família.

Quando a situação clínica do doente já estava estável, era iniciado o programa de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico. Foram realizadas sessões de educação para o autocuidado, de segunda-feira a sexta-feira, no turno da manhã (8-16h), pela enfermeira especialista ou pelo enfermeiro generalista com supervisão do enfermeiro especialista, de acordo com as necessidades e a capacidade de aprendizagem do idoso. O familiar mais próximo era convidado a assistir às ações de educação e sempre que possível participava na realização das ações desenvolvidas, de forma a poder dar apoio em casa.

**O plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC** (anexo VI), baseou-se:

- ✓ Na educação sobre a fisiopatologia da DPOC, reconhecimento da dispneia, reconhecimento de sinais e sintomas de exacerbação<sup>26</sup> e a sua gestão;
- ✓ Na educação para o controlo de fatores de risco (minimizar a exposição ao fumo de tabaco, fumo da lareira e outros, minimizar o contato com doentes com infeções respiratórias; realizar a vacinação recomendada);
- ✓ Na educação para a adesão e gestão da terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia (verificação da técnica inalatória, horário e doses dos medicamentos; cumprimento da oxigenoterapia e ventiloterapia, verificação dos equipamentos, instrução sobre a limpeza e manutenção dos mesmos);
- ✓ Treino de técnicas de relaxamento;
- ✓ Treino de técnicas de reeducação funcional respiratória (respiração diafragmática, expiração com lábios semicerrados e tosse dirigida);
- ✓ Treino de técnicas de conservação de energia nos autocuidados (treinando o idoso a realizar o autocuidado banho e vestir/ despir sentado, comer, andar e subir/descer escadas devagar, realizando momentos de pausa, a dissociação dos tempos respiratórios e a expiração com lábios semicerrados, mantendo a dispneia entre 1 e 5, de acordo com escala de Borg modificada);
- ✓ Treino de gestão de esforço (realização de pedaleira, caminhada e treino de força dos membros superiores com halteres e membros superiores com pesos. O tempo de exercício e os pesos utilizados foram aumentados progressivamente de acordo com a tolerância dos doentes).

---

<sup>26</sup> As **exacerbações** são caracterizadas por um agravamento da dispneia, tosse, mudanças na coloração e no volume da expectoração, com necessidade de adição de outros medicamentos, normalmente utilizados em situações agudas (WEDZICHA, 2009).

Como reforço da informação e dos treinos efetuados, foi entregue o folheto informativo sobre o autocuidado: gestão do regime terapêutico, possibilitando a consulta dos exercícios implementados (anexo VII).

A intervenção de enfermagem de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico foi continuada no domicílio do idoso após a alta, com pelo menos duas visitas por semana até perfazer 3 meses após a alta. A primeira **visita domiciliária** era combinada com o doente, família e enfermeiro do Centro de Saúde, no dia da alta e sempre que possível era marcada para o dia seguinte. As visitas seguintes eram marcadas de acordo com a situação clínica do idoso e a sua capacidade para o autocuidado.

As visitas domiciliárias foram realizadas à tarde e tinham a duração aproximada de 1 hora. A primeira visita era realizada com o enfermeiro especialista de reabilitação do Hospital e o enfermeiro do Centro de Saúde. Nesta visita eram identificadas as barreiras arquitetónicas e condições habitacionais, aconselhadas as alterações na disposição do mobiliário ou outras alterações de forma a facilitar as AVD; Era revisto com o idoso/família o programa de reabilitação respiratória, possibilitando as adaptações ao contexto domiciliário, nomeadamente, o treino das técnicas de conservação de energia a subir/ descer as escadas e a passear no exterior do domicílio, assinalando com o idoso os pontos de referência para fazer as pausas e a dissociação dos tempos respiratórios. Avaliava-se com o idoso/família a terapêutica medicamentosa, prescrita pedindo para exemplificar a técnica de terapêutica inalatória, a colocação da máscara da VNI e outros procedimentos relacionados com a gestão da VNI e oxigenoterapia, esclarecendo dúvidas e corrigindo os aspetos necessários. Os idosos foram incentivados a realizar o programa mesmo nos dias em que não tinham visita domiciliária.

No final dos três meses foi aplicado o instrumento de recolha de dados, de forma a avaliar os resultados em casa do idoso. Os instrumentos foram aplicados pela autora.

O plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico foi apresentado à Enfermeira Chefe e Enfermeiros de Reabilitação do Centro de Saúde e implementado no Centro de Saúde. Foram definidas as estratégias de melhoria de articulação dos cuidados, a informação mínima a disponibilizar e os instrumentos a utilizar na avaliação das intervenções. Foi implementado o correio eletrónico para

partilhar a informação e enviar a carta da alta de enfermagem para o Centro de Saúde em tempo real.

Para tratamento da informação recolhida, foi realizado o processamento da informação e tratamento de dados, através do programa informático Statistic Package for Social Science (SPSS), versão 17.0, para Windows. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, sendo apresentadas as frequências absolutas ( $n^{\circ}$ ) relativas (%), a medida de tendência central- média ( $\bar{X}$ ) e as medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (s), mínimos ( $X_{\min}$ ) e máximos ( $X_{\max}$ ).

## 2.1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Para dar a conhecer os resultados da implementação do projeto, de acordo com os objetivos estabelecidos, apresentaram-se os dados segundo: a caracterização dos idosos quanto à idade, ao género, situação psicológica, social e situação clínica; a avaliação da adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso; a avaliação da autonomia física e instrumental; e da qualidade de vida. Foram apresentadas tabelas com o objetivo de facilitar a leitura dos resultados, seguindo-se a respetiva análise e discussão dos mesmos.

### **Caraterização dos idosos, segundo a idade, género, situação psicológica, social e clínica.**

Foram estudados 11 idosos, com a **idade** média de 75,7 anos (**quadro n° 3**), sendo 6 (54,5%) do sexo masculino e 5 (45,5%) do sexo feminino (**quadro n° 4**).

#### **Quadro n° 3:** Caraterização dos idosos segundo a idade

	<b>n°</b>	<b>X<sub>mín</sub></b>	<b>X<sub>máx</sub></b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s</b>
<b>IDADE</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>87</b>	<b>75,73</b>	<b>6,650</b>

#### **Quadro n° 4:** Caraterização dos idosos segundo o género

<b>SEXO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Feminino	<b>5</b>	<b>45,5</b>
Masculino	<b>6</b>	<b>54,5</b>

Em relação ao estado cognitivo, verifica-se no **quadro nº 5**, que todos os idosos apresentavam boa **orientação espaço-temporal**; 54,5% tinham o **estado emocional** satisfatório e 45,5% bom (o que à partida era considerado indispensável, por ser um critério de inclusão dos idosos no estudo).

**Quadro nº 5:** Caraterização psicológica dos idosos

	Satisfatório		Bom	
	nº	%	nº	%
<b>Orientação tempo e espaço</b>	-	<b>0,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado emocional</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>	<b>5</b>	<b>45,5</b>

Em relação ao **estado civil**, verifica-se pelo **quadro nº 6**, que a maioria dos idosos, 54,5% eram viúvos, separados ou solteiros, no entanto a maioria, 81,8% viviam acompanhados, sendo que 27,1% viviam com a(o) companheira(o) e 54,6% viviam com parentes. Em relação aos cuidadores 27,2% eram a esposa (o), 18,2% as (os) filhas (os) e na maioria, 54,6% eram outros parentes. Os cuidadores eram todos do contexto familiar o que de certa forma facilitou o seu apoio pelos laços que os uniam. Em relação à **escolaridade**, verifica-se que a maioria dos idosos possuíam baixa escolaridade, sendo que 36,4% eram analfabetos.

**Quadro nº 6:** Caraterização social dos idosos

	nº	%
<b>Estado civil</b>		
Casado/ União de facto	<b>5</b>	<b>45,5</b>
Viúvo/Separado/Solteiro	<b>6</b>	<b>54,5</b>
<b>Habilitações literárias</b>		
Analfabeto	<b>4</b>	<b>36,4</b>
1-6 anos	<b>4</b>	<b>36,4</b>
7-12 anos	<b>2</b>	<b>18,2</b>
13 ou mais anos	<b>1</b>	<b>9,1</b>
<b>Agregado familiar</b>		
Vive sozinho	<b>2</b>	<b>18,2</b>
Vive com a(o) companheira (o)	<b>3</b>	<b>27,2</b>
Vive com parentes	<b>6</b>	<b>54,6</b>
<b>Cuidador</b>		
Próprio	<b>2</b>	<b>18,2</b>
Esposa (o)	<b>3</b>	<b>27,2</b>
Filha (o)	<b>2</b>	<b>18,2</b>
Outro	<b>4</b>	<b>36,4</b>

Pelo **quadro nº 7**, constata-se que a maioria dos idosos (63,6%) estiveram expostos a **fatores de risco**, principalmente o tabaco e todos apresentavam outras comorbilidades ou **patologias associadas**. A maioria tinha peso adequado (54,5%), no entanto, cerca de 45,5% eram ou obesos ou magros. No domicílio, encontravam-se polimedicados com **terapêutica** broncodilatadora inalatória, antibioterapia, corticoterapia, e outra. Cerca de 81,8% tinham oxigenoterapia e 54,5% tinham VNI. Refere-se também que a maioria dos idosos (81,8%) tiveram um ou mais **internamentos no último ano**, apenas 18,2% não referiram internamentos anteriores.

**Quadro nº 7:** Caracterização da situação clínica dos idosos

Fatores de risco	nº	%
Tabagismo	7	63,6
Exposição a pó	1	9,1
Sem fatores conhecidos	3	27,3
<b>IMC</b>		
Adequado	6	54,5
Magro/Obeso	5	45,5
<b>Patologias associadas</b>		
HTA	10	90,9
Cardiopatía	7	63,7
Diabetes	1	9,1
Doença osteoarticular	1	9,1
<b>Terapêutica medicamentosa</b>		
Terapêutica inalatória e outra	11	100,0
Oxigenoterapia 18H	3	27,3
Oxigenoterapia 24H	6	54,5
Ventiloterapia não-invasiva	6	54,5
<b>Internamentos anteriores (último ano)</b>		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2

#### **Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não-medicamentoso**

Conforme o **quadro nº 8**, em relação à adesão ao **regime terapêutico medicamentoso** constata-se que esta era baixa em 63,7% dos idosos, antes da intervenção. Após a intervenção de enfermagem os resultados foram bastante positivos pois 100,0% dos idosos apresentaram uma adesão elevada ao regime terapêutico.

**Quadro nº8:** Adesão ao R.T. medicamentoso antes e após a intervenção de enfermagem

Adesão ao regime terapêutico medicamentoso	Antes da intervenção		Após a intervenção	
	nº	%	nº	%
Não adesão ou Baixa adesão (entre 1 e 3)	7	63,7	-	0,0
Adesão ou Adesão elevada (entre 4 e 6)	4	36,4	11	100,0

Em relação ao regime terapêutico não medicamentoso e conforme quadro nº9, após a intervenção de enfermagem de reabilitação, verificou-se que todos os idosos executavam bem a técnica de respiração diafragmática, de conservação de energia e de gestão de esforço; cerca de 63,6% melhoraram o reconhecimento da dispneia e os sinais de alerta/exacerbação; e 54,5% melhoraram a execução das técnicas de relaxamento.

**Quadro nº9:** Gestão do R.T. não-medicamentoso antes e após a intervenção de enfermagem.

Gestão do regime terapêutico não-medicamentoso	Antes da intervenção				Após a intervenção			
	Executa bem				Executa bem			
	Sim		Não		Sim		Não	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Reconhecimento de dispneia	-	0,0	11	100,0	7	63,6	4	36,4
Técnica de relaxamento	-	0,0	11	100,0	6	54,5	5	45,5
Técnica de conservação de energia	-	0,0	11	100,0	11	100,0	-	0,0
Exercícios respiratórios (R.D.)	1	9,1	10	90,9	11	100,0	-	0,0
Gestão de esforço	-	0,0	11	100,0	11	100,0	-	0,0
Reconhecimento de sinais de alerta	1	9,1	10	90,9	7	63,6	4	36,4

#### Avaliação da autonomia física e instrumental

Em relação à autonomia física, no quadro nº 10 refere-se que antes da intervenção a maioria dos idosos 63,6% eram dependentes de terceiros e apenas 36,4% idosos eram independentes. Após a intervenção verificamos melhoria da autonomia física, sendo que 90,9% dos idosos tornaram-se independentes e apenas 9,1% dos idosos continuaram ainda dependentes de terceiros. Também em relação à autonomia instrumental, os idosos melhoraram a sua independência, pois antes da intervenção todos os idosos eram dependentes e após a intervenção 36,4% passaram a ser independentes.

**Quadro nº 10:** Avaliação da autonomia física e autonomia instrumental

	Antes da intervenção				Após a intervenção			
	Dependente de terceiros		Independente		Dependente de terceiros		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Autonomia Física</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>	<b>10</b>	<b>90,9</b>
Lavar-se/ Tomar banho	7	63,6	4	36,4	1	9,1	10	90,9
Vestir-se/ Despir-se	6	64,5	5	35,5	1	9,1	10	90,9
Usar sanitário	3	27,3	8	72,7	-	0,0	11	100,0
Deitar-se/ levantar-se da cama	3	27,3	8	72,7	-	0,0	11	100
Sentar-se/levantar-se da cadeira e andar	3	27,3	8	72,7	-	0,0	11	100
Alimentar-se / Comer	1	9,1	10	90,9	-	0,0	11	100
<b>Autonomia Instrumental</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>	<b>4</b>	<b>36,4</b>

### Avaliação da qualidade de vida

Conforme o **quadro nº 11**, a **qualidade de vida do idoso** era baixa ( $\bar{x} = 65,3\%$ ), antes da intervenção de enfermagem, sendo o impacto dos sintomas de 29,8% e o impacto na atividade e a nível psicossocial de 35,5%. Depois da intervenção refere-se a melhoria da qualidade de vida média para 17,9%, tendo diminuído o impacto dos sintomas para 3,2% e o impacto na atividade e a nível psicossocial para 14,7%.

**Quadro nº 11:** Avaliação da qualidade de vida

	Antes da intervenção				Após a intervenção			
	Xmín	Xmáx	$\bar{X}$	s	Xmín	Xmáx	$\bar{X}$	s
<b>Qualidade de vida</b>	50,0%	84,0%	65,3%	9,166	9,0%	40,0%	17,9%	8,360
Impacte de sintomas	18,0%	40,0%	29,8%	8,920	-	20,0%	3,2%	6,014
Impacte na atividade e psicossocial	28,0%	44,0%	35,5%	4,927	8,0%	21,0%	14,7%	4,519

Tendo em conta os dados apresentados, seguidamente procede-se à discussão e análise dos resultados.

## 2.2 - DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na **análise** dos dados **biopsicossociais e situação clínica**, verifica-se que apesar dos idosos apresentarem uma média de idade elevada ( $\bar{x}=75,7$  anos), o seu estado cognitivo e emocional é satisfatório ou bom, o que permite a intervenção de educação e o treino do regime terapêutico, no sentido da capacitação para o autocuidado. De acordo com a WHO (2003), não existe consenso acerca da influência da variável idade, no entanto com o avanço desta, o estado cognitivo pode deteriorar-se e comprometer a capacidade de aprendizagem. Também o estado emocional influencia a adesão. De acordo com MACHADO (2009), idosos com estado emocional insatisfatório, são menos empenhados na realização do autocuidado.

O facto dos idosos apresentarem baixa escolaridade ou serem analfabetos, pode influenciar negativamente o processo de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico (WHO, 2003), exigindo do enfermeiro a preocupação de falar numa linguagem acessível, e validar com o idoso e família se compreenderam bem as

orientações dadas para a gestão do regime terapêutico. É obrigatória a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização (MACHADO, 2009).

No que diz respeito ao apoio social, verificou-se que apesar da maioria dos idosos serem viúvos, separados ou solteiros, viviam no entanto com familiares, que podiam dar apoio em casa, incentivando e supervisionando o autocuidado: gestão do regime terapêutico (WHO, 2010; VEIGA, 2011).

Quanto à presença de outras doenças verificou-se que todos os idosos estudados tinham outras patologias associadas. Segundo ARAÚJO (2010) a DPOC provoca diversas alterações não só a nível pulmonar como também a nível extrapulmonar, acarretando múltiplas consequências como patologias cardiovasculares, metabólicas e músculo-esqueléticas.

Em relação ao regime terapêutico, os idosos estavam polimedicados com terapêutica anti-hipertensora, terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia, o que está de acordo com o estudo de PANDILHA (2010), no qual refere que os idosos com DPOC estão sujeitos a um regime terapêutico complexo com recurso a múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo. Realçando-se a polimedicação, com recurso a vários fármacos, diferentes horários, necessidade de adequação das dosagens em função dos valores resultantes da autovigilância, a utilização de diferentes vias de administração (via oral, inalatória), em simultâneo, pressupõe um controlo e supervisão do autocuidado de forma sistemática.

Os fatores relacionados com a doença de base e as comorbilidades, nomeadamente: a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, a duração e a complexidade do regime terapêutico, a realização de alterações frequentes na terapêutica, a ausência imediata de melhoria dos sintomas, e os efeitos secundários da terapêutica dificultam o autocuidado (OSTERBERG, 2005; SILVA, 2010; MACHADO, 2009), o que requer por parte do enfermeiro um acompanhamento e supervisão contínua do idoso/família.

Verificou-se no estudo que a maioria dos idosos eram do sexo masculino e tinham como principal fator de risco o tabagismo. De acordo com ARAÚJO (2011), a prevalência mundial da DPOC é superior nos homens, no entanto a discrepância entre os dois sexos tem vindo a diminuir, sendo que a aproximação deve-se sobretudo à alteração dos hábitos tabágicos nas mulheres. Segundo o mesmo autor, em Portugal, o

custo estimado dos doentes com DPOC é de cerca de 242 milhões de euros, 197 dos quais atribuíveis ao tabaco.

Ainda em relação ao IMC dos idosos, referimos que a maioria tinha o peso adequado, no entanto cerca de 45,5% eram obesos ou magros. De acordo com ALMEIDA (2009), o IMC baixo é revelador de disfunção muscular e por outro lado o IMC elevado pode acarretar limitações na ventilação. Ambas aumentam o risco para readmissão hospitalar (WEDZICHA et al, 2009).

Na análise dos resultados, considerando os ganhos em saúde, refere-se que a intervenção de enfermagem de reabilitação, no âmbito do programa de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico melhorou consideravelmente a adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso; melhorou a capacidade funcional (autonomia física e instrumental) e a qualidade de vida do idoso. Podemos então concluir que a educação e treino levados a cabo durante o programa, que incluíram as técnicas descritas no estudo, tiveram um efeito favorável na saúde do idoso com DPOC.

As intervenções educacionais, promotoras do conhecimento acerca da doença e do regime terapêutico, através de programas educacionais individuais, são medidas simples e vitais destinadas a melhorar a adesão e o autocuidado, que permitem o autocontrolo da doença no domicílio, o aumento da autonomia e melhoria da qualidade de vida (MACHADO, 2009; MAGALHÃES, 2009; BASTOS, 2010; ARAÚJO, 2011; GOLD, 2011).

