



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Unidade Curricular: Estágio e relatório

Título Conferido: Mestre

Orientadora: Professora Coordenadora Graça Gama Pereira Carvalho

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CONSULTA DE
ENFERMAGEM DE ASMA BRÔNQUICA

Helena Maria Almeida da Silva Ferreira

Abril
2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Unidade Curricular: Estágio e relatório

Título Conferido: Mestre

Orientadora: Professora Coordenadora Graça Gama Pereira Carvalho

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CONSULTA DE
ENFERMAGEM DE ASMA BRÔNQUICA

Helena Maria Almeida da Silva Ferreira

Abril
2016

*Trata os outros como gostarias que te
tratassem a ti, não é só uma filosofia da
vida: é o derradeiro teste à tua condição
humana.*

Pedro Chagas Freitas

AGRADECIMENTOS

Este trabalho vem concluir mais uma etapa da minha vida académica e espero que abra a porta a muitas outras. Todavia, a sua realização não seria possível sem o contributo de várias pessoas a quem devo deixar os meus mais sinceros agradecimentos.

Começo por agradecer à professora orientadora Graça Gama, os meus agradecimentos por toda a ajuda, colaboração apoio e disponibilidade que sempre demonstrou ao longo da elaboração deste relatório. Obrigada pelo seu empenho e por todas as orientações e conselhos que me foi transmitindo ao longo deste percurso.

A todos os professores da Escola Superior de Saúde de Portalegre que lecionaram o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos conhecimentos que me foram transmitidos e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e para a realização deste projeto.

A toda a equipa do serviço de Pneumologia em especial ao Dr. Pedro Costa, aos técnicos de cardiopneumologia Cristina, Paulo e sua esposa Joana pela disponibilidade que sempre mostraram em esclarecer as minhas dúvidas. É bom saber que temos pessoas e amigos em quem podemos confiar e apoiam com tanto carinho sem nada pedir.

Um obrigado muito especial à Anita uma pessoa que sempre se mostrou disponível para esclarecer as minhas dúvidas.

À minha amiga Manuela Macedo, pela grande amizade, paciência e encorajamento que sempre manifestou ao longo do meu percurso académico.

Por fim, gostaria de agradecer ao meu marido e filho, por todo o apoio que me deram ao longo deste percurso, por toda a paciência e ajuda.

A todos os que de alguma forma me ajudaram a desenvolver este projeto.

O meu muito obrigado!

RESUMO

A asma é uma doença crónica das vias respiratórias, normalmente associada a uma hiper-reatividade das vias aéreas e a uma obstrução variável do fluxo de ar. É um problema grave de saúde global e que se encontra associado a vários fatores como o envelhecimento, a pobreza, desemprego e condições de vida insalubres.

A adesão ao tratamento é importante para que exista o bom controlo da asma, contribuindo dessa forma para a melhoria na qualidade de vida com redução dos custos associados à doença. A intervenção de uma equipa multidisciplinar, sistematizando conhecimentos em diversas áreas para a prevenção e educação na saúde, promovendo o reforço do poder e da responsabilidade do doente, contribuindo para a melhoria individual e coletiva dentro de um contexto de vida saudável, tem como objetivo incentivar alterações de comportamentos para a melhoria de estilos de vida mais saudáveis.

A implementação da consulta de enfermagem surgiu da necessidade em acompanhar doentes com o diagnóstico de asma uma vez que só existe consulta médica. A consulta de enfermagem tem por finalidade reforçar a educação do doente e proporcionar maior segurança e aceitação na adesão e controlo da doença.

Palavras-Chave: Asma Brônquica, Adesão, Educação, Equipa Multidisciplinar, Consulta de Enfermagem

ABSTRACT

Bronchial asthma is a chronic disease of the respiratory ways, usually associated to a hyper-reactivity of the aerial ways and variable obstruction of the air flow. It's a serious global health problem that's associated to several factors like aging, poverty, unemployment and poor living conditions.

Entry to the treatment is important so that there is a good asthma control, contributing in that way to the improvement of the quality of life with a reduction of costs related to the disease. The goal of the intervention of a multidisciplinary team, with knowledge in several areas related to prevention and education in health, promoting a reinforcement in terms of power and responsibility of the sick person, contributing to an individual and collective improvement within a healthy life context, is to motivate behavior changes in order to achieve an improvement in lifestyles.

The implementation of the nursery consultation came from the need to accompany the sick, diagnosed with asthma, because there's only a medical consultation. The nursery consultation's final goal is to reinforce the sick's education and to provide greater safety and acceptance in the disease's entry and control.

Key words: Bronchial Asthma, Entry, Education, Multidisciplinary Team, Nursery Consultation

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACT – Asthma Control Test
ARA β 2 – Agonistas do Recetor Adrenérgico Beta 2
CEI – Corticosteroides Inalados
DGS – Direção Geral de Saúde
DPI – Dry Powder Inhaler
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EPE – Entidade Pública Empresarial
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
FEV1 – Forced Expiration Volume of the first second
GINA – Global Initiative For Asthma
HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande
IECA – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
IMC – Índice de Massa Corporal
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
O₂ – Oxigénio
PEF – Peak Expiratory Flow
PFE – Pico de Fluxo Expiratório
pMDI – Pressurized Metered Dose Inhaler
SaO₂ – Saturação arterial de Oxigénio
SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional da Saúde
s.d. – sem data
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
VNI – Ventilação Não Invasiva
VEMS – Volume Expiratório Máximo no Primeiro Segundo

ÍNDICE

| | f |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 11 |
| 1.1 – A ASMA BRÔNQUICA E A SUA DEFINIÇÃO..... | 12 |
| 1.2 – DIAGNÓSTICO DA ASMA..... | 13 |
| 1.2.1 – Avaliação Funcional Respiratória | 14 |
| 1.2.1.1 – Espirometria..... | 14 |
| 1.2.1.2 – Pico de Fluxo Expiratório (PFE) | 15 |
| 1.2.1.3 – Oximetria | 16 |
| 1.3 – GRAVIDADE, CONTROLO E TRATAMENTO | 16 |
| 1.4 – FATORES DETERMINANTES E DE RISCO | 19 |
| 1.5 – ADESÃO E PAPEL DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR | 20 |
| 1.6 – PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO | 23 |
| 1.7 – UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS | 24 |
| 2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO PRÁTICO | 25 |
| 2.1 – POPULAÇÃO ALVO..... | 26 |
| 3 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM | 28 |
| 3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO..... | 28 |
| 3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES..... | 29 |
| 3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS | 29 |
| 3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS | 30 |
| 3.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS..... | 31 |
| 3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO | 31 