Em síntese, de acordo com os resultados sobre os doentes estudados e de acordo com os autores abordados na revisão bibliográfica (ALMEIDA et al., 2009; BASTO, 2009; MAGALHÃES, 2009; DGS, 2010; GOLD, 2011), a intervenção de enfermagem de reabilitação na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, baseada num programa formal e estruturado permitiu melhorar a adesão e autogestão do regime terapêutico, capacitando-o para o autocontrolo da doença no domicílio. O aumento das competências no autocuidado: gestão regime terapêutico, designadamente no reconhecimento da dispneia, no conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia e o treino da gestão de esforço permitiram o controlo da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e conseqüentemente maior independência na autonomia física, na autonomia instrumental e melhoria da qualidade do idoso.

Assim, no âmbito da reabilitação respiratória, recomenda-se que o enfermeiro de reabilitação promova o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, de acordo com o programa de educação, que o partilhe com a equipa de enfermagem e os enfermeiros de reabilitação do centro de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados no domicílio, ajudando o idoso a manter o desempenho do autocuidado e o autocontrolo da doença.

### **3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A revisão sistemática da literatura consiste em realizar uma análise crítica de um conjunto de publicações pertinentes, possibilitando integrar informações válidas, comparar divergências e semelhanças e refletir sobre os mesmos (FORTIN, 2009).

De acordo com GALVÃO et al (2005), é um tipo de estudo que se baseia na formulação de uma pergunta (PI[C]O) e na análise crítica das evidências disponíveis, identificadas e selecionadas através de métodos sistemáticos e que dão resposta à pergunta formulada. A informação obtida permite a tomada de decisão sobre a prática, de acordo com as melhores evidências (GALVÃO et al, 2005).

No sentido de conhecer a evidência científica sobre o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, procedeu-se à revisão sistemática da literatura, de forma a comparar as diferenças e semelhanças, a refletir sobre o cuidado ao idoso com DPOC e a integrar o conhecimento científico na prática de enfermagem de reabilitação, melhorando o planeamento da alta e na promoção do autocuidado.

Assim sendo, esta revisão sistemática da literatura teve com objetivo aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC, fomentando o cuidado de enfermagem de reabilitação baseado na evidência científica.

Para conhecer a evidência científica sobre a problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi realizado o protocolo de pesquisa, sendo formulada a pergunta em formato PI[C]O, selecionados os artigos e realizada a análise dos resultados.

#### **3.1 – PROTOCOLO DE PESQUISA**

O objetivo da pesquisa foi analisar a evidência científica no âmbito da promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, integrar as informações sobre os estudos

pesquisados, comparar divergências e semelhanças e refletir sobre a mesma, no sentido de a incorporar nas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Foi definida a pergunta PI(C)O: **Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (I) que promovem o autocuidado: gestão do regime terapêutico (O), no idoso com DPOC (P)?**

A questão de investigação funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática da literatura (quadro nº 12)

**Quadro nº 12** – Critérios para a formulação da questão de investigação

P	I	C	O
Participantes	Intervenções	Comparações	Outcomes
Quem foi estudado?	O que foi feito?	Podem existir ou não?	Resultados/ Efeitos ou Consequências
Idoso em situação de DPOC	Intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado		Autogestão do regime terapêutico

Após definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua origem tem a identificação das palavras-chave. Deste modo, surgiram os termos de interesse: Enfermeiro, Reabilitação, Autogestão, Regime terapêutico, DPOC e Idoso. Os termos apurados, no contexto desta metodologia, devem ser os orientadores da seleção dos artigos. Os termos mais específicos constituíram o conjunto dos descritores e foram submetidos à validação em locais de avaliação dos descritores. Sem este passo, o pesquisador corre o risco de não utilizar a mesma linguagem que os autores dos artigos científicos, o que dificulta a pesquisa.

Na validação das palavras-chave pela plataforma MeSHBrowser (Medical Subjects Headings), Browser em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, obteve-se como descritores correspondentes:

- Nurs\*
- Rehabilitation
- COPD
- Self-Management
- Therapeutics

Para reunir a literatura relevante e de interesse para a investigação, foi efetuado o roteiro de pesquisa com este conjunto de palavras-chave (com a ordem/orientação referida anteriormente), procedeu-se à consulta na base de dados informatizadas, tendo-se selecionado a CINAHL Plus with Full text, MEDDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, através da EBSCOhost Web em <http://search.ebscohost.com/> (anexo VIII).

Os delimitadores utilizados foram: artigos publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012; publicação do texto disponível; resumo disponível; pelo menos um autor é enfermeiro; ser humano; faixa etária: 65 anos ou mais; texto completo em PDF.

**Quadro nº 13:** Critérios de inclusão/ exclusão dos artigos da RSL

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos de ambos os sexos, com DPOC	Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com outra patologia que não a DPOC
Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com 65 anos ou mais anos.	Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos com idade inferior a 65 anos de idade.
Artigos publicados que abordem as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico	Artigos publicados que não abordem as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico
Artigos em língua portuguesa ou inglesa	Artigos em outras línguas sem ser portuguesa ou inglesa

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão acima descritos no quadro nº13, emergiram vários artigos conforme tabela nº 6 (anexo VIII). Destes foram selecionados e analisados os três artigos mais recentes e com maior nível de evidência. Na análise dos artigos foram construídas tabelas (anexo IX) com o título, os autores, o método, os objetivos, os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos, nomeadamente: a tabela nº 7 com análise do artigo sobre a **revisão sistemática da literatura sobre a reabilitação respiratória no idoso com DPOC**, a tabela nº 8 com a

análise do artigo sobre **o estudo do regime terapêutico em doentes com DPOC: entre as expectativas e a realidade e a perspetiva dos doentes** e a tabela nº 9 com análise do artigo sobre o **estudo piloto de um programa de reabilitação pulmonar em idosos com DPOC**.

### 3.2- ANÁLISE CRÍTICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

De acordo com os autores dos artigos selecionados, relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito da reabilitação respiratória do idoso com DPOC, as informações dos estudos pesquisados são semelhantes e permitiram dar resposta à pergunta PI[C]O que serviu de orientação nesta pesquisa.

Assim, de acordo com a análise dos artigos, as intervenções de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, englobam:

- ✓ o treino da respiração diafragmática e da expiração com lábios semicerrados (LACASSE et al, 2009; ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008);
- ✓ o treino da autogestão da dispneia (o reconhecimento da dispneia, a identificação das suas causas e as estratégias de minimização ou redução) (LACASSE et al, 2009; ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008);
- ✓ o treino de técnicas de conservação de energia (LACASSE et al, 2009; ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008);
- ✓ no treino de técnicas de gestão de esforço (treino de endurance: bicicleta/pedaleira e caminhada; tonificação muscular dos membros superiores e inferiores com pesos e halteres, com aumento gradual da intensidade e do peso), mantendo a dispneia entre leve a moderada de acordo com a escala de BORG (LACASSE et al, 2009; ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008).

Ainda, segundo NORWEG et al (2008), no artigo da tabela nº 9, nos doentes com hipoxemia deve ser promovida a gestão da oxigenoterapia e nos doentes que apresentam limpeza das vias áreas ineficaz, deve ser executada a drenagem de secreções e manobras acessórias. A técnica de conservação de energia pode ser treinada com a realização das AVD, nomeadamente: trabalho doméstico (fazer a cama, arrumar armários); jardinagem e trabalhos de carpintaria.

Estas intervenções vão de encontro às recomendações da DGS (2009) e da GOLD (2011) e adotadas no plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, implementado no serviço de Pneumologia C, no âmbito deste trabalho de projeto.

Ainda, nos artigos das tabelas nº 7 e nº 8, LACASSE et al (2009) e ROZENBAUM et al (2008) salientam a importância da reabilitação respiratória. Segundo estes a intervenção de enfermagem de reabilitação na educação do idoso com DPOC para o autocuidado: gestão do regime terapêutico promove a adesão e a capacitação na autogestão do regime terapêutico, tendo impacto positivo na capacidade funcional, na tolerância ao esforço, no desempenho das AVD, na melhoria do estado mental e na qualidade de vida. Refere-se, também, a melhoria do autocontrolo da doença, a minimização da sua progressão e a diminuição dos reinternamentos (ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008).

ROZENBAUM et al 2008) e também NORWEG et al (2008), nos artigos das tabelas nº 8 e nº 9, referem que a aquisição de habilidades no controlo da respiração e na autogestão da dispneia; o treino de exercícios respiratórios e da técnica de conservação de energia diminui a dispneia, a fadiga, melhorando a autonomia no desempenho das AVD, nas atividades como andar, subir escadas e na realização das tarefas domésticas.

Segundo os mesmos autores, o treino de gestão de esforço aumenta a tolerância ao esforço e a capacidade de realizar atividade física (ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008). A melhoria da autonomia e da qualidade de vida melhora a confiança e esperança dos idosos em relação à sua situação de saúde (LACASSE et al, 2009; NORWEG et al, 2008).

Ainda de acordo com ROZENBAUM et al (2008), no artigo da tabela nº 8, a reabilitação respiratória e a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, em contexto domiciliário deve ser considerada como uma abordagem integrante das intervenções de enfermagem, particularmente nos doentes com estágio da doença moderado e grave.

Segundo este autor, no artigo da tabela nº 8, o conhecimento inadequado dos profissionais de saúde sobre as guidelines no tratamento da DPOC, contribuem para a baixa implementação de programas de reabilitação e para o impacto negativo dos cuidados prestados no autocontrolo da DPOC.

Os idosos que participaram no programa de reabilitação e foram treinados na gestão do regime terapêutico, tiveram benefícios significativos no controlo da dispneia, na melhoria do estado emocional, na tolerância ao esforço, no desempenho das AVD, na autonomia e na qualidade de vida, com resultados estatisticamente relevantes, como indicaram os estudos analisados (LACASSE et al, 2009; ROZENBAUM et al, 2008; NORWEG et al, 2008).

Também de acordo com MAGALHÃES (2009), DGS (2010), GOLD (2011) a educação para ao autocuidado: gestão do regime terapêutico é considerada um dos componentes fundamentais da reabilitação respiratória, recomendada para todos os doentes com alterações da funcionalidade e que permite o autocontrolo da doença no domicílio, diminui a dispneia, melhora a tolerância ao esforço, melhora a autonomia, o estado mental e a qualidade de vida. Ainda de acordo com os resultados nos idosos estudados no âmbito deste projeto, as intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico melhoraram a adesão ao regime terapêutico, a autonomia e a qualidade de vida.

Assim, NORWEG et al (2008), no artigo da tabela nº 9, refere que a capacitação para o autocuidado, melhora o autoconhecimento da doença, e a perceção sobre o estado de saúde, permite o autocontrolo da doença e evita as exacerbações. Também neste sentido, ROZENBAUM et al (2008), no artigo da tabela nº 8, referem que as exacerbações têm um impacte negativo na qualidade de vida e quando estas ocorrem podem ser usados corticosteroides, antibioterapia e aumentados os broncodilatadores por via inalatória. O autor salienta também, a necessidade de supervisionar a gestão da terapêutica inalatória e da oxigenoterapia; e de complementar as instruções com informação escrita (ROZENBAUM et al, 2008).

Conclui-se que de acordo com a evidência científica e segundo os autores referidos na contextualização teórica, a reabilitação respiratória do idoso com DPOC, deve-se basear na implementação de programas de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico que promovam a adesão e a capacitação para o autocontrolo da situação de saúde, no domicílio (ALBERT et al., 2008; ALMEIDA et al., 2009; DGS, 2010), evitando os reinternamentos, a progressão da doença e permitindo a racionalização de custos (DGS, 2010; GOLD, 2011; ONDR, 2011) e obtendo, ganhos em saúde, nomeadamente, a melhoria da capacidade funcional e do desempenho das AVD, da participação em sociedade, melhoria do estado emocional, aumento do bem-

estar e da qualidade de vida (MAGALHÃES, 2009; DGS, 2009; GOLD, 2011;  
ARAÚJO, 2011).

#### **4- CONCLUSÕES E ANÁLISE REFLEXIVA RELATIVA ÀS IMPLICAÇÕES DO PROJETO**

A elaboração e desenvolvimento do Trabalho de Projeto permitiu investigar e melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico e no planeamento da alta do idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia C.

Através deste foi possível identificar a problemática do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta do idoso, identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado, criar instrumentos e desenvolver estratégias de melhoria relacionadas com o processo de planeamento da alta e da promoção do autocuidado. Deste modo, foi possível planear a alta e a sua educação para o autocuidado desde a admissão; e assegurar a continuidade dos cuidados após o regresso a casa, de forma a capacitar o idoso progressivamente para exercer a sua missão de controlar a evolução da sua própria doença.

Foi um trabalho gratificante que decorreu de uma realidade vivida, segundo o interesse e escolha pessoal, que mobilizou e integrou as aprendizagens decorrentes das diferentes unidades curriculares, das evidências científicas mais recentes, o que permitiu ligar a educação aos objetivos programáticos da Unidade Curricular de Trabalho de Projeto constituindo-se como a ponte entre a teoria e prática.

Ainda a nível individual, permitiu à autora assumir um papel ativo na construção do seu próprio saber, contribuindo para o aprofundamento dos conhecimentos na temática estudada; o aperfeiçoamento do pensamento crítico na apropriação de saberes; o desenvolvimento de competências de pesquisa da evidência científica, utilizando a RSL, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação baseadas nas melhores evidências científicas.

A partilha dos conhecimentos científicos e troca de saberes e experiências com os colegas, em sessões de formação, nas reuniões de trabalho e nas passagens de turno, sobre o processo de planeamento da alta e da promoção do autocuidado: gestão do

regime terapêutico permitiu refletir sobre a prática e delinear estratégias de intervenção tendo em vista a melhoria dos cuidados de enfermagem no contexto.

Desta forma, foi possível sistematizar as intervenções de enfermagem no planeamento da alta e na **promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico**, de acordo com o programa de educação elaborado. A capacitação para o autocuidado foi promovida progressivamente desde a admissão, com o envolvimento do idoso e família e da equipa. A programação da alta foi realizada pelo médico responsável do idoso, pelo enfermeiro de reabilitação e equipa de enfermagem, de acordo com a preparação do idoso e as condições existentes na comunidade. O apoio no domicílio, através das **visitas domiciliárias**, asseguradas pelos enfermeiros do Centro de Saúde, garantiu a continuidade dos cuidados no domicílio, onde foi mantido o treino das técnicas iniciadas no hospital, nomeadamente, as técnicas de reeducação respiratória, de gestão de esforço, de conservação de energia, de reconhecimento de dispneia e de gestão de agudizações. Foi supervisionada e melhorada a gestão da terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia.

No processo de cuidados de enfermagem, o idoso e família/cuidado, foram considerados **o centro do cuidado de enfermagem** e o familiar mais próximo foi envolvido e convidado a estar presente nas sessões de educação, de forma a poder apoiar e incentivar a realização dos exercícios no domicílio. A **ação educativa** do enfermeiro contemplou a partilha da informação e a coresponsabilização do idoso no processo terapêutico. As intervenções foram avaliadas utilizando escalas adequadas, que possibilitaram validar a eficiência das ações implementadas.

O estudo de multi-casos, realizado com os 11 idosos, permitiu avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos no âmbito do projeto “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”, num contexto restrito, representado pelo grupo de idosos internados no serviço de Pneumologia C do CHO: Unidade Torres Vedras.

Dos principais resultados obtidos salienta-se a melhoria da adesão ao regime terapêutico medicamentoso e da capacidade de gestão do regime terapêutico não medicamentoso. Refere-se, como ganhos em saúde, a melhoria na autonomia dos idosos, nomeadamente no autocuidado: banho, vestir/ despir, alimentar-se, transferir-se cama-cadeira e cadeira cama, levantar-se/ sentar-se da cadeira e andar e na autonomia instrumental. Assim como, a melhoria da qualidade de vida, evidenciando-se a redução

dos sintomas, a melhoria do desempenho das atividades e a melhoria a nível psicossocial.

A revisão sistemática da literatura permitiu conhecer e aplicar metodologias de pesquisa da evidência científica sobre as intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no contexto profissional e melhorar a prática no âmbito da reabilitação respiratória.

Assim, a intervenção do enfermeiro de reabilitação, no âmbito da reabilitação respiratória do idoso, deve basear-se na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, salientando-se o treino dos exercícios de reeducação funcional respiratória (diafragmática e expiração com lábios semicerrados), de reconhecimento de dispneia, de técnicas de conservação de energia e de gestão de esforço o que veio corroborar o programa elaborado e implementado na prática de cuidados.

As intervenções permitem a capacitação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico e maior adesão a este, reduzindo assim, a dispneia, aumentando a tolerância ao esforço, melhorando a capacidade funcional; o estado emocional, a autonomia nas AVD e a qualidade de vida. Também diminuem as agudizações e a necessidade de internamento, minimizando a progressão da doença.

A elaboração do relatório permitiu sistematizar, organizar e interpretar a informação, dando a conhecer a pertinência do projeto, o caminho percorrido na minimização do problema da promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico e planeamento da alta, transmitindo a informação e transformando-a em conhecimento. Através da análise e divulgação dos resultados, torna-se possível fornecer a informação científica aos profissionais, tendo como finalidade a incorporação da evidência científica na prática e a conseqüente melhoria dos cuidados de enfermagem. Também assegura o conhecimento externo e poderá ser uma forma de sensibilizar os outros profissionais para o problema em causa, servindo também de inspiração para delinear estratégias e minimizarem este problema noutros contextos.

No que diz respeito às **limitações do projeto** consideram-se em primeiro lugar as decorrentes do número de enfermeiros especialistas em reabilitação (apenas um no serviço de Pneumologia C e um no Centro de Saúde), onde um número elevado de doentes apresentam DPOC.

Assinala-se, também, a necessidade de reformular e melhorar os **documentos elaborados** e adotados no serviço, relativos ao **planeamento da alta dos idosos** e da

**norma relativa à função educativa** do enfermeiro junto do idoso/ família ou cuidador informal, no sentido de delinear estratégias que contribuam para uma maior eficácia na aderência ao programa de educação para o autocuidado.

Em relação às **implicações para a Prática**, o desenvolvimento do projeto permitiu a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado, salientando-se a sistematização do planeamento da alta, da educação no autocuidado: gestão do regime terapêutico e a articulação dos cuidados no contexto domiciliário.

Destaca-se a dinâmica que se imprimiu na prestação de cuidados de enfermagem na sequência deste projeto. Mantêm-se as atividades de planeamento e promoção do autocuidado: GRT, salientando-se, a melhoria da identificação das necessidades, planeamento, avaliação dos cuidados e elaboração dos respetivos registos. A todos os doentes continuamos a aplicar o instrumento de colheita de dados (anexo V) nas primeiras 24 horas, para a identificação das necessidades de educação para o autocuidado. As intervenções de enfermagem de reabilitação são planeadas, implementadas e avaliadas de acordo com o plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico (anexo VI).

No âmbito da articulação dos cuidados de enfermagem com os cuidados de saúde primários, a equipa continua a referenciar todos os doentes utilizando o correio eletrónico e através do contato telefónico. Nos doentes com OLD e VNI continua a ser realizada a visita domiciliária conjunta com o enfermeiro do Centro de Saúde, garantindo assim o plano de educação implementado no internamento.

No âmbito da formação, as ações de formação desenvolvidas no contexto possibilitaram à equipa o aprofundamento dos conhecimentos e a melhoria da promoção do autocuidado.

Sendo os resultados relevantes para a Prática de cuidados de enfermagem, considera-se pertinente a sua apresentação aos enfermeiros e coordenadores dos restantes serviços, particularmente os de medicina, de modo a definirem estratégias conjuntas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados á população afeta a este Hospital.

Seria também importante verificar se os idosos acompanhados neste projeto tiveram um maior ou menor número de reinternamentos.

Em relação a **projetos futuros**, sugerimos algumas intervenções para complementar este projeto:

- ✓ **melhorar os protocolos orientadores da prática de cuidados de enfermagem**, baseados na evidência científica, quer na área do planeamento da alta, quer na função educativa, no âmbito da gestão do regime terapêutico e reforçando o papel da família/cuidador junto do idoso;
- ✓ **realizar um protocolo de articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação** entre o Hospital e o Centro de Saúde, que estabeleça normas de referenciação sistematizadas, que promova sinergias entre as instituições e que introduza a organização dos cuidados de enfermagem por gestão de caso ou outro modelo, delineados entre as duas organizações, em que prevê a disponibilização de um enfermeiro na área da reabilitação respiratória;
- ✓ **promover a adequação dos sistemas de informação** às necessidades de comunicação e de partilha desta, que garanta e melhore o acesso a esta em tempo útil, permitindo a monitorização e as respostas mais apropriadas e assegurando a satisfação dos doentes e dos profissionais.

Pretende-se com este projeto melhorar a adesão e o autocuidado: gestão do regime terapêutico nos doentes com DPOC, contribuindo para resultados mais eficazes nos ganhos em saúde.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, R. K., SPIRO, S. G.; JETT, J. R. (2008). **Clinical Respiratory Medicine** (3ª ed.). Philadelphia
- ALMEIDA, P. T., SIMÃO, P., SILVA, P. M., FERNANDES, A. V., SENRA, D. (2009). **Aprenda a viver com a DPOC**. Matosinhos.
- AMENDOEIRA, José (2000). **Cuidado de enfermagem. Intenção ou ação, o que pensam os estudantes de enfermagem**, *Nursing*, Julho / Agosto.
- AMORIM (2009). **Aspetos psicossociais e Qualidade de Vida**. Disponível em: <http://www.repositórioaberto.up.pt/> [acedido em 4/12/2012].
- ARAÚJO, A. Teles (2010). **Relatório do Observatório Nacionais das Doenças Respiratórias - Estado da Saúde Respiratória em Portugal**. Disponível em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2010.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2010.pdf) [acedido a 1/11/12].
- ARAÚJO, A. Teles (2011). **Epidemiologia da DPOC em Portugal e no mundo**. Disponível em: <http://www.paraquenaolhefalteoar.com> [acedido a 1/11/12].
- ARAÚJO, A. TELES (2011). **Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011 - Desafios e Oportunidades em Tempos de crise**. Disponível em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf) [acedido a 1/11/12].
- BASTO, Fernanda. (2009). **Perfis de gestão do regime terapêutico;**
- BORG, Gunnar A (1982). **Psychophysical bases of perceived exertion**. *Medicine and Science in sports and exercise*.
- BOTELHO, A. (2011). **Método de Avaliação Biopsicossocial - um instrumento de deteção em saúde**. In: Fernandes L, Pereira MG, Pinto LC, Firmino H, Leuschner A. (Eds.) *Jornadas de Gerontopsiquiatria*. 1ª Edição. pp. 87-89. Águeda. Editora Associação de Psico-Geriatria.
- BOTELHO, A. (2000). **Autonomia Funcional em Idosos**. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ª ed.). Porto: Laboratórios Bial.
- CARDOSO, R; EUSÉBIO, A.P. (2011). *Atividades da vida diária, Re(habilitar)*.

- CARLSON, M.; IVNIK, M.; DIERKHISING, R. et al. (2006). **A learning needs assessment of patients with COPD**. MEDSURG Nursing, August, Vol. 15, N.º 4, p.204-212.
- COSME, A; MARTINS, L (2006). **Cuidar do doente com DPOC**. Revista sinais vitais, Formasau. N.º 66, Maio de 2006, p.47-49. Coimbra. SSN: 0872-0844.
- DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. (2001). **Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos**. Psicologia: Saúde e Doenças, 1, 81-100.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE: DGS (2009): **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**: Circular Informativa N.º: 40A/DSPCD de 27/10/09
- DGS (2010). **Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC**, Lisboa.
- DGS (2011). **Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica**. Lisboa.
- DGS (2013). **Perfil de Saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016**. Disponível em: [www.pns.dgs.pt/](http://www.pns.dgs.pt/) [acedido a 12/07/13].
- EFFING, T.; MONNINKHOF; VALK, P. P. et al. (2009). **Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease** (review). *The Cochrane Collaboration*.
- EFRAIMSSON, E.; HILLERVIK, C.; EHRENBORG, A. (2008). **Effects of COPD self-care management education at nurse-led primary health care clinic**. *Nordic College of Caring Science*, p. 178-185.
- FISHMAN, A. P.; ELIAS, J. A.; FISHMAN, J. A.; GRIPPI, M. A.; SENIOR, R. A.; e PACK, A. I. (2008). **Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders**. 4ª ed.; Philadelphia.
- FORTIN, M. F. (2003). **O processo de investigação: da conceção à realização**. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- FORTIN, M.F. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta.
- FRICKE, J. (2010) – **Activities of daily living**. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

- GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. (2005). **A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.** Ver. Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. ISSN: 0102-6933.26:3 ( p. 293-301).
- GASPAR, F.; HENRIQUE, E. (2011) - **Eficácia de um Programa de Intervenção de Enfermagem na gestão de sintomas e na adesão à terapêutica.** Revista Pensar em Enfermagem.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (2011). **Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease - Revised 2011.** Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>, [acedido em 12/01/2012].
- HEITOR, M. C.; CANTEIRO, M. C.; FERREIRA, J. M. R.; OLAZABAL, M.; MAIA, M. O. (1988). **Reeducação Funcional Respiratória.** Lisboa.
- HESBEEN, Walter (2003). **A Reabilitação: Criar Novos Caminhos.** Lusociência. Loures.
- HOEMAN, SHIRLEY P. (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados.** 4ª ed., Loures: Lusodidacta.
- ICN (2006). **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão 1,0 (1ª ed.)** Genebra: International Council of Nurses.
- ICN (2011). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) 1.0.** Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA:INE (2009). **Quarto Inquérito Nacional de Saúde - 2005 / 2006.** Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt) [acedido a 7/12/11].
- INE (2009). **Projeções de população residente em Portugal 2008-2060** Disponível em: [www.ine.pt/ngtserver/attachfileu](http://www.ine.pt/ngtserver/attachfileu). [acedido a 7/12/11].
- INE (2011). **Censos. XVI Recenseamento Geral da População,** Lisboa.
- LEITE, E., et al. (2003). **Trabalho de Projeto 1. Aprender por Projetos Centrados em Problemas,** Porto, Edições Afrontamento.
- LYNES, D. (2007). **The Management of COPD in Primary and Secondary Care.** London.
- LOPEZ, J.A.F. , MEJIA, R.H., ESPINAR, A.C. (1996). **La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I).** Medicina Integral.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS) (2008). **PNS em Foco.** Boletim Informativo, N.º 2, Setembro.

- MS; ACS (2010). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - OPSS**. Disponível em: [www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf) [acedido a 10 de novembro 2012].
- MACHADO, Maria M. (2009). **Adesão ao regime terapêutico**. Universidade do Minho. Instituto de educação e psicologia. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAAutico%20%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf> [acedido a 7/12/11]
- MAGALHAES, M. Manuela A. (2009). **O Processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC: Da evidência científica à mudança das práticas; Revista Investigação em Enfermagem**; p. 26-39.
- MANY, E.; GUIMARÃES, S. (2006). **Como abordar a metodologia do trabalho de projeto**, Porto: Areal Editores
- MENDES, Z.; GUEDES, S. et al. (2009). **A Terapêutica e Custos no Idoso Polimedicado**. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; *Farmácia Observatório*; N. 23.
- MARTINS, M. (2003). **Do Hospital orientado para o doente à Parceria na assistência**. *Informar*. Nº31, Set./Dez, p. 5-10.
- MELNYK & FINEOUT-OVERHOLT (2011) **Melnyk Pyramid - Nursing - Research & Technology**. Disponível em: Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. [acedido em 10/11/2012]
- NAZIR, SHOAB A.; ERBLAND, MARCIA L.; (2009) - **Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: An Update on Diagnosis and Management Issues in Older Adults /Atualização de Diagnóstico e Gestão do regime terapêutico nas pessoas idosas**. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: ONDR (2007). **Relatório Do Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias 2007**. Disponível em [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2007.pdf191](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2007.pdf191) [acedido a 1/11/12].
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: ONDR (2011). **Relatório Do Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias 2011:**

- Saúde Respiratória uma Responsabilidade Global.** Disponível em [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf191](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf191) [acedido a 1/11/12].
- O'DONNELL, D.; BANZETT, R.; CARRIERI-KOHLMAN, V.; CASABURI, R.; DAVENPORT, P.; GANDEVIA, S.; GELB, A.; MAHLER, D.; WEBB, K. (2007). **Pathophysiology of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a roundtable.** Proc Am Thorac Soc 4, p.145–168.
  - OREM, Dorothea (1995). **Nursing concepts of practice.** 5ª ed. St. Louis: Mosby Year Book.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa.
  - O.E. (2003). **Competências enfermagem de cuidados gerais.** Lisboa: Ordem Enfermeiros;
  - O.E. (2006). **Investigação em enfermagem: tomada de posição.** Lisboa, 2006. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt> [acedido a 10 de novembro 2012].
  - O.E. (2008). **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento.** Lisboa: Ordem Enfermeiros;
  - O.E. (2010). **Competências de enfermagem de reabilitação.** Lisboa.
  - OMS/ DGS (2003) – **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Lisboa.
  - OMS (2005). **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html) [acedido a 1/11/12].
  - OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence (2005). **Drug Therapy: Adherence to Medication.** The New England Journal of Medicine. 353. Pp. 487-497.
  - PANDILHA, José Miguel dos Santos C. (2010). **Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica.** Rev. Esc. Enferm. p.1129-1134. Disponível em: <http://www.radarciencia.org/doc/> revisao-integrativa-da-literatura-sobre-gestao-do-regime-terapeutico-em-pacientes-com-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica [acedido a 7/6/12].
  - PETRONILHO, F. (2007). **Preparação do Regresso a Casa.** Coimbra: Formassau.

- PORTAL DA SAÚDE (2005). Como se diagnostica a obesidade. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/> [acedido a 7/6/12].
- PRESTO, B.; DAMÁZIO, L. (2009). **Fisioterapia Respiratória** (4ª Ed ed.). Rio de Janeiro.
- REGULAMENTO DE MESTRADO, presente no Art.º 11 do *Diário da República*, 2.ª série — n.º 38 — 23 de fevereiro de 2011
- REGULAMENTO nº 122/ 2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8649.
- REGULAMENTO nº 125/ 2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658.
- RODRIGUES, Fátima (2009). **A DPOC como uma doença de envelhecimento acelerado**: Revista Portuguesa de Pneumologia vol.15, nº 4. Lisboa; ISSN 0873-2159. Consulta em [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php) [acedido a 29/01/2013].
- SILVA, Mário João R. (2010). **A adesão ao regime terapêutico**. Formassau. Coimbra.
- TAVEIRA, Natália; FERREIRA, Pedro (1999). **Avaliação da qualidade de vida – questionário respiratório St Georges Hospital**. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Portugal.
- TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha, R. (2004). **Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem**. 5ªed. Lusociência.
- USA, DMMA (2005) – **Definition of disease management, Washington, DC: Disease Management Association of America** Disponível em [http://www.dmaa.org/dm\\_definition.asp](http://www.dmaa.org/dm_definition.asp). [acedido a 1/11/12].
- VEIGA, João (2011). **Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica**. **Revista Pensar Enfermagem** Vol. 15 N.º 1 1ºSemestre de 2011. Disponível em <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/> [acedido a 12/1/12].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2003). **Adherence to long-term therapies: evidence for action, Geneva**. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf) [acedido a 14/06/2011].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2004a) – **A Glossary Health Care and Services for Older Persons**. Japan, [consulta em 14/02/2012]. Disponível em: <http://www.who.int> [acedido a 12/1/12].

- WHO (2010). **Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges.** Observatory Studies Series. Nº20.UK.
- WEDZICHA J. A.; MARTINEZ, F. J. (2009). **Chronic Obstruive Pulmonary Disease Exacerbations** (Vol. 228). New York: Informa Healthcare.

## ANEXOS

**ANEXO I:** Projeto: “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”

**ANEXO II:** Pedido de autorização para a concretização do projeto no serviço de  
Pneumologia C

**ANEXO III:** Consentimento informado, livre e esclarecido para participação do doente

**ANEXO IV:** Norma de planeamento da alta do idoso com DPOC

**ANEXO V:** Instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades do  
idoso com DPOC

**ANEXO VI:** Programa de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico

**ANEXO VII:** Folheto sobre o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com  
DPOC

**ANEXO VIII:** Tabelas com resultados da pesquisa de artigos no cruzamento de  
descritores

**ANEXO IX – Tabelas de análise dos artigos seleccionados**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

2ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade de Seminário Projeto

Ano letivo 2011/2012

## PROJETO

# Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC

**Orientadora:** Prof. Doutora Maria João Esparteiro

**Coorientador:** Prof. Mestre José Lourenço

**Mestranda:**

Goréti Rainho

Nº 100430002

SANTARÉM

Abril 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
Unidade de Seminário Projeto  
Ano letivo 2011/2012

## PROJETO

# Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC

**Orientador:** Prof. Mestre José Lourenço

**Coorientadora:** Prof. Doutora Maria João Esparteiro

**Mestranda:**

Goréti Rainho

Nº 100430002

SANTARÉM

Abril 2012

## **Pensamento**

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”*

Cora Coralina

## **SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária  
AIVD – Atividades de Vida Instrumentais  
CHO – Centro Hospitalar do Oeste  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação  
GRT – Gestão do Regime Terapêutico  
OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PR – Plano de Reabilitação  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
VNI – Ventilação Não Invasiva

## **ABREVIATURAS**

Cit. - Citado  
Et al - e outros  
Prof. - Professor  
Sr<sup>a</sup>. - Senhora  
Sr.- Senhor

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>1- IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b> .....	7
<b>2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	12
2.1- O IDOSO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA .....	<b>12</b>
2.2- A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E A INTERVENÇÃO DO EER NA EDUCAÇÃO DO IDOSO COM DPOC PARA AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO .....	<b>15</b>
<b>3- PLANO DE ATIVIDADES</b> .....	21
<b>4- CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES</b> .....	23
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROJETO ELABORADO</b> .....	<b>24</b>
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	25
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I:</b> Formulário dirigido aos idosos com DPOC internados no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras, para avaliar a adesão e a capacidade de gerir o autocuidado: gestão do regime terapêutico. ....	30
<b>ANEXO II:</b> Questionário dirigidos aos enfermeiros para identificar as práticas e validar se a educação do idoso com DPOC, no autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta, é uma problemática no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras. ....	34

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, Unidade Seminário Projeto, pretende-se elaborar e desenvolver o projeto de intervenção na prática de cuidados de enfermagem com o título: **“Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”**, com a finalidade de **melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico e no planeamento da alta do idoso<sup>1</sup> com DPOC, no serviço de Pneumologia C do CHO: Unidade Torres Vedras, através da intervenção do EER.**

A escolha desta problemática relaciona-se com o facto de a DPOC representar um importante problema de saúde pública, com elevada morbilidade e mortalidade (GOLD, 2009) e constatarmos que no serviço de Pneumologia C, no âmbito do planeamento da alta, o autocuidado: gestão do regime terapêutico não ser promovido de forma estruturada, no sentido da capacitação para o autocontrolo da doença no domicílio.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença crónica, progressiva incapacitante, caracterizada por tosse, dispneia progressiva e intolerância à atividade física, provocando dependência nas atividades de vida diária<sup>2</sup> e diminuição da qualidade de vida, com impacte negativo na vida familiar e social (GOLD, 2009; ONDR, 2011).

De acordo com a OMS (2008) é a 4ª causa de morte no mundo e a sua prevalência aumenta com a idade. Como resultado do aumento do envelhecimento da população, a prevalência da DPOC continuará a crescer nas próximas décadas (GOLD, 2009).

As agudizações e internamentos frequentes agravam a situação de doença e aumentam a incapacidade, aumentando as necessidades de cuidados e os gastos em saúde (DGS, 2009). Na

---

<sup>1</sup> O **idoso** é a pessoa que atingiu a idade da reforma preconizada para Portugal (65 ou mais anos), tal como definido pela OMS. São ainda consideradas muito idosas, as pessoas com 85 ou mais anos (WHO, 2004a).

<sup>2</sup> As **atividades de vida diária**, refere-se ao conjunto de atividades que as pessoas desempenham no seu dia-a-dia. Estas dividem-se em dois grupos: **(1) cuidado pessoal ou em atividades básicas de vida diária (ABVD)**, que se referem às funções do corpo, estruturas envolvidas e atividades para a sua execução e incluem a higiene pessoal; alimentação (usar os talheres, partir os alimentos, dirigir comida à boca); vestuário (escolher a roupa do armário e vestir-se), controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; locomoção e transferências (sair da cama para a cadeira e vice-versa, da cadeira para outra superfície) **(2) atividades domésticas ou comunitárias ou atividades de vida instrumental diária (AIVD)**, referem-se as capacidades para gerir o ambiente em que vive e inclui a preparação de refeições, realizar as tarefas domésticas, lavar roupa, gerir o dinheiro, usar o telefone, gerir a terapêutica, fazer compras e usar os meios de transporte (FRICKE, 2010; CARDOSO, 2011).

europa os custos relacionados com a doença são cerca de 102 milhões, prevendo-se o seu aumento, nomeadamente pelo aumento dos encargos sociais com os doentes com incapacidade grave (OMS, 2008).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado pode reduzir os sintomas, evitar a progressão da deterioração do estado de saúde, melhorar a funcionalidade<sup>3</sup> e a qualidade de vida do idoso com DPOC (DGS, 2009; HOEMAN, 2011).

Na elaboração e desenvolvimento deste projeto utilizou-se a **metodologia de trabalho** projeto, que se baseia nas seguintes etapas: identificação/formulação do problema, pesquisa/produção e apresentação/globalização/avaliação final (LEITE et al,2003).

Assim, refere-se como **objetivo geral**: elaborar e desenvolver o projeto de intervenção, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia C.

Como **objetivos específicos**, refere-se:

- Identificar a problemática da promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta do idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia;
- Realizar a revisão bibliográfica sobre o idoso com DPOC e o autocuidado: GRT;
- Elaborar o plano de atividades, com a definição de objetivos, atividades e a inventariação dos recursos necessários para melhorar a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico do idoso com DPOC.

O **referencial teórico** que sustenta o projeto é a teorização de Orem por considerar o idoso com necessidades de educação para o autocuidado: GRT, no sentido de conseguir o autocontrolo da doença no domicílio, a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. De acordo com OREM (1995), a educação da pessoa com necessidades de saúde tem importância para que esta se possa autocuidar e constitui um aspeto importante na garantia de autonomia, segurança e participação em sociedade.

Este projeto está estruturado em três partes. Na primeira efetuou-se a identificação da problemática, salientando-se as seguintes fases: a caracterização do problema, bem como a contextualização do mesmo, as experiências concretas, as causalidades, as tendências, a perceção e identificação do problema. Na segunda, realizou-se a revisão bibliográfica sobre: o idoso com DPOC, o regime terapêutico, a reabilitação e a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico. Na terceira, apresenta-se o plano de atividades, com os objetivos, as atividades, os recursos e os indicadores de avaliação. Por último, tendo em conta a delimitação no tempo, apresenta-se o cronograma do projeto.

---

<sup>3</sup> Segundo a OMS (2003) a **funcionalidade** refere-se ao termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos da interação entre um indivíduo, com uma condição de saúde, e os seus fatores contextuais, quer ambientais, quer pessoais.

## 1- IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O Trabalho de Projeto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social (LEITE et al, 2001). O Problema é a discrepância entre a situação que existe a situação desejada e a sua identificação baseia-se na **Caracterização do problema**, das **Experiências concretas**, das **Causalidades**; das **Tendências do problema**; da **Perceção do problema** e da **Formulação do problema** (LEITE et al, 2003).

Para **caracterizar a problemática** da promoção do autocuidado: GRT, no âmbito do planeamento da alta do idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras, começou-se por descrever esta unidade e o serviço onde se pretende desenvolver o projeto.

Assim, a Unidade de Torres Vedras, tem a lotação de 277 camas e dá apoio à população de Torres Vedras, Lourinhã, Cadaval, com um índice de envelhecimento superior à média nacional (138,8%) num total de 119.428 habitantes (INE, 2011). O Serviço de Pneumologia C é composto por quatro enfermarias e dois quartos, utilizados para situações de isolamento, num total de 20 camas. Admite doentes do Serviço de Urgência (91%), da Consulta Externa (5%) ou transferidos de outros serviços (4%). Na sua maioria têm idade igual ou superior a 65 anos (56%). A demora média de internamento é de 13,7 dias e a taxa de ocupação de 87,44%. Em 2011 registou-se a média de 24 doentes tratados por cama (440 doentes), a taxa de reinternamento de 11% e a taxa de mortalidade de 17,9%, abrangendo exclusivamente a população acima dos 45 anos (Estatística do CHO: Unidade Torres Vedras, 2011).

Os doentes internados têm como patologias mais frequentes a pneumonia, a DPOC agudizada, a asma agudizada, o derrame pleural e a neoplasia pulmonar. Após a alta, regressam ao domicílio ou ingressam em unidades de cuidados ajustados à sua situação (unidades de convalescença, unidades de cuidados paliativos, centros de dia, lares...). Na comunidade, têm o apoio do Centro de Saúde e da consulta médica de pneumologia (não existem estruturas de suporte especializado na área da enfermagem, como por exemplo, Hospital de dia, Consulta de enfermagem...). O serviço de Pneumologia C conta atualmente com 13 enfermeiros (inclui um enfermeiro-chefe e 1 enfermeiro especialista em reabilitação). A organização dos cuidados de enfermagem é feita pelo método de prestação de cuidados individualizados<sup>4</sup>, sendo realizada a

---

<sup>4</sup> Baseia-se no conceito de cuidado global, em que no turno, a totalidade de cuidados são prestados pelo enfermeiro afeto ao doente. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está

distribuição de doentes pelo número de horas de cuidados necessários, de acordo com o Sistema de Classificação de Doentes. No serviço existem ainda 8 médicos pneumologistas, 9 assistentes operacionais e 1 administrativa. A equipa conta também, com a colaboração de 1 assistente social, 1 fisioterapeuta e 1 nutricionista.

O levantamento das necessidades de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, não é realizado precocemente e a promoção do autocuidado não é planeado e realizado de forma estruturada, pelo que, frequentemente, o idoso recebe as informações sobre a gestão do regime terapêutico apenas no dia da alta; A carta de referência de enfermagem é entregue aos idosos que mantêm necessidades de cuidados de enfermagem relacionados com a presença de feridas, de entubação nasogástrica e de cateter vesical.

Para clarificar o problema descrevem-se duas situações/ **experiências concretas**:

- o Experiencia 1: Uma idosa com 76 anos, independente nas AVD antes do internamento, vive sozinha, perto da casa da filha. Neste internamento apresenta-se dependente de terceiros nas AVD, por dispneia e intolerância à atividade. Iniciou oxigenoterapia 24 horas e ventiloterapia não-invasiva, por insuficiência respiratória global. Durante o internamento, a idosa foi assistida nos autocuidados e na gestão do regime terapêutico. A alta é comunicada no próprio dia, são entregues a carta de informação clínica e as receitas, é facultada informação sobre a administração da antibioterapia, corticosteroides, terapia inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia. No dia da alta a idosa e família foi confrontada com as dificuldades inerentes à sua dependência na autonomia física e às necessidades de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico. Como pertence a uma USF que não tem enfermeiro de reabilitação, não foi possível garantir a continuidade dos cuidados nomeadamente, na promoção do autocuidado: GRT não medicamentoso.
- o Experiencia 2: Sra. A, 72 anos vive em sua casa e cuida de um filho adulto deficiente. Tem a apoio das filhas. Apenas no dia da alta (Fev./ 2012), foi-lhe dada informação sobre a necessidade de iniciar oxigenoterapia e ventiloterapia no domicílio. Foi reforçado o ensino sobre as técnicas de reeducação funcional respiratória (respiração diafragmática e técnicas de conservação de energia). Foi referenciada para o enfermeiro de reabilitação, no entanto, como frequenta o Centro de dia, e não esta em casa no horário laboral do mesmo, ficou sem apoio na gestão do regime terapêutico.

Tendo em conta as **causalidades**/ fatores que possam levar a que a situação não se altere ou que justifique a sua existência, salientam-se:

- o Em relação às condições do contexto de onde emerge o problema:

---

de serviço. A afetação de um enfermeiro a um doente ou mais, deve ser de acordo com o número de horas de cuidados necessários (COSTA, 2004).

- Quando está lotado, os recursos humanos têm pouco tempo para as ações de educação para a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico (média de horas negativas de 45 horas/ dia de acordo com a classificação de doentes);
  - Não existe um plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico que permita a promoção do autocuidado de forma estruturada;
  - A alta médica é comunicada muitas vezes no próprio dia.
- o Em relação ao idoso com DPOC:
- A maioria dos idosos têm uma adesão baixa e não demonstram conhecimentos adequados para o autocuidado: gestão do regime terapêutico. De acordo com os resultados do formulário para avaliar a adesão e a capacidade de gerir o regime terapêutico (anexo I), aplicado a 16 idosos com DPOC, internados entre em janeiro e fevereiro de 2012, no serviço de Pneumologia C, entre Janeiro 2012 e Fevereiro 2012, verificou-se que 65% dos idosos tinham baixa adesão ao regime terapêutico; 100% não demonstraram reconhecer a dispneia e as técnicas de conservação de energia, executavam mal a administração de OLD e os exercícios respiratórios. Apenas 14 idosos (87%) executavam corretamente a técnica de administração de terapêutica inalatória, no entanto, quando se sentiam melhorados não a realizavam.

No que se refere às **tendências do problema**, algumas questões se colocam, tais como:

- o Será que o idoso com DPOC/família são informados sobre as consequências da descontinuidade do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no controlo da doença e na melhoria da funcionalidade?
- o O idoso com DPOC/família querem ser informados e ajudados?
- o No serviço existe a preocupação de planear as ações de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, de acordo com as necessidades do idoso, de forma a garantir a o autocuidado e autocontrolo da doença no domicílio?
- o Os recursos da comunidade existentes são suficientes para dar continuidade aos cuidados?

A educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, com alterações da funcionalidade é um **problema percecionado** pela autora (na experiência profissional através da prática diária e através das reflexões quotidianas) e pelos enfermeiros do serviço da Pneumologia C. De acordo com o questionário realizado em Fevereiro de 2012 (anexo II), 100% dos enfermeiros responderam afirmativamente quando questionados se consideravam a promoção do autocuidado: GRT, uma problemática do serviço. Todos (100% dos enfermeiros) referiram sentir dificuldades para realizar ensinamentos ao idoso/ família, nomeadamente: por falta de tempo (resposta de quatro enfermeiros), por a comunicação da alta ser feita no próprio dia (resposta de um enfermeiro), por não existir um plano que permita a

estruturação e continuidade das ações (resposta de um enfermeiro); por falta de envolvimento das famílias para cuidar do idoso no domicílio (resposta de três enfermeiros); e por a continuidade de cuidados não ser assegurada (resposta de dois enfermeiros). Apenas 3 enfermeiros (25%) referiram realizar/validar com frequência as sessões de educação de quem cuidam, enquanto 9 enfermeiros (75%) referiram que raramente realizaram as sessões de educação.

Todos os enfermeiros (100%) referem que a promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, do idoso com DPOC, pode ser melhorada, nomeadamente através da melhoria do planeamento desde o início do internamento, da promoção do envolvimento dos idosos, família e da equipa multidisciplinar (resposta de seis enfermeiros); da programação e validação da educação (resposta de quatro enfermeiros); da criação de uma linha de apoio (via telefónica) para esclarecimentos de dúvidas existentes (resposta de um enfermeiro), da melhoria da articulação com o centro de saúde (resposta de três enfermeiros) e o acompanhamento continuado no domicílio por especialistas, a fim de reforçar/ validar os ensinamentos, no sentido de prevenir as agudizações da doença e consecutivos internamentos (quatro enfermeiros).

Tendo em conta a realidade apresentada e a necessidade de melhorar a intervenção de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado: GRT, no planeamento da alta do idoso com POC, para que este seja capaz de autocontrolar a doença no domicílio, **formulou-se a/o seguinte questão/ problema:** quais são as intervenções de enfermagem de reabilitação que promovem o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC?

Assim, no sentido de dar resposta a este problema, procedeu-se à revisão da literatura de forma a aprofundar os conhecimentos sobre esta problemática e planear as atividades para a melhoria da promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia C.

## 2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo é realizada a revisão da literatura sobre o conceito, os dados epidemiológicos, os fatores de risco, o diagnóstico, os sintomas, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso na DPOC. É abordada também, a reabilitação respiratória e a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico.

### 2.1- O IDOSO COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A doença pulmonar obstrutiva crónica é doença progressiva, caracterizada pela limitação do fluxo das vias aéreas (medido através da espirometria), associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos, com efeitos extra pulmonares importantes (GOLD, 2009).

As alterações pulmonares conduzem a uma limitação ventilatória durante o exercício, com ocorrência de dispneia e intolerância à atividade física (GOLD, 2009; NAZIR et al, 2009). Os efeitos sistémicos, tais como a inflamação sistémica e a disfunção muscular esquelética acentua as limitações físicas e, dessa forma, o declínio da condição de saúde (NAZIR et al, 2009). Estas alterações são mais acentuadas quando associadas ao processo de envelhecimento, nomeadamente a nível biológico, com maior declínio funcional e maior dificuldade na reposição do equilíbrio hemostático (GOLD, 2009). É uma doença evitável, tratável, que evolui por exacerbações (GOLD, 2009; DGS, 2010).

Em Portugal 14,2% da população apresenta a doença (INE, 2006), no entanto, esta encontra-se sub-diagnosticada (ONDR, 2011). Afeta mais homens e classes sociais mais baixas, no entanto, a sua prevalência tem vindo a aumentar nas mulheres, relacionando-se provavelmente, com o aumento da prevalência das mulheres fumadoras (INE, 2009).

O principal **fator de risco** é o tabagismo ativo e passivo. Outros fatores de risco incluem a poluição no interior das habitações provocada pela queima de lenha e outros combustíveis para cozinhar e para o aquecimento; a poluição ocupacional (poeiras e agentes químicos); as infeções frequentes das vias aéreas inferiores, particularmente nas crianças; e fatores genéticos, tais como a deficiência da alfa-1 antitripsina (GOLD, 2009; ONDR, 2011).

Os sintomas mais comuns são a tosse crónica, a presença de expectoração e a dispneia ao esforço (GOLD, 2009).

De acordo com a GOLD (2009), a espirometria é essencial para o diagnóstico e para a classificação da doença nos diferentes estádios<sup>5</sup>.

A deteção precoce da doença permite o tratamento adequado e evitam o agravamento do seu estágio (GOLD,2009; DGS, 2011c).

O regime terapêutico instituído deve ser baseado na avaliação individualizada e na gravidade da doença, podendo ser medicamentoso e não medicamentoso.

No **regime terapêutico medicamentoso**, são utilizados os broncodilatadores inalados, que podem ser de curta ou longa duração e mucolíticos (GOLD,2011). Refere-se também, a administração de oxigenoterapia de longa duração para todos os doentes com PaO<sub>2</sub> = ou <55 mmHg ou doentes com PaO<sub>2</sub> entre os 55 e os 60 mmHg, com cor pulmonale, e ou com hematócrito > 55% (DGS, 2011b). A OLD tem como objetivo manter PaO<sub>2</sub> > a 60mmHg e a SaO<sub>2</sub> > 90% (DGS, 2011b). Esta quando realizada por mais de 18 horas/dia aumenta a esperança de vida (NAZIR et al, 2009).

A ventiloterapia-não-invasiva é também uma opção terapêutica eficaz em doentes com PaCO<sub>2</sub> > que 55mmHg ou PaCO<sub>2</sub> entre os 50mmHg e os 55 mmHg, com dessaturação noturna ou mais de dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento (DGS, 2011d). Esta permite manter os valores de gasimetria e reduzir os episódios de internamento por exacerbações<sup>6</sup> (WEDZICHA et al, 2008; GOLD, 2009).

Nas exacerbações é utilizada a antibioterapia e a corticoterapia por via oral, A corticoterapia deve ser reduzida progressivamente e suspensa logo que possível devido aos seus efeitos colaterais de uso prolongado (GOLD, 2009).

É recomendada a vacinação antiinfluenza e antipneumocócica, para a prevenção das infeções respiratórias (DGS, 2009).

O **regime terapêutico não medicamentoso** baseia-se no treino das técnicas de:

- **relaxamento** para controlo de pânico, da ansiedade e para reduzir a tensão física e psíquica (DGS, 2009);
- **reconhecimento de dispneia**<sup>7</sup>, em que o doente reconhece e discrimina os diferentes estímulos e atribui-lhes um valor de acordo com uma escala, nomeadamente, a Escala de

---

<sup>5</sup> Gravidade da DPOC de acordo com os valores de espirometria: **Estádio I** – Ligeiro FEV<sub>1</sub> ≥80% ; **Estádio II** – Moderado 50%≤FEV<sub>1</sub> <80%; **Estádio III** – Grave 30%≤FEV<sub>1</sub> <50%; **Estádio IV** – Muito Grave FEV<sub>1</sub> <30% ou FEV<sub>1</sub> <50% com insuficiência respiratória crónica (GOLD, 2009).

<sup>6</sup> Segundo (GOLD, 2009) as **exacerbações** são caracterizadas pelo agravamento da dispneia, tosse, mudança da expectoração (quantidade e cor), levando ao aumento e ou adição da utilização da medicação habitual.

<sup>7</sup> A **dispneia** é a perceção de respiração difícil por parte do doente. Sensação subjetiva de desconforto, relacionado com a dificuldade em respirar, ( BORG, 1982).

BORG<sup>8</sup> (CARPENITO-MOYET et al., 2006; DGS, 2009). Em caso de crise de dispneia devem ser treinadas as posições de descanso como a “posição de cocheiro”, em que o diafragma adquire uma curvatura mais fisiológica e todos os músculos acessórios da respiração, pescoço, cintura escapular, e membros superiores ficam em posição de relaxamento. A esta posição deve ser associada a técnica de dissociação dos tempos respiratórios<sup>9</sup> (LYNES, 2007).

- **respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados:** o doente posicionado em decúbito dorsal e membros inferiores ligeiramente fletidos, inspira pelo nariz e a expira lentamente pela boca com os lábios semicerrados, sendo que no momento em que inspira deve elevar o abdómen e quando expira deve contrai-lo (EFFING et al., 2009; WEDZICHA et al 2009; PRESTO et al, 2009; DGS, 2009);
- **expiração forçada<sup>10</sup> e tosse dirigida<sup>11</sup>** para realizar a higiene brônquica diária (PRESTO et al, 2009);
- **conservação de energia e de controlo de dispneia**, na qual o doente é instruído a realizar as atividades intercaladas com períodos de descanso e a executar a técnica da respiração: expiração com os lábios semicerrados (DGS, 2009). No desempenho dos autocuidados o doente com DPOC deve ser aconselhado a tomar banho sentado num banco; vestir/ despir, calçar e descalçar os sapatos sentado; fazer a higiene pessoal sentado (escovar os dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas do dia-a-dia e não ter pressa aquando da sua realização; e subir escadas degrau a degrau (DGS, 2009; PRESTO et al, 2009). Aconselha-se a colocação de barras de apoio na casa de banho para diminuir o gasto de energia e aumentar a segurança nas transferências ao sentar/ levantar da banheira/ poliban para a cadeira e vice-versa. A planificação das AVD, com períodos de descanso, as alterações na disposição dos objetos mais frequentemente utilizados e a eliminação de barreiras arquitetónicas são fundamentais para reduzir o gasto de energia e a sensação de dispneia, permitindo que o doente se mantenha ativo e facilitando a sua reintegração ao contexto familiar e da comunidade (ALBERT et al., 2008; DGS,2009; OE, 2010).

---

<sup>8</sup> Escala de **BORG modificada** é escala categórica, vertical e pontada de 0 (nenhuma dispneia) e 10 (dispneia máxima) em que cada número está associado a uma descrição textual do grau de dispneia (BORG, 1982)

<sup>9</sup> Na técnica de **dissociação dos tempos respiratórios** a pessoa inspira pelo nariz (“cheira uma flor”) e expira pela boca lentamente (“sopra a vela”) (GOLD, 2009)

<sup>10</sup> Na **expiração forçada** a pessoa inspira profundamente pelo nariz e de seguida faz a expiração rápida com a glote aberta, que se assemelha à técnica de “embaciar um vidro”, sempre com a coordenação dos músculos abdominais (PRESTO et al, 2009).

<sup>11</sup> Na realização da **tosse** a pessoa inspira profundamente pelo nariz e faz a expiração forçada com a glote fechada (semelhante ao reflexo de tosse) e com contração da musculatura abdominal (PRESTO et al, 2009).

- **treino de esforço**, que associa o treino de endurance e o treino de força muscular. O **treino de endurance** baseia-se no treino simples (exercícios de moderada intensidade, por um período relativamente longo. Ex: marcha, bicicleta) e no treino intervalado (exercícios com intensidade variável, com períodos curtos de elevada intensidade e seguidos de períodos de baixa intensidade, aplicados de forma sequencial (DGS, 2009). O **treino de força** consiste na realização de exercícios dos membros superiores e inferiores, com utilização de resistências ou pesos/halteres (DGS, 2009). Na realização do treino de esforço, é recomendado o uso de oxigénio em pessoas com hipoxemia em repouso ou induzida pelo exercício, por aumentar significativamente a capacidade de exercício e reduzir os efeitos adversos (DGS, 2009). O treino dos músculos respiratórios está indicado quando a sua força está tão diminuída que passa a ser um componente da limitação ao exercício. O doente é ensinado a expirar com os lábios semicerrados durante a fase de esforço e inspirar durante a fase de relaxamento (DGS, 2009).

A gestão do regime terapêutico medicamentoso permite reduzir o trabalho respiratório, diminuindo a obstrução ao fluxo aéreo e a inflamação das vias aéreas, melhorando a sintomatologia e/ ou as complicações dos doentes (GOLD, 2009; DGS, 2011d). A gestão do regime terapêutico não medicamentoso influencia positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular (DGS, 2009; EFFING, 2009); diminui a dispneia, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a qualidade de vida dos doentes (MAGALHÃES, 2009) e diminui as exacerbações, as consultas e internamentos hospitalares (DGS, 2009; WALTERS et al, 2010; WARWICK et al, 2010), sendo a educação do idoso com DPOC, para promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito da reabilitação respiratória, fundamental (DGS, 2009).

## 2.2- A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E A INTERVENÇÃO DO EER NA EDUCAÇÃO DO IDOSO COM DPOC PARA AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A **reabilitação respiratória** é uma intervenção global e multidisciplinar, recomendada nos doentes sintomáticos, com redução das AVD, para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social, reduzir os custos de saúde, através da estabilização ou regressão da doença (DGS, 2009; GOLD, 2009).

Segundo o programa nacional de prevenção e controlo da DPOC, e de acordo com as orientações sobre a reabilitação respiratória, a educação ao idoso com DPOC, insere-se nas estratégias de prevenção secundária ou terciária, e visam tornar o doente o mais autónomo no autocontrolo<sup>12</sup> da doença e no recurso aos serviços de saúde (DGS, 2009).

De acordo com a DGS (2009), **a educação para o autocuidado: GRT** deve ser considerada como um processo estruturado, efetuado por profissionais treinados e abordar a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; os sinais e sintomas; a terapêutica farmacológica; as técnicas de reeducação respiratória, de relaxamento, de conservação de energia e de gestão de esforço; intervenção nas agudizações; dieta adequada; sexualidade e viagens. Deve contemplar aspetos básicos relacionados com a doença e o regime terapêutico, que seja aplicável no quotidiano da pessoa, sendo, preferencialmente, alargado à família ou pessoas significativas (MACHADO, 2009).

A educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico ajuda o idoso a reconhecer o seu corpo em condições associadas ao envelhecimento e ao processo de doença crónica, promove a alteração de hábitos de vida, a adesão ao regime terapêutico, a conhecer a intervenção adequada a adotar em cada momento e o momento de recorrer aos serviços de saúde, prevenindo as complicações da doença e influenciando a qualidade de vida<sup>13</sup> (EFRAIMSSON et al., 2008; MAGALHÃES, 2009; EFFING et al., 2009; DGS, 2009; WALTERS et al., 2010).

Segundo OREM (1995), o autocuidado é definido como o cuidado pessoal que as pessoas necessitam cada dia de forma a regular o seu próprio funcionamento. Um processo ativo e cognitivo no qual a pessoa assume a responsabilidade pelo seu processo de saúde-doença, procurando manter a sua saúde<sup>14</sup> ou controlar a sua situação de doença, com o objetivo de conseguir o melhor bem-estar<sup>15</sup> e qualidade de vida (OREM, 1995). Segundo mesma autora, a pessoa diferencia-se de outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmo e o seu ambiente, e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros. O funcionamento humano integrado inclui aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, sendo que a pessoa tem potencial para aprender e desenvolver. Para a pessoa satisfazer as suas

---

<sup>12</sup> Considera as “Disposições tomadas para tomar conta do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” ICN (2010)

<sup>13</sup> **Qualidade de vida** é definida como “a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(OMS , 1995)

<sup>14</sup> **Saúde**, de acordo com OREM (1995), que apoia a definição de saúde da OMS, é o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença; inclui os cuidados de promoção e manutenção de saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou da lesão (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

<sup>15</sup> **Bem-estar** é entendido como “a experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda” (BASTO, 2009, p 14)

necessidades de autocuidado, tem de ter habilidade, conhecimento, capacidade e motivação para executar as suas atividades, quando não apresenta estas condições, torna-se dependente ou parcialmente dependente, existindo três sistemas de enfermagem<sup>16</sup> que devem ser utilizados consoante o nível de capacidade da pessoa, referindo-se ao sistema de enfermagem de apoio-educação, quando a pessoa é potencialmente capacitada para satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

De acordo com OREM (1995) a enfermagem é exigida quando as pessoas necessitam de adquirir competências de autocuidado recentemente prescritas e/ ou complexas, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência, ou quando a pessoa necessita de ajuda para recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos. Segundo a autora as intervenções do enfermeiro compreendem a combinação de técnicas de suporte, o apoio, a orientação, o ensino e proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento da pessoa como agente do autocuidado.

O **enfermeiro de reabilitação** tem um papel fundamental na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, pois é o profissional com o “conhecimento aprofundado no domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão OE (2010, p. 1) (...) e **com as competências específicas** de “cuidar de pessoas com necessidades especiais, no ciclo vital, em todos os contextos de cuidados; de habilitar a pessoa com deficiência ou incapacidade para a reinserção na comunidade e exercício de cidadania; de maximizar a funcionalidade promovendo a autonomia e a qualidade de vida (OE, 2010).

Assim, o papel do enfermeiro de reabilitação é fundamental para a identificação das necessidades do idoso e família, por forma a garantir os cuidados necessários (HOEMAN, 2011). No processo de cuidados<sup>17</sup>, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação do autocuidado (OE, 2010), para que o idoso com DPOC mantenha (adesão ao tratamento<sup>18</sup>) e saiba gerir o regime terapêutico<sup>19</sup> (tomada de decisão), de modo a autocontrolar

---

<sup>16</sup> **Sistema de enfermagem** (1) totalmente compensatório, (2) parcialmente compensatório e (3) de apoio-educação; classificação de acordo com a relação entre a ação da pessoa e a do/a enfermeiro/a.

<sup>17</sup> Para Amendoeira (2000), o **processo de cuidados** é “um processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla”.

<sup>18</sup> Comportamento de **Adesão** é um tipo de Comportamento de Procura de Saúde com as seguintes características específicas: ação auto iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos (ICN, 2006).

<sup>19</sup> A **Gestão do Regime Terapêutico** é definida como o tipo de comportamento de adesão com as seguintes características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária (ICN, 2006).

a doença no domicílio e melhorar a sua qualidade de vida (MAGALHAES, 2009; MENDES, 2010; O.E., 2010).

Nos países desenvolvidos a adesão ao regime terapêutico nos doentes crónicos ronda os 50% (MACHADO, 2009). A adesão ao regime terapêutico é influenciada por fatores internos como as crenças, as experiências positivas e a forma como o doente as mobiliza; e fatores externos: como o suporte dado pela família na manutenção da adesão (SILVA; 2008).

A fraca adesão aumenta o risco de mais recaídas, de aumentar a dependência, de efeitos adversos, de desenvolver resistências, de toxicidade e da ocorrência de acidentes (WHO, 2003).

**A adesão ou concordância** pode ser avaliada de acordo com o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde, o comportamento relativamente ao regime terapêutico proposto, os conhecimentos que o doente tem quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico; a permanência em programas de tratamento, o seguimento das consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a toma dos mesmos de forma adequada, o seguimento de regimes alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco e mudanças de hábitos de vida (LIMA, 2001; SILVA; 2008).

O idoso com DPOC está sujeito a um regime terapêutico complexo com recurso a múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo. Realçando-se a polimedicação, com recurso a vários fármacos, com um elevado número de tomas diárias, diferentes horários, necessidade de adequação das dosagens em função dos valores resultantes da auto vigilância, a utilização de diferentes vias de administração (via oral, inalatória), em simultâneo com, a utilização de estratégias não farmacológicas, como a alteração de hábitos alimentares e de exercício e a autocontrolo<sup>20</sup> de sintomas. (PANDILHA, 2010).

A mudança de comportamento requerido pode ser desenvolvida utilizando o modelo transteórico de PROCHASKA E DICLEMENT (1982). Este baseia-se na mudança de comportamento e pretende explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente às questões afetas à saúde e à doença. Insere-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados. Este é constituído por cinco estádios: o estádio ou fase de pré-contemplação em que a pessoa não tem ainda qualquer intenção de mudar; a fase de contemplação, em que a pessoa começa a considerar a possibilidade de mudar; a fase de preparação, quando a pessoa começa a realizar pequenas mudanças e aproximações ao comportamento desejado; a fase de ação em que a pessoa adota o

---

<sup>20</sup> “Disposições tomadas para tomar conta do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” ICN (2011)

novo comportamento e finalmente a fase de manutenção em que a pessoa mantém o comportamento desejado ao longo do tempo (MACHADO, 2009).

Na primeira e segunda fase, será muito importante a informação e a sensibilização para ir criando no idoso a necessidade e as disposições para mudar. Na fase de preparação e ação será importante dar informações precisas acerca do que mudar e como mudar, indicando estratégias práticas que facilitem a adoção do comportamento desejado e proporcionar ao idoso um acompanhamento personalizado e individualizado. Na fase de manutenção o acompanhamento será mais espaçado, uma vez que o idoso já é capaz de manter ao longo do tempo o comportamento desejado (MACHADO, 2009).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação deve ter por base a utilização de planos de educação e grelhas, com aspetos orientadores, que permitam dar à equipa uma visão global do ponto da situação em termos de educação, e dar continuidade, consolidando e validando o trabalho desenvolvido (SANTOS, 2010).

De acordo com o modelo de gestão integrado da doença crónica<sup>21</sup>, o cuidado ao idoso com DPOC deve basear-se numa intervenção centrada no doente e nas suas necessidades e na coordenação dos recursos do hospital, da comunidade e dos diversos profissionais envolvidos permitindo a promoção da educação no autocuidado e a racionalização dos custos (PETRONILHO, 2007; HOEMAN, 2011). O envolvimento do idoso e da família permite uma coresponsabilização nas decisões tomadas. Fundamenta-se numa relação personalizada, na qual o idoso e família com DPOC são parceiros na gestão do processo saúde – doença, e em que se coresponsabilizam pela saúde em todo o ciclo de vida (OMS, 2005, OE, 2010, ONDR, 2011). A família pode desempenhar um apoio efetivo, lembrando e motivando e ajudando o idoso a pôr em prática os aspetos ensinados (PETRONILHO, 2007; CHOLOWSKI & CANTWELL, 2007; MURRAY et al., 2007; STEVEN et al., 2008; RIEGEL et al., 2008).

O planeamento da alta deve ser iniciado na admissão e deve englobar os seguintes passos: reunir com o idoso/família para levantamento das necessidades na pós-alta; promover sessões educativas ao idoso/família para o autocuidado; reunir com a assistente social e equipa multidisciplinar no sentido de conhecer os recursos disponíveis e contatar com os cuidados de saúde primários, de forma a identificar e preparar as necessidades antecipatórias de saúde (técnicas e humanas), para que o dia de ir para o domicílio coincida com o dia da alta clínica (TAVARES, 2008).

---

<sup>21</sup> Sistema coordenado de intervenções de saúde e comunicação, para e com o cliente, com o envolvimento de todos os níveis de cuidados, de forma, a assegurar as condições para o desenvolvimento do autocuidado. Prevê que os cuidados de saúde sejam prestados no continuum da doença de acordo com as necessidades do cliente e contempla a prevenção de co- morbilidades e complicações (DMMA et al, 2005).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº48, 1990) recomenda a “ a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde” e a “circulação recíproca e confidencial de informação clínica relevante sobre os utentes”.

A partilha de informação e a utilização de estruturas, entre diferentes unidades de cuidados de saúde, que permitem a comunicação em tempo real, nomeadamente pela utilização do contato eletrónico, pode proporcionar maior integração dos níveis de cuidados, tornando as comunicações mais efetivas, com a troca correta e imediata de informação, entre hospital e centro de saúde e vice-versa; maior acessibilidade aos cuidados, com a diminuição do tempo de espera para a obtenção de cuidados de enfermagem apropriados; melhor qualidade dos cuidados, com a articulação e funcionamento do sistema mais eficiente (OE,2008; SILVA, 2011). A “carta de alta/transferência” deve ter a informação precisa acerca dos problemas e dos cuidados prestados (as necessidades identificadas e as ações de educação para saúde realizadas) (TAVARES, 2008).

A continuidade dos cuidados e o acompanhamento dos idosos com alterações da funcionalidade, através da visita domiciliar e/ou seguimento em hospital dia é relevante na adesão ao regime terapêutico e no autocontrolo da doença (ONDR, 2011). A visita domiciliária possibilita a promoção do reforço da educação e permite detetar os problemas relacionados com o tratamento/ regime terapêutico; a adequação e funcionamento do equipamento instalado; as melhorias das acessibilidades e a eliminação barreiras arquitetónicas e a adequada utilização dos produtos de apoio, potenciando uma melhor adaptação ao contexto familiar, social e comunitário, minimizando os efeitos negativos da doença e maximizando a independência (TAVARES, 2008; OE, 2010; ONDR, 2011).

Assim, considerando-se o conhecimento científico exposto, apresenta-se o plano de atividades para a implementação das ações de melhoria dos cuidados de enfermagem na educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta do idoso com DPOC.

### 3- PLANO DE ATIVIDADES

Tendo por base a revisão da literatura, elaborou-se o plano de atividades, com os objetivos, atividades resultados e indicadores de avaliação salientando-se: a estruturação dos procedimentos no planeamento da alta e da educação do idoso com DPOC para o autocuidado: GRT; a elaboração e implementação de um plano de educação e a promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem no domicílio.com a finalidade melhorar a qualidade dos cuidados na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico e o planeamento da alta do idoso com DPOC, no serviço de Pneumologia C.

**Os recursos humanos** que apoiarão este projeto serão os enfermeiros da equipa de Pneumologia C e do Centro de Saúde de Torres Vedras, idosos com DPOC que sejam internados no serviço referido e seus familiares/ cuidadores. **Os recursos materiais** utilizados serão os instrumentos de colheita de dados, plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, panfleto informativo sobre autocuidado, norma de planeamento da alta, carta de Alta, meios informáticos, telefone, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, halteres, pedaleira.

**PLANO DE ATIVIDADES**

OBJETIVOS	ATIVIDADES	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>- Estruturar procedimentos na promoção do autocuidado: gestão do RT, no planeamento da alta do idoso com DPOC.</p>	<p>- Realização da revisão bibliográfica;</p> <p>- Elaboração e apresentação de um instrumento de colheita de dados para avaliar as necessidades do idoso com DPOC, nomeadamente de educação para o autocuidado: gestão do RT;</p> <p>- Elaboração e apresentação da norma do planeamento da alta.</p>	<p>- Instrumento de colheita de dados;</p> <p>- Norma de planeamento da alta</p>	<p>- Nº de instrumentos de colheita de dados preenchidos.</p> <p>- Registos com aplicação da norma do planeamento da alta.</p>
<p>- Implementar o plano de educação do idoso com DPOC, no autocuidado: gestão do regime terapêutico.</p>	<p>- Realização da revisão bibliográfica;</p> <p>- Elaboração e apresentação do plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico;</p> <p>- Elaboração e apresentação do panfleto informativo.</p>	<p>-Plano de educação para o autocuidado: gestão do RT.</p> <p>-Panfleto informativo.</p>	<p>- Conhecimento/ capacidade no autocuidado: gestão do regime terapêutico do idoso.</p>
<p>- Assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade através da melhoria da articulação com os cuidados de saúde primários e do apoio formal nas primeiras semanas após a alta.</p>	<p>- Implementação do correio eletrónico para partilhar a informação com o enfermeiro dos cuidados continuados e encaminhar a carta de alta;</p> <p>- Criação de uma linha telefónica para esclarecimento de dúvidas, apoio à pessoa idosa e família com DPOC.</p> <p>- Implementação da visita domiciliária (na primeira semana após a alta) em conjunto com o enfermeiro do centro de saúde, aos idosos com OLD e VNI.</p>	<p>-Meios informáticos e telefone;</p> <p>- Folha de Alta;</p> <p>- Oxímetro de pulso e monitor cardíaco;</p> <p>- Halteres, Pedaleira;</p> <p>- Veiculo automóvel</p>	<p>Nº de referenciados com folha de alta/ total de idosos com DPOC com alta x 100;</p> <p>Nº contactos com enfermeiro da comunidade total idosos com DPOC com alta x 100;</p> <p>Nº de visitas domiciliárias/ total de idosos com DPOC com alta com VNI e OLD x 100.</p>

4- CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

OBJETIVOS	DATA	Fevereiro/ 2012	Março/ 2012	Abril/ 2012	Maio/ 2012	Junho/ 2012	Julho/ 2012	Agosto/ 2012	Setembro/ 2012	Outubro/ 2012	Novembro/ 2012	Dezembro/ 2012	Janeiro/ 2013
- Validar a problemática da educação do idoso com DPOC para o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta, com a equipa de enfermagem.		X											
- Estruturar os procedimentos de planeamento da alta e da educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico do idoso com DPOC.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Promover a educação do idoso e família com DPOC, no autocuidado: gestão do regime terapêutico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
-Assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade através da articulação com os cuidados de saúde primários e do apoio formal nas primeiras semanas após a alta.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
-Elaborar o relatório											X	X	X

## 5- **CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROJETO ELABORADO**

Na fase final de elaboração deste projeto evidenciam-se os sentimentos de satisfação por progredir mais um pouco no processo de aprendizagem, como profissional e mestranda e que resultam do caminho percorrido até ao momento. Este surge como processo de aprendizagem, que liga a teoria e a prática, unificando vários aspetos, nomeadamente a intencionalidade da ação, a sua inserção no contexto social e o empenho pessoal (LEITE, 2003).

O levantamento da problemática e a apresentação dos resultados junto da equipa de enfermagem foi um estímulo positivo para a melhoria das práticas na educação do idoso e na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico. A pesquisa bibliográfica permitiram o aprofundamento dos conhecimentos e a reflexão sobre as ações desenvolvidas no contexto e as que são recomendadas de acordo com os conhecimentos científicos recentes, aumentaram o empenhamento pessoal e da equipa para projetar as ações que promovem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras, apresentadas no plano de atividades.

Através da implementação/ desenvolvimento e avaliação deste projeto pretende-se e elaborar o relatório de trabalho de projeto, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação. Este pretende, também, servir de base à reflexão sobre a função de educador do enfermeiro de reabilitação, na área da reabilitação respiratória, no âmbito do planeamento da alta e melhorar as competências, como enfermeira especialista de reabilitação, no cuidado ao idoso com DPOC, contribuindo para a promoção do autocuidado, do autocontrolo da doença e da melhoria da qualidade de vida do idoso.

Como todo o projeto estará sujeito a alterações ou reformulações, no decorrer do seu desenvolvimento e avaliação, tendo em conta as oportunidades de aprendizagem que possam ir surgindo.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMED, N.; MANDEL, R.; MINDY, et al. (2007) – **Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome**. *The American Journal of Medicine*, 120, p. 748-753.
- ALBERT, R. K., SPIRO, S. G.; JETT, J. R. (2008). **Clinical Respiratory Medicine** (3<sup>a</sup> ed.). Philadelphia.
- AMENDOEIRA, José (2000). **Cuidado de enfermagem. Intenção ou ação, o que pensam os estudantes de enfermagem**, *Nursing*, Julho / Agosto.
- CARDOSO, R; EUSÉBIO, A.P. (2011). Atividades da vida diária, Re(habilitar).
- CARPENITO-MOYET, L. (2006) - **Diagnósticos de Enfermagem, Aplicação À Prática Clínica**, 11<sup>a</sup> Edição. Artmed. Porto Alegre.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – ICN (2010a) – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- CIPE/ICNP (2011): **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Versão 2. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- COSTA, José dos Santos (2004) - **Métodos de prestação de cuidados** Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. [acedido em 03/03/2012].
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - DGS (2006) – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**, Lisboa.
- DGS (2009) - **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Circular Informativa N<sup>o</sup>: 40A/DSPCD de 27/10/09.
- DGS (2009) – **Memorando sobre a gestão da doença crónica**, Lisboa
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - DGS (2010). **Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC**, Lisboa
- Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal. Disponível em: <http://www.dgs.pt> [acedido em 03/03/2012]
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011a) - **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia**. Lisboa
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011b) - **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia**. Lisboa
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011c) - **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos**. Lisboa

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011d). **Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica**. Lisboa
- EFFING, T.; MONNINKHOF; VALK, P. P. et al. (2009) – **Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease** (review). *The Cochrane Collaboration*.
- EFRAIMSSON, E.; HILLERVIK, C.; EHRENBERG, A. (2008) – **Effects of COPD self-care management education at nurse-led primary health care clinic**. *Nordic College of Caring Science*, p. 178-185.
- FRICKE, J. (2010) – **Activities of daily living**. **Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)**.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD (2009) – **Global Strategy for the Diagnosis, management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease** (Updated 2009), Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>[acedido em 11/12/2011].
- HOEMAN, Shirley P. (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª ed., Loures: Lusodidacta.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2011) – **Censos. Resultados provisórios. XV Recenseamento Geral da População**, Lisboa. [consulta em 03/02/2012] Disponível em: [http:// www.ine.pt/](http://www.ine.pt/)
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – CIPE/ICN – **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem**: versão 1, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- LEITE, E., et al., (2003). **Trabalho de Projeto 1. Aprender por Projetos Centrados em Problemas**, Porto, Edições Afrontamento.
- LYNES, D. (2007). **The Management of COPD in Primary and Secondary Care**. London.
- LIMA, Mª Luísa – **Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos**. Psicologia, saúde e doenças. Lisboa. 2001.
- MACHADO, Maria M. (2009) - **Adesão ao regime terapêutico**. Universidade do Minho. Instituto de educação e psicologia. [acedido a 7/6/11] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/>
- MAGALHAES, M. Manuela A. (2009) – **O Processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC: Da evidência científica à mudança das práticas**; *Revista Investigação em Enfermagem*; p. 26-39.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - MS, ACS (2008). **PNS em Foco**. Boletim Informativo, N.º 2, Setembro.

- NAZIR, SHOAB A.; ERBLAND, MARCIA L.; (2009) - **Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: An Update on Diagnosis and Management Issues in Older Adults /Atualização de Diagnóstico e Gestão do regime terapêutico nas pessoas idosas.** Cochrane Database of Systematic Reviews.
- OMS/ DGS (2003) – **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Lisboa.
- OMS (2005) — Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, Switzerland : World Health Organization 2005. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html). [acedido a 01/02/ 2012]
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2003). **Competências enfermagem de cuidados gerais.** Lisboa: Ordem Enfermeiros;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2008) – **CIPE – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento.** Lisboa: Ordem Enfermeiros;
- OREM, Dorothea (1995) - **Nursing concepts of practice.** 5ª ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- O'REILLY, J. F.; WILLIAMS, A. E.; RICE, L. (2007) - **Health status impairment and costs associated with COPD exacerbation managed in hospital.** *Int J Clin Pract*, July, 61, 7, p. 1112–1120.
- PANDILHA, José Miguel dos Santos C. (2010) - **Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica.. Rev. Esc. Enferm.** p.1129-1134. Disponível em:<http://www.radarciencia.org/doc/revisao-integrativa-da-literatura-sobre-gestao-do-regime-terapeutico-em-pacientes-com-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica/> . [acedido a 7/6/11]
- PETRONILHO, F. (2007) – **Preparação do Regresso a Casa.** Coimbra: Formasau.
- PRESTO, B., DAMÁZIO, L. (2009). **Fisioterapia Respiratória** (4ª Ed ed.). Rio de Janeiro.
- REGULAMENTO nº 122/ 2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8649.
- REGULAMENTO nº 125/ 2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658.
- RODRIGUES, Fátima (2009). **A DPOC como uma doença de envelhecimento acelerado:** Revista Portuguesa de Pneumologia vol.15, nº 4. Lisboa; ISSN 0873-2159. Consulta em [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php) a [acedido a 29/01/2013].

- ROLLAND, J.S. (1995) - Doenças crónicas e o ciclo de vida familiar. *In* Cárter; Betty; Mgcoldrick, Mónica. **As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ONDR (2011). **Observatório Nacional das Doenças Respiratórias**. Disponível em: [www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf) [acedido a 01/02/2012].
- SILVA, Mário João R. (2010) - **A adesão ao regime terapêutico**. Formasau. Coimbra. 161pp.
- SILVA, M<sup>a</sup> Salomé (2011). **O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta**. Disponível em: <http://docs.google.com/repositorio-aberto.up.pt/bitstream/> [acedido a 01/02/2012].
- TAYLOR SJ, CANDY B, BRYAR RM, RAMSAY J, VRIJHOEF HJ, ESMOND G, et al. (2005) – **Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence**. *BMJ* 2005;331:485.
- TAVARES, Helena (2008) - **Articulação de cuidados entre hospital e centro de saúde no âmbito de cuidados continuados**. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/7172> [Acedido a 20/04/2012].
- USA, DMMA (2005) – **Definition of disease management, Washington, DC: Disease Management Associaton of America**. Disponível em [http://www.dmaa.org/dm\\_definition.asp](http://www.dmaa.org/dm_definition.asp) [acedido a 01/02/2011].
- WALTERS, J. A.; TURNOCK, A. C.; WALTERS, E.H. et al., (2010) – **Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (review)**. The Cochrane Collaboration, p. 1-19.
- WARWICK, M.; GALLAGHER, R.; CHENOWETH, L.; STEIN-PARBURY, J. (2010) – **Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease**. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), p. 784–793
- WEDZICHA J. A.; MARTINEZ, F. J. (2009). **Chronic Obstruive Pulmonary Disease Exacerbations** (Vol. 228). New York: Informa Healthcare.
- WONG, K.W.; WONG, F.K.Y.; CHANM, F. (2005) - **Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease**. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), p. 210–222.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2003) – **Adherence to long-term therapies: evidence for action, Geneva**, Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf) [acedido a em 14/02/2012]

**ANEXOS**

**ANEXO I:** Formulário dirigido aos idosos com DPOC internados no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras, para avaliar a adesão e a capacidade de gerir o autocuidado: gestão do regime terapêutico.

## FORMULÁRIO

<b>Diagnóstico:</b>		<b>ADMISSÃO:</b> __/__/__		
<b>Motivo de internamento:</b>				
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <b>Idade:</b> <input type="checkbox"/> ≥80 anos <input type="checkbox"/> 65 a 79 anos <input type="checkbox"/> 50 a 64 anos <input type="checkbox"/> 18 a 49 anos				
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma  <b>Em que ano estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Em que mês estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Quantos são hoje (dia do mês)?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo ( <b>Em que estação do ano estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Que dia da semana é hoje?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo		Orientação no espaço	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 -3 bom	<b>Score Estado Cognitivo</b>  <b>(Média dos itens)</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
<b>Como se chama o nosso país?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Em que distrito vive?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Em que terra vive?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Como se chama esta casa?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo <b>Em que andar/serviço estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado <input type="checkbox"/> certo			<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom	<input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> viúvo/separado/solteiro (0) <input type="checkbox"/> casado / união de facto (3) <b>Onde vive:</b> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outro _____ <b>N.º de coabitantes:</b> <input type="checkbox"/> vive só <input type="checkbox"/> vive com outros <b>Cuidador(es):</b> _____ <b>Tempo em que está só nas 24h:</b> <input type="checkbox"/> 8 ou mais horas <input type="checkbox"/> menos de 8 horas (3) <b>Ter com quem desabafar/ter confidente:</b> <input type="checkbox"/> não tem confidente <input type="checkbox"/> tem confidente		Isso-lamento Social	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mto isolado <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 isolado <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 pouco isolado <input type="checkbox"/> 3 – 3 não isolado	
<b>Escolaridade:</b> <input type="checkbox"/> 0 anos/analfabeto <input type="checkbox"/> 1 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos <input type="checkbox"/> 13 ou + anos <b>Profissão:</b> _____			Há-bilitações Literárias	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 baixas <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
<b>Médico de família:</b> _____ Última consulta: _____ <b>Pneumologista:</b> _____ Última consulta: _____ <b>Internamentos / Recurso ao S.Urg.:</b> _____				

PROJETO: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO, NO PLANEAMENTO DA ALTA DO IDOSO COM DPOC

<b>ANTECEDENTES</b>	
<b>Fumador:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> activo <input type="checkbox"/> ex-fumador _____ UMA (nº cigarros/dia/20Xn.º anos)	
<b>Exposição ocupacional:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	
<b>Patologia Associadas</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	
<b>IMUNIZAÇÕES</b> influenza <input type="checkbox"/> pneumococos <input type="checkbox"/> ? _____	
<b>HISTÓRIA FAMILIAR:</b>	
<b>MEDICAÇÃO HABITUAL</b>	
<b>OLD:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ h/dia Débito: _____ l/m <b>VNI:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ h/dia Débito O2: _____ l/m    EPAP: _____ IPAP: _____	
<b>Desconforto associado à máscara de VNI:</b>	
<b>ESTADO DE NUTRIÇÃO</b> <b>IMC (peso/alt<sup>2</sup>) = ( _____ / _____<sup>2</sup>) = _____ Kg/m<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> <16 (magreza) ou >30 (obesidade) (0) <input type="checkbox"/> 16 a 18,4 (baixo peso) ou 25,1 a 30 (excesso peso) (1) <input type="checkbox"/> 18,5 a 25 (adequado) (3) <b>CINTURA = _____ cm</b> <input type="checkbox"/> F < 80 (adequado); M < 94 (adequado) (3) <input type="checkbox"/> F > 88 (obesidade II); M > 102 (obesidade II) (0) <input type="checkbox"/> F – 80 a 88 (obesidade I; M – 94 a 102 (obesidade I) (1)	<b>Score Estado de nutrição</b> (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 magro / obeso <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 2,9 baixo / excesso peso <input type="checkbox"/> 3 – 3 adequado
<b>Apoio Social:</b> <input type="checkbox"/> Cuidador informal <input type="checkbox"/> Centro de dia <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Condições habitacionais:</b> <input type="checkbox"/> escadas <input type="checkbox"/> elevador <input type="checkbox"/> Wc <input type="checkbox"/> água canalizada <input type="checkbox"/> luz eléctrica <input type="checkbox"/> sist. aquecimento _____	

PROJETO: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO, NO PLANEAMENTO DA ALTA DO IDOSO COM DPOC

<b>ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO</b> Score ( $\Sigma \div 7$ ): _____	<input type="checkbox"/> Inaloterapia e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) <input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz) <input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Pouco vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?							
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?							
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?							
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?							
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?							
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê? _____							
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?							

<p align="center"><b>CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO</b></p> <p align="center">D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal)</p>					
Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA
Reconhecimento da dispneia (considera que a sua dispneia está relacionada com a sua doença? / como faz quando tem falta de ar?)			Oxigenoterapia		
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia		
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa		
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações		
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)			Técnicas de relaxamento		

**ANEXO II:** Questionário dirigidos aos enfermeiros para identificar as práticas e validar se a educação do idoso com DPOC, no autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta, é uma problemática no serviço de Pneumologia C, do CHO: Unidade Torres Vedras.

## Questionário

Este questionário surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola de Saúde de Santarém, Unidade Seminário de Trabalho de Projeto, e destina-se a identificar as práticas e validar se a **educação do idoso com DPOC, no autocuidado: gestão do regime terapêutico, no âmbito do planeamento da alta**, é uma problemática sentida pelos enfermeiros do serviço de Pneumologia C. A promoção da educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico e a continuidade dos cuidados, favorece o autocontrolo controlo da doença no domicílio.

É anónimo. Os resultados serão divulgados no serviço.

**1. Considera a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico um problema do idoso e família com DPOC, internado no seu serviço?** SIM  NÃO

**2. Tendo em conta as situações em que o idoso e família parecem ter capacidade para receber informação, desenvolve algumas intervenções?** SIM  NÃO

Se respondeu sim, diga quais:

---

---

**3. Sente dificuldades?** SIM  NÃO

3.1- Se respondeu sim, diga quais:

---

---

**4. Com que frequência realiza/valida sessões de educação de quem cuida?**

Nunca  Raramente  Frequentemente  Sempre

**5. Que assuntos aborda quando promove as sessões de educação para a saúde?** \_\_\_\_\_

---

---

**6. Pensa que o planeamento da alta e a educação do idoso, no autocuidado: gestão do regime terapêutico pode ser melhorado? SIM  NÃO**

**6.1 - Se respondeu sim, mencione pelo menos um aspeto que pode ser melhorado.**

---

---

---

**7. Comentários / Sugestões**

---

---

---

---

Obrigada!

Goréti Rainho

Fevereiro/2012

De acordo  
com o Sr. Director  
do Serviço de Pneumologia  
C, Dr. Domingos, nada  
há a opor à realização  
deste trabalho.  
Enfermeiro Director  
M. Vilela  
2012/04/19

MÁRIO VILELA  
Enfermeiro Director

Ao Exmo. Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar do Oeste:  
Unidade Torres Vedras

Maria Goréti Gomes Rainho Mendes, aluna do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio, solicitar a autorização para implementar o projeto "Preparação do regresso a casa da pessoa idosa com DPOC" (em anexo), no serviço de Pneumologia C. que tem como finalidade promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DPOC com alterações da funcionalidade e possibilitar o autocontrolo da doença no domicílio.

Na elaboração e desenvolvimento do projeto: "preparação do regresso a casa com DPOC, com alterações da funcionalidade pretende-se utilizar a metodologia de trabalho projeto, com o seguinte objetivo geral:

- Melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa com DPOC com alterações da funcionalidade.

E com objetivos específicos:

- Validar a problemática da preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família com DPOC com alterações da funcionalidade, no serviço de internamento;
- Realizar a revisão bibliográfica sobre DPOC, regime terapêutico e reabilitação da pessoa idosa com DPOC;
- Implementar um plano de educação no autocuidado: gestão do regime terapêutico.
- Melhorar a articulação com os cuidados de saúde primários, assegurando a continuidade de cuidados.

Na elaboração do projeto foi realizada a identificação / formulação do problema salientando-se as seguintes fases: caracterização da realidade onde se passa a situação e do problema, as experiências concretas, as causalidades, as tendências e a perceção do problema. Realizou-se a revisão bibliográfica sobre: a pessoa idosa com doença pulmonar obstrutiva crónica; o cuidar da pessoa idosa em Transição, à luz do Modelo

Teórico de Enfermagem de Meleis; a preparação do regresso a casa, a reabilitação, a educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DPOC e a continuidade dos cuidados no domicílio. No final apresentou-se o plano de atividades para melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa com DPOC, com alterações da funcionalidade, salientando-se: a validação da problemática da preparação do regresso a casa da pessoa idosa com DPOC, com alterações da funcionalidade, internada no serviço da pneumologia C (de acordo com Questionário aplicado ao enfermeiros do serviço de Pneumologia C); a identificação de necessidades/ potencialidades da pessoa idosa com DPOC; a uniformização do planeamento/ execução das intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades da pessoa idosa com DPOC e com os recursos existentes na comunidade; o desenvolvimento de um plano de educação no autocuidado: gestão do regime terapêutico; a definição de estratégias para melhorar a articulação com o centro de saúde, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade e o suporte formal nas primeiras semanas após o regresso a casa.

Agradecendo a atenção disponibilizada

Os melhores cumprimentos



Goréti Rainho

2012/04/16

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Maria Goreti Gomes Rainho Mendes, enfermeira de reabilitação no serviço de Pneumologia C e aluna do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola de Saúde de Santarém, Unidade Seminário de Trabalho de Projeto, vem solicitar a participação de Vossa Excelência, no trabalho de projeto desenvolvido no serviço referido, com o **título**: “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”, que tem a finalidade de promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico e o autocontrolo da doença no domicílio.

São efetuadas sessões de reabilitação respiratória no hospital e no domicílio até 3 meses após a alta, onde são ensinados/treinados o reconhecimento da dispneia, gestão da inaloterapia, ventiloterapia, exercícios respiratórios, técnicas de conservação de energia e gestão de esforço. São também efetuados ensinamentos sobre fatores de risco, fatores exacerbantes e eliminação de barreiras arquitetónicas. Algumas sessões são efetuadas na presença do familiar/ prestador de cuidados. Serão feitas avaliações no início e no final do programa com as seguintes escalas: **MAB** (Método de Avaliação Biopsicossocial), para avaliar os domínios mental, físico, funcional e conhecer as alterações na autonomia física e instrumental; **MAT (Medida de Adesão Terapêutica)** para avaliar a adesão ao regime medicamentoso; e o questionário **SGRQ (St. George Hospital)** para **avaliar a qualidade de vida**. Nas sessões de reabilitação respiratória (no início e no final de cada sessão) é também avaliada a saturação periférica de oxigénio, a frequência cardíaca e a pressão arterial.

A participação no mesmo é voluntária, não sofrendo o doente qualquer prejuízo em termos assistenciais no caso de não ter interesse em integrar o projeto. Este projeto foi aprovado pelo CHO: Unidade de Torres Vedras. Toda a informação recolhida é confidencial e tem como objetivo exclusivo o desenvolvimento do projeto e o relatório de trabalho de projeto no âmbito do mestrado já referido.

**Se necessitar, não hesite em solicitar mais informações ou esclarecimentos.**

**Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.**

Grata pela sua colaboração!

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## **NORMA: Planeamento da alta do idoso com DPOC.**

### **1. CONCEITO**

Planeamento da alta idoso com DPOC, promovendo o autocuidado: gestão do regime terapêutico e articulação dos cuidados com o centro de saúde ou outras instituições comunitárias no sentido de promover a continuidade dos cuidados no domicílio.

### **2. FINALIDADE**

Promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC e o autocontrolo da DPOC no domicílio.

### **3. OBJECTIVO GERAL**

Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no planeamento da alta e promover o autocuidado: gestão do regime terapêutico, no idoso com DPOC.

### **4. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Sistematizar os procedimentos no planeamento da alta;
- Promover o planeamento da alta desde o 1º dia de internamento;
- Promover a educação do idoso com DPOC e família, no autocuidado: gestão do regime terapêutico;
- Assegurar a continuidade dos cuidados pela melhoria da articulação dos cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde ou outros recursos da comunidade.

### **5. CAMPO DE APLICAÇÃO**

- Doentes Alvo: Idosos com DPOC internados no Serviço da Pneumologia C.

## **6. DESCRIÇÃO**

O planeamento da alta é iniciado com a colheita de dados e avaliação das necessidades do idoso e família com alterações respiratórias (necessidades no autocuidado, condições habitacionais e comunitárias, necessidades relacionadas com produtos de apoio).

A avaliação deve ser realizada nas primeiras 24 horas de internamento, utilizando o instrumento de colheitas de dados, para identificação das necessidades na pós-alta (anexo 1), disponível no *dossier* de “gestão de altas”, através da entrevista com o idoso e família.

A avaliação e registo são realizados pelo enfermeiro responsável (segundo a distribuição), no turno da manhã e pelo enfermeiro especialista e/ ou enfermeira chefe.

O planeamento da alta considera o idoso com DPOC e família como parceiros e envolve a colaboração da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistente social, dietista, fisioterapeutas e outros).

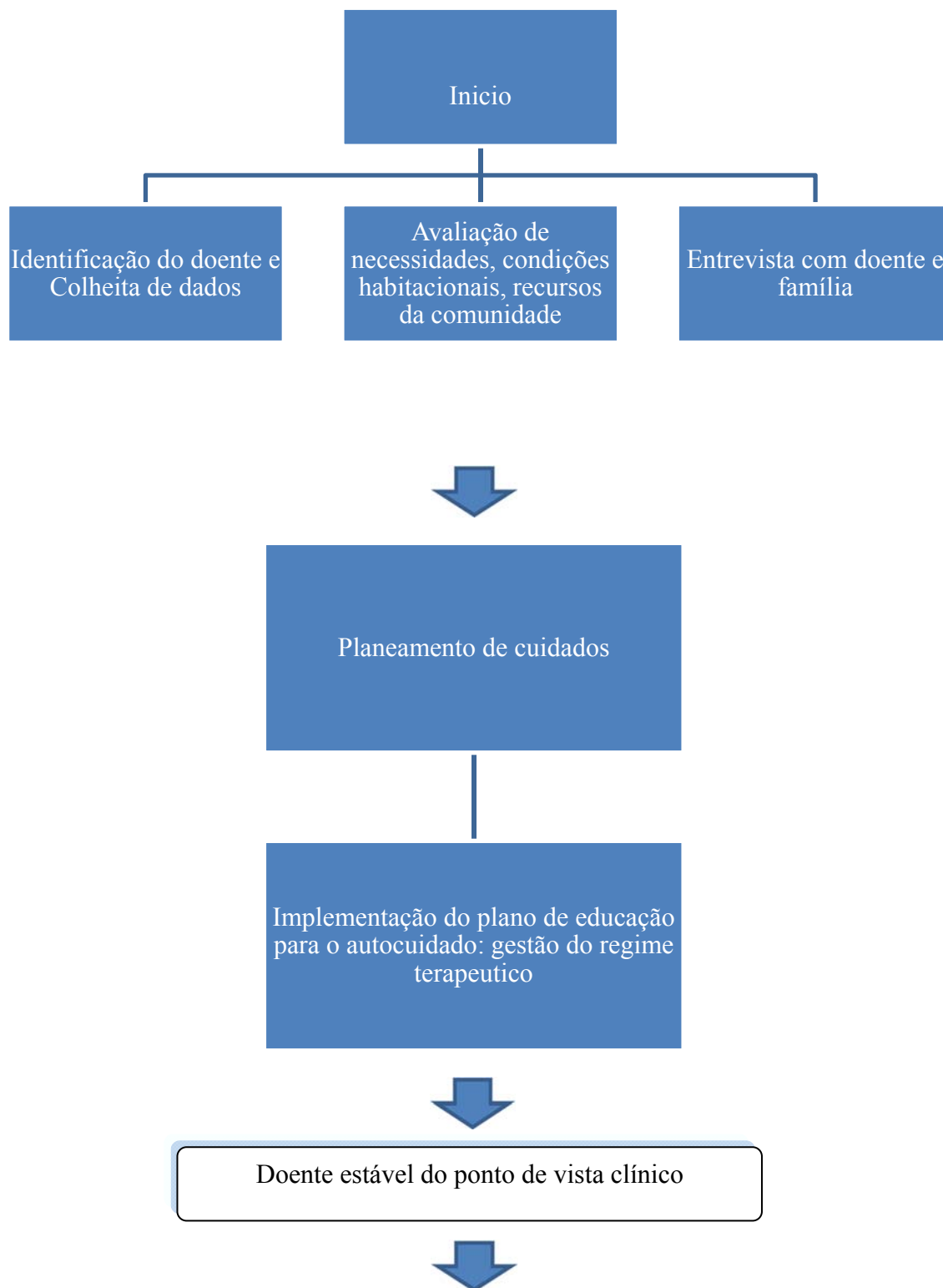
No idoso com DPOC, com dependência no autocuidado: gestão do regime terapêutico deve ser implementado o plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico (anexo 2), de acordo com os critérios

A articulação dos cuidados entre Hospital e Centro de Saúde ou outros recursos da comunidade é assegurada pela partilha de informação, através de carta da alta (anexo 3), por contato eletrónico e/ ou telefónico.

## **7. REGISTOS**

O plano da alta e a avaliação das intervenções devem ser registados em instrumentos próprios, nomeadamente: a folha de Planeamento da alta e colheita de dados, o plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico e a folha de alta.

## 8. FLUXOGRAMA





Transição para o domicílio

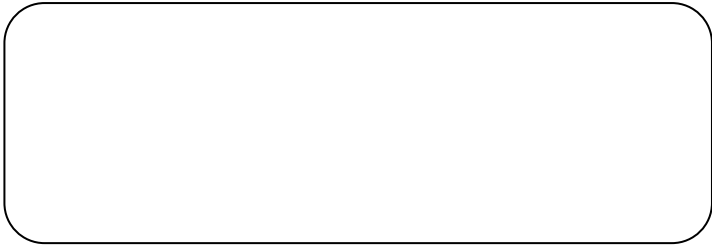
Articulação de cuidados com Centro de Saúde e/ou outros recursos da comunidade (utilização da carta da alta) por contato eletrónico ou telefónico

Realização da visita domiciliária em doentes com VNI ou OLD



Realizar registos

Instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades do idoso com  
DPOC



ÁREA DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ORIGEM: Serv. Urgência  Consulta externa  Outro Hospital

DESTINO APÓS ALTA: \_\_\_\_\_

CONTACTOS: \_\_\_\_\_

<b>Diagnóstico:</b> _____		<b>ADMISSÃO:</b> __/__/__ <b>ALTA</b> __/__/__	
<b>Motivo de internamento:</b> _____			
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Feminino (0) <input type="checkbox"/> Masculino (1) <b>Idade:</b> <input type="checkbox"/> ≥80 anos (0) <input type="checkbox"/> 65 a 79 anos (1) <input type="checkbox"/> 50 a 64 anos (2) <input type="checkbox"/> 18 a 49 anos (3)		<b>BIO</b>	Score Idade ____ Score Sexo ____
<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <b>Em que ano estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Em que mês estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Quantos são hoje (dia do mês)?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Em que estação do ano estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Que dia da semana é hoje?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		<b>Orientação no Tempo</b>	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 -3 Orientado no tempo
<b>Como se chama o nosso país?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Em que distrito vive?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Em que terra vive?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Como se chama esta casa?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3) <b>Em que andar/serviço estamos?</b> <input type="checkbox"/> não responde / não sabe / errado (0) <input type="checkbox"/> certo (3)		<b>Orientação no Espaço</b>	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 má <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatória <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatória <input type="checkbox"/> 3 – 3 Orientado no espaço
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> viúvo/separado/solteiro (0) <input type="checkbox"/> casado / união de facto (3) <b>Onde vive:</b> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Outro _____ <b>N.º de coabitantes:</b> <input type="checkbox"/> vive só (0) <input type="checkbox"/> vive com outros(3) <b>Cuidador(es):</b> _____ <b>Tempo em que está só nas 24h:</b> <input type="checkbox"/> 8 ou mais horas (0) <input type="checkbox"/> menos de 8 horas (3) <b>Ter com quem desabafar/ter confidente:</b> <input type="checkbox"/> não tem confidente (0) <input type="checkbox"/> tem confidente (3)		<b>Isolamento Social</b>	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 mto isolado <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 isolado <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 pouco isolado <input type="checkbox"/> 3 – 3 não isolado
<b>Escolaridade:</b> <input type="checkbox"/> 0 anos/analfabeto (0) <input type="checkbox"/> 1 a 6 anos (1) <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos (2) <input type="checkbox"/> 13 ou + anos (3) <b>Profissão:</b> _____ <input type="checkbox"/> não qualificado (0) <input type="checkbox"/> qualificado(1) <input type="checkbox"/> intermédio(2) <input type="checkbox"/> especialista (3)		<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Média dos itens</b> <input type="checkbox"/> 0 – 0 a 0,9 baixas <input type="checkbox"/> 1 – 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 – 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 – 3 bom
<b>Médico de família:</b> _____ Última consulta: _____ consulta: _____ <b>Internamentos / Recurso ao S.Urg.:</b> _____		<b>Pneumologista:</b> _____ Última consulta: _____	
<b>ANTECEDENTES</b> <b>Fumador:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> activo <input type="checkbox"/> ex-fumador _____ UMA (nº cigarros/dia/20Xn.º anos) <b>Exposição ocupacional:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____			
<b>Patologia Cardíaca:</b> _____		<b>HTA:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> NID <input type="checkbox"/> ID <b>Patologia Neurológica:</b> _____		_____	
<b>Outras patologias:</b> _____			
<b>Alergias:</b> _____			
<b>IMUNIZAÇÕES</b> influenza <input type="checkbox"/> pneumococos <input type="checkbox"/> Sensibilização a alergenos <input type="checkbox"/> Quais? _____			
<b>HISTÓRIA FAMILIAR</b> _____			
<b>MEDICAÇÃO HABITUAL</b> _____			
<b>OLD:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ h/dia Débito: _____ l/m <b>VNI:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ h/dia Débito O2: _____ l/m <b>EPAP:</b> _____ <b>IPAP:</b> _____			
<b>Desconforto associado à máscara de VNI:</b> _____			
<b>QUEIXAS DE SAÚDE</b> <b>Visão</b> <input type="checkbox"/> Diminuída _____ <b>Audição</b> <input type="checkbox"/> Diminuída _____ <b>Gastro-intestinais</b> <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Outras _____ <b>Músculo-esqueléticas.</b> _____ <b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Com lesões _____ <b>Risco UPP (escala Braden)</b> _____ <b>Outras queixas</b> _____		<b>BIO</b>	<b>Score Queixas de saúde (a menor pontuação)</b> <input type="checkbox"/> 0 – com queixas <input type="checkbox"/> 3 – sem queixas

<b>Exame Físico</b> ( <i>outros dados</i> : Edemas, sinais de desidratação)	<b>Força (escala de Lower)</b>	<b>MS</b>	<b>MI</b>
	<b>Espasticidade (escala de Ashworth)</b>		
	<b>Equilíbrio</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>
	<b>Coordenação</b>		<b>Não tem</b>
	<b>Sensibilidade térmica</b>		
	<b>Sensibilidade táctil</b>		

SINAIS VITAIS			
<b>Respiração:</b> ____c/m <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Toraco-adb. / <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular / <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica	<b>Tensão Arterial (mmHg)</b>		
<b>Dispneia (Escala de Borg Modificada)</b>	<b>Pulso (b/m)</b>		
<b>Sat. O<sub>2</sub> (com ou sem O<sub>2</sub>/sist. admin.)</b>	<b>Temperatura Timpânica (°C)</b>		
<b>Gasimetria</b>	<b>PH</b>	<b>Dor (VAS/Escala numérica)</b>	
	<b>HCO<sub>3</sub>-</b>	<b>Expetoração</b> <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> Hemoptoica	
	<b>PaO<sub>2</sub></b>	<b>Pele:</b> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Cianosada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> _____	
	<b>PaCO<sub>2</sub></b>	<b>Sons respiratórios:</b> <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Dertor <input type="checkbox"/> _____	
	<b>SatO<sub>2</sub></b>		

<b>QUEIXAS EMOCIONAIS</b>	<b>PSICO</b>	<b>Score Queixas Emocionais</b> (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
<b>Triste / deprimido:</b> <input type="checkbox"/> mto tempo / sem resp (0) <input type="checkbox"/> metade do tempo (1) <input type="checkbox"/> pouco tempo (2) <input type="checkbox"/> nunca(3)		
<b>Nervoso / ansioso:</b> <input type="checkbox"/> mto tempo / sem resp (0) <input type="checkbox"/> metade do tempo (1) <input type="checkbox"/> pouco tempo (2) <input type="checkbox"/> nunca(3)		
<b>Outras queixas emocionais:</b> <input type="checkbox"/> com queixas (0) <input type="checkbox"/> sem queixas (3) <b>Padrão de sono:</b> _____		

<b>QUEDAS</b>	<b>BIO</b>	<b>Score Quedas</b> (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
<b>Nº quedas (último ano):</b> <input type="checkbox"/> 4 ou + (0) <input type="checkbox"/> 2 a 3 (1) <input type="checkbox"/> 1 (2) <input type="checkbox"/> sem quedas (3)		
<b>Momento das quedas:</b> <input type="checkbox"/> há menos de 1 mês (0) <input type="checkbox"/> entre 1 mês e 1 ano <input type="checkbox"/> há mais de 1 ano (2) <input type="checkbox"/> sem quedas (3)		
<b>Motivo das quedas:</b> <input type="checkbox"/> interno + externo (0) <input type="checkbox"/> interno (1) <input type="checkbox"/> externo(2) <input type="checkbox"/> sem quedas (3)		
<b>Sequelas das quedas ocorridas:</b> <input type="checkbox"/> c/ alt. mobilidade (0) <input type="checkbox"/> s/ alt. mobilidade (1) <input type="checkbox"/> s/ sequelas (2) <input type="checkbox"/> sem quedas (3)		

<b>LOCOMOÇÃO</b>	<b>BIO</b>	<b>Score Locomoção</b> (a menor pontuação) <input type="checkbox"/> 0 - incapaz <input type="checkbox"/> 1 - dependente <input type="checkbox"/> 2 - autónomo <input type="checkbox"/> 3 - 3 independente
<b>Locomoção e meios para visão e audição:</b> <input type="checkbox"/> meios (2) <input type="checkbox"/> independente (3)		
<b>Andar em casa, dentro de edifícios:</b> <input type="checkbox"/> incapaz (0) <input type="checkbox"/> depende de 3ºs (1) <input type="checkbox"/> meios (2) <input type="checkbox"/> independente (3)		
<b>Andar na rua:</b> <input type="checkbox"/> incapaz (0) <input type="checkbox"/> depende de 3ºs (1) <input type="checkbox"/> meios (2) <input type="checkbox"/> independente (3)		
<b>Andar em escadas:</b> <input type="checkbox"/> incapaz (0) <input type="checkbox"/> depende de 3ºs (1) <input type="checkbox"/> meios (2) <input type="checkbox"/> independente (3)		

<b>HÁBITOS</b>	<b>SOCIA</b>	<b>Score Hábitos</b> (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 mau <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 1,9 insatisfatório <input type="checkbox"/> 2 - 2 a 2,9 satisfatório <input type="checkbox"/> 3 - 3 bom
<b>Actividade Física/semana</b> (andar a pé na rua/ ginástica ou desporto/ outra actividade física): <input type="checkbox"/> 0 horas (0) <input type="checkbox"/> < 2 horas (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 horas (2) <input type="checkbox"/> > 4 horas (3)		
<b>Nº de Refeições/dia:</b> _____ <input type="checkbox"/> 0 - 2 (0) <input type="checkbox"/> > 6 (1) <input type="checkbox"/> 3 (2) <input type="checkbox"/> 4 - 6 (3)		

<b>ESTADO DE NUTRIÇÃO</b>	<b>BIO</b>	<b>Score Estado de nutrição</b> (a média dos itens) <input type="checkbox"/> 0 - 0 a 0,9 magro / obeso <input type="checkbox"/> 1 - 1 a 2,9 baixo / excesso peso <input type="checkbox"/> 3 - 3 adequado
<b>IMC (peso/alt<sup>2</sup>) = (____ / ____<sup>2</sup>) = ____ Kg/m<sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> <16 (magreza) ou >30 (obesidade) (0) <input type="checkbox"/> 16 a 18,4 (baixo peso) ou 25,1 a 30 (excesso peso) (1) <input type="checkbox"/> 18,5 a 25 (adequado) (3)		
<b>CINTURA = ____ cm</b> <input type="checkbox"/> F < 80 (adequado); M < 94 (adequado) (3) <input type="checkbox"/> F > 88 (obesidade II); M > 102 (obesidade II) (0) <input type="checkbox"/> F - 80 a 88 (obesidade I); M - 94 a 102 (obesidade I) (1)		

<b>Apoio Social:</b> <input type="checkbox"/> Cuidador informal <input type="checkbox"/> Centro de dia <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Condições habitacionais:</b> <input type="checkbox"/> escadas <input type="checkbox"/> elevador <input type="checkbox"/> Wc <input type="checkbox"/> água canalizada <input type="checkbox"/> luz eléctrica <input type="checkbox"/> sist. aquecimento _____

AUTONOMIA FÍSICA		ADMISSÃO	ALTA
<b>Lavar-se/tomar banho</b> (entrar/sair, estar, lavar-se)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)		
<b>Vestir-se/despir-se</b> (escolher, preparar, vestir)			
<b>Usar a sanita e/ou bacio/urinol</b> (usar, limpar-se, roupa, despejar)			
<b>Deitar-se/levantar-se da cama</b> (mover-se, transferir-se, andar)			
<b>Sentar-se/levantar-se de cadeiras</b> (mover-se, transferir-se, andar) Usa: <input type="checkbox"/> Canadiana/bengala <input type="checkbox"/> andarilho <input type="checkbox"/> prótese			
<b>Controlar a urina</b> <input type="checkbox"/> Urinol/Arrastadeira <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário: N.º ____ Tipo: ____ Data Col.: ____/____/____			
<b>Controlar as fezes</b> <input type="checkbox"/> Arrastadeira <input type="checkbox"/> Fralda			
<b>Alimentar-se/comer</b> (servir-se, preparar alimentos, comer) <input type="checkbox"/> SNG N.º ____ Data Col.: ____/____/____ Dieta: _____			
<b>Autonomia Física e meios para visão e audição</b>	meios (2) independ. (3)		
<b>Score Autonomia Física (a menor pontuação) 0 - incapaz; 1 - dependente; 2 - autónomo; 3 - 3 independente</b>			
<b>TOLERÂNCIA AO ESFORÇO (METS)</b>			

<b>PROJECTO DE VIDA</b> (O que o doente deseja continuar a fazer com as suas limitações)
---

**GESTÃO do REGIME TERAPÊUTICO NO IDOSO COM DPOC**

<b>ADESÃO AOS TRATAMENTOS</b> <i>Score (Σ ÷7):</i> _____	<input type="checkbox"/> Inaloterapia e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) <input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz) <input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)			Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?									
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?									
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?									
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?									
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?									
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?									
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?									

**CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO**

D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho

Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA
Reconhecimento da dispneia (considera que a sua dispneia está relacionada com a sua doença? / como faz quando tem falta de ar?)			Oxigenoterapia		
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia		
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa		
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações		
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)			Técnicas de relaxamento		

**AUTONOMIA INSTRUMENTAL**

		<b>ADMISSÃO</b> (antes da crise)
<i>Usar o telefone (marcar n.ºs, atender)</i>	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)	
<i>Fazer compras (todas as compras necessárias)</i>		
<i>Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)</i>		
<i>Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)</i>		
<i>Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)</i>		
<i>Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos/taxi/carro, conduzir)</i>		
<i>Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)</i>		
<i>Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)</i>		
<i>Autonomia instrumental e meios para visão e audição</i>	meios (2) independente (3)	
<b>Score Autonomia Instrumental (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 -3 independente</b>		

**QUALIDADE DE VIDA**

	<b>ADMISSÃO</b>
<b>Parte 1: Impacto nos Sintomas = (ScoreX100) ÷ 27</b>	
<b>Parte 2: Impacto psico-social = (ScoreX100) ÷ 47 (adicionar 1 por cada resposta aberta que o doente acrescentar)</b>	
<b>TOTAL</b>	

**ESTRUTURA FAMILIAR (estrutura interna/externa/relações/papeis/forma de organização/dinâmica)**

--

**OUTROS REGISTOS**

--

## REGISTO DE ACOMPANHAMENTO

AUTONOMIA INSTRUMENTAL		FOLLOW-UP 1 MÊS	FOLLOW-UP 3 MESES	FOLLOW-UP 1 ANO
<i>Usar o telefone</i> (marcar n.ºs, atender)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)			
<i>Fazer compras</i> (todas as compras necessárias)				
<i>Preparar refeições</i> (planear bem, preparar, servir-se)				
<i>Tarefas de lida da casa</i> (pesadas e leves, com limpeza)				
<i>Lavar/tratar da sua roupa</i> (grande e pequena)				
<i>Usar transportes, onde não pode ir a pé</i> (públicos/taxi/carro, conduzir)				
<i>Tomar os seus medicamentos</i> (nas doses e tempos corretos)				
<i>Gerir o seu dinheiro</i> (contas, cheques, idas ao banco)				
<b>Autonomia instrumental e meios para visão e audição</b>	meios (2) independente (3)			
<b>Score Autonomia Instrumental</b> (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3-3 independente				

QUALIDADE DE VIDA		FOLLOW-UP 1 MÊS	FOLLOW-UP 3 MESES	FOLLOW-UP 1 ANO
<b>Parte 1: Impacto nos Sintomas</b> = (ScoreX100) ÷ 27				
<b>Parte 2: Impacto psico-social</b> = (ScoreX100) ÷ 47 (adicionar 1 por cada resposta aberta que o doente acrescentar)				
<b>TOTAL</b>				

AUTONOMIA FÍSICA		FOLLOW-UP 1 MÊS	FOLLOW-UP 3 MESES	FOLLOW-UP 1 ANO
<i>Lavar-se/tomar banho</i> (entrar/sair, estar, lavar-se)	incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)			
<i>Vestir-se/despir-se</i> (escolher, preparar, vestir)				
<i>Usar a sanita e/ou bacio/urinol</i> (usar, limpar-se, roupa, despejar)				
<i>Deitar-se/levantar-se da cama</i> (mover-se, transferir-se, andar)				
<i>Sentar-se/levantar-se de cadeiras</i> (mover-se, transferir-se, andar)				
<i>Controlar a urina</i>				
<i>Controlar as fezes</i>				
<i>Alimentar-se/comer</i> (servir-se, preparar alimentos, comer)				
<b>Autonomia Física e meios para visão e audição</b>	meios (2) independente (3)			
<b>Score Autonomia Física</b> (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3-3 independente				
<b>Tolerância ao esforço (Mets) / Prova da caminhada dos 6 minutos</b>				

CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO											
D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho											
Regime terapêutico			1 MÊS	3 MESES	1 ANO	Regime terapêutico			1 MÊS	3 MESES	1 ANO
Técnicas de relaxamento						Oxigenoterapia					
Técnicas de conservação de energia nas AVDs						Ventiloterapia					
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)						Viagens/saída de casa					
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)						Sinais de alerta (sinais e sintomas) / intervenção nas agudizações					
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)											

ADESÃO AOS TRATAMENTOS    Score (Σ ÷ 7)	<input type="checkbox"/> Inaloterapia e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) <input type="checkbox"/> OLD (marque na escala com uma cruz) <input type="checkbox"/> VNI (marque na escala com quadrado)	Sempre (1) / Quase sempre (2) Com frequência (3) / Por vezes (4) Raramente (5) / Nunca (6)		
		1 MÊS	3 MESES	1 ANO
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?				
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?				
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?				
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?				
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?				
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?				
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?				
<b>SCORE TOTAL</b>				

RECURSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE / EXPOSIÇÃO	FOLLOW-UP 1 MÊS	FOLLOW-UP 3 MESES	FOLLOW-UP 1 ANO
<i>Nº Exacerbações após alta</i>			
<i>Nº de idas ao SU após alta</i>			
<i>Nº VD/Consultas não programadas após alta</i>			
<i>Hábitos tabágicos/exposição a partículas</i>			

SINAIS VITAIS	FOLLOW-UP 1 MÊS	FOLLOW-UP 3 MESES	FOLLOW-UP 1 ANO
<i>Respiração (Freq., localização, ritmo, simetria)</i>			
<i>Dispneia (Escala de Borg)</i>			
<i>Tensão Arterial (mmHg)</i>			
<i>Pulso (b/m)</i>			
<i>Temperatura Timpânica (°C)</i>			
<i>Dor (VAS/Escala numérica)</i>			

DATA	OCORRÊNCIAS	INTERVENÇÕES

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**NO PROJETO “Promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC”**

- ✓ Idoso com Estado cognitivo satisfatório ou bom
- ✓ O idoso aceita participar no programa de educação para o autocuidado
- ✓ O idoso pertence ao concelho de Torres Vedras

## Autorização de utilização dos instrumentos MAT e MAB

 **Goreti 2006** 21 de jan ☆  
Ao Exmo Sr Dr Artur Barata Delgado e Exma Srª Drª Maria Luísa Lima Maria Goré...

 **Luísa Lima** <luisa.lima@iscte.pt> 21 de jan ☆  
para mim ▾


Cara Goréti Rainho,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.  
Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.  
Luísa Lima

Pedido de autorização de utilização do instrumento MAB  Entrada x  

 **Goreti 2006** 20 de mar ☆  
Exma Sra. Profª Amália Botelho Chamo-me Goréti Rainho, sou enfermeira especia...

 **Goreti 2006** 20 de mar ☆  
Exma Sra. Profª Amália Botelho Chamo-me Goréti Rainho, sou enfermeira especia...

 **Maria Amália Botelho** <amalia.botelho@fcm.unl.pt> 21 de mar ☆  
para mim ▾

Exma Senhora Dra e Mestranda Goréti Rainho

A autorização para utilizar o instrumento MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial para realizar a avaliação da pessoa idosa internada, nos domínios: biológico, psicológico e social é concedida, com todo o empenho na sua aplicabilidade e respectiva reflexão.  
A actual forma de referenciação é:

Botelho A. (2011). "Método de Avaliação Biopsicossocial - um instrumento de detecção em saúde". In: Fernandes L, Pereira MG, Pinto LC, Firmino H, Leuschner A. (Eds.) Jornadas de Gerontopsiquiatria. 1ª Edição. pp. 87-89. Águeda. Editora Associação de Psico Geriatria.  
Botelho, A. (2000) Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ª ed.). Porto: Laboratórios Bial.

Sendo que na primeira o método é descrito e na segunda a metodologia sua precursora foi submetida a análise de reprodutibilidade.

Gostaria, sim, que me enviasse o relatório do seu trabalho.

Melhores cumprimentos  
Amália Botelho, MD, PhD  
Professor of Medicine  
Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa  
Campo Mártires da Pátria, 130  
1169-056 Lisboa  
Portugal

ÁREA DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTACTOS: \_\_\_\_\_

### Plano de educação para o autocuidado: gestão do regime terapêutico

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		Data		Avaliação
		Início	Fim	
CONHECIMENTO DA	Instruir e treinar fisiopatologia da doença Instruir e treinar a identificar as manifestações da doença Instruir e treinar o doente a evitar fatores de risco da doença/agudizações			
GESTÃO TERAPÉUTICA MEDICAMENTO DA	Instruir e treinar / estimular a autoadministração de inaloterapia Instruir e treinar / estimular a autoadministração de antibioterapia Instruir e treinar / estimular a autoadministração de corticoterapia Instruir e treinar / estimular a autoadministração de OLD Instruir e treinar / estimular autoadministração de VNI			
CONTROLE DA RESPIRAÇÃO	Implementar plano de exercícios respiratórios, ____ ciclos em cada: <ul style="list-style-type: none"><li>• Posição de relaxamento</li><li>• Dissociação dos tempos respiratórios, com expiração com lábios semicerrados</li><li>• Respiração diafragmática</li></ul>			
CONSERVAÇÃO DE ENERGIA	Treinar a técnica de conservação de energia nos autocuidados, mantendo o seu nível de dispneia entre 3-5 na escala de Borg: <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar a higiene pessoal / tomar banho</li><li>• Usar o sanitário</li><li>• Vestir-se ou despir-se sentado</li><li>• Levantar-se / transferir-se</li><li>• Andar ____ metros com/sem auxiliar de marcha</li></ul>			
ALIMENTAÇÃO	Instruir sobre regime alimentar adequado (Dieta polifracionada, variada e em pequenas quantidades, especialmente antes de dormir) Estimular a realizar reforço hídrico de ____ l/dia			
GESTÃO DE ESFORÇO	Implementar plano de exercícios físicos ____ X/semana, ____ ciclos em cada exercício (folheto) Instruir e treinar a suspender a atividades se dispneia > 5 na escala de Borg: Estimular a realização de exercícios: <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar atividades com pedaleira</li><li>• Treinar de tonificação de membros superiores e membros inferiores</li></ul>			
GESTÃO DAS AGUDIZAÇÕES	Instruir e treinar sinais de alerta <ul style="list-style-type: none"><li>• Dispneia, Tosse, Expetoração</li></ul> Instruir e treinar intervenção nas agudizações <ul style="list-style-type: none"><li>• Posição de "cocheiro"</li><li>• Utilização da medicação</li><li>• Utilização dos serviços de saúde</li></ul>			

### EVITAR:

- *Tabaco*
- *Ambientes Poluídos*
- *Tarefas domésticas como limpar o pó, aspirar e varrer*
- *Alterações da temperatura (proteger-se do frio com lenços e não realizar exercícios ao calor)*
- *Situações de stress e ansiedade*
- *Estar em contacto com pessoas com doença respiratória (gripe, pneumonia, bronquite...)*

### SINAIS DE ALERTA :

- *Alteração da cor da expectoração para amarelada, verde ou castanha;*
- *Se tiver falta de ar/ cansaço que não diminui com as posições de relaxamento nem com o controlo da respiração;*
- *Alteração do estado habitual.*

**Contactar o seu médico!**

### RECOMENDAÇÕES:

- **Beber 1,5 L de água por dia**
- **Fazer uma alimentação saudável, com refeições ligeiras e várias vezes ao dia**
- **Evitar bebidas alcoólicas e gaseificadas**
- **CUMPRIR A TERAPEUTICA E REALIZAR OS EXERCÍCIOS TODOS OS DIAS MESMO QUE SE SINTA MELHOR!**

O serviço de Pneumologia C está disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Contactos:  
CHO - Unidade Torres Vedras /  
Pneumologia: 261 310830



Fontes: Almeida et al - Aprenda a viver com a DPOC. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Matosinhos, sem data;  
Gomez, M, J.M.; Setto-Mayor, R. - Tratado de Pneumologia. 2003. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa, Fernandus Portugal.  
Heitor, C. et al - Reabilitação Funcional Respiratória. 2.ª ed, 1988. Lisboa, Boekinger Ingelheim.  
Rafael, H. - Viver melhor com a DPOC 2010.



CHO: UNIDADE TORRES VEDRAS

## VIVA MELHOR COM A DPOC...



A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença que causa obstrução nas vias aéreas provocando falta de ar, cansaço e tosse, muitas vezes com expectoração.

**A doença evolui para a degradação do pulmão se nada for feito. Ajude o seu pulmão a viver mais e melhor!**



## Como Viver Com a Sua D.P.O.C.

### 1- IDENTIFIQUE A SUA FALTA DE AR/CANSAÇO:

DISPNEIA	
Escala de Borg modificada	
0	ABSOLUTAMENTE NADA
0,5	POUQUÍSSIMA, QUASE NADA
1	MUITO POUCA
2	POUCA
3	MÉDIA, REGULAR
4	UM POUCO FORTE
5	FORTE
6	
7	MUITO FORTE
8	
9	FORTÍSSIMA
10	MÁXIMA

Se for **forte** (cansaço/falta de ar igual ou maior que 5 na escala acima), deve parar e descansar, adoptando as posições de relaxamento e conforto:

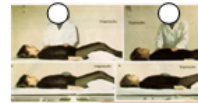


### 2- EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS



#### 2.1. CONTROLO DA SUA RESPIRAÇÃO:

Colocar as mãos na barriga e inspirar o ar pelo nariz como se tivesse a “**cheirar uma flor**”, fazendo levantar a mão, e depois deitar o ar fora pela boca, com os lábios quase fechados como se tivesse a “**soprar uma vela**”, fazendo descer a mão que está na barriga.



Repetir esta respiração 8x seguidas inicialmente e ir

aumentando se não se cansar até 15 vezes

### 3. EXERCÍCIO COM OU SEM BASTÃO:



Quando levanta os braços com o bastão inspirar o ar pelo nariz como se tivesse a “**cheirar uma flor**”, e quan-

do desce os braços deita o ar fora pela boca, com os lábios quase fechados como se tivesse a “**soprar uma vela**”

### 4- EXERCÍCIOS LATERAIS (ESQUERDA E DIREITA):

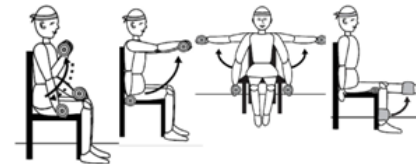


Quando levanta o braço com o bastão inspirar o ar pelo nariz como se tivesse a “**cheirar uma flor**”, e quando desce deita o ar fora pela boca como se tivesse a “**soprar uma vela**”.

Realizar os exercícios **TODOS OS DIAS**, inicialmente 8x seguidas cada um e ir aumentando, se não se cansar, até 15x

### 5- EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO:

Mantenha o controlo da respiração e inicie os exercícios com 0,5Kg, repetindo 10x cada um se não se cansar.



Deve **caminhar**, se a sua condição permitir, utilizar a **pedaleira ou bicicleta** inicialmente 10 minutos seguidos e ir aumentando.

### NÃO ESQUECER AS PAUSAS DURANTE O EXERCÍCIO (PARA NÃO AUMENTAR O CANSAÇO PARA MAIS DE 4 NA ESCALA DE BORG)

A DPOC leva a que os seus pulmões produzam muito muco e que tussa muitas vezes. Para uma tosse mais eficaz e expelir secreções:

1. **Inspire profunda lentamente pelo nariz**
2. **Tussa 3x inclinando para a frente e comprimindo a barriga**
3. **Relaxe controlando a respiração e repita 2x e relaxe**



**ANEXO VIII:** Tabelas com resultados da pesquisa de artigos no cruzamento de descritores

**Tabela nº 1** - Número de artigos nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante dos descritores: Nurs\*, Rehabilitation, COPD, Self Management, Therapeutics

<b>DESCRITORES</b>	<b>PLATAFORMAS DE PESQUISA</b>	<b>Nº DE ARTIGOS PESQUISADOS</b>
NURS*	CINAHL Plus with Full Text; MeDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews ; Nursing & allied health collection	N= 181 970
REHABILITATION		N= 57 111
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE		Nº = 13 471
SELF MANAGEMENT		Nº = 8 821
THERAPEUTICS		Nº= 54 389

**Tabela nº 2** - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores: Nurs\*+ Rehabilitation; Nurs\*+ COPD; Nurs\*+Self Management; Nurs\*+ Therapeutics

<b>DESCRITORES</b>	<b>PLATAFORMAS DE PESQUISA</b>	<b>Nº DE ARTIGOS DA PESQUISA</b>
NURS* + REHABILITATION	CINAHL Plus with Full Text; MeDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews	N= 24 541
NURS* + COPD		Nº= 4 998
NURS* + SELF-MANAGEMENT		Nº= 6 339
NURS* + THERAPEUTICS		Nº=14 830

**Tabela nº 3** - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores: Rehabilitation + COPD; Rehabilitation+Self- Management; Rehabilitation+ Therapeutics.

<b>DESCRITORES</b>	<b>PLATAFORMAS DE PESQUISA</b>	<b>Nº DE ARTIGOS DA PESQUISA</b>
REHABILITATION + COPD	CINAHL Plus with Full Text; MeDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews	Nº= 2 304
REHABILITATION + SELF - MANAGEMENT		Nº= 2 560
REHABILITATION + THERAPEUTICS		Nº = 5 833

**Tabela nº 4** - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores COPD+Self-Management; COPD+Therapeutics.

<b>DESCRITORES</b>	<b>PLATAFORMAS DE PESQUISA</b>	<b>Nº DE ARTIGOS DA PESQUISA</b>
COPD+ SELF MANAGEMENT	CINAHL Plus with Full Text; MeDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews	N= 786
COPD + THERAPEUTICS		N= 1 701

**Tabela nº 5** - Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, em full text, publicados de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, resultante do cruzamento entre os descritores Self Management+Therapeutics.

<b>DESCRITORES</b>	<b>PLATAFORMAS DE PESQUISA</b>	<b>Nº DE ARTIGOS PESQUISADOS</b>
SELF -MANAGEMENT + THERAPEUTICS	CINAHL Plus with Full Text; MeDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews	N= 1 202

**Tabela nº 6** - Número de artigos pesquisados nas plataformas, em full text, publicados entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012 resultante do cruzamento entre descritores.

DESCRITORES/PALAVRASCHAVE					Nº ARTIGOS PESQUISADOS
NURS*	REHABILITATION				N= 24 541
NURS*	REHABILITATION	COPD			N= 1 406
NURS*	REHABILITATION	COPD	SELF- MANAGEMENT		N= 301
NURS*	REHABILITATION	COPD	SELF -MANAGEMENT	THERAPEUTICS	N= 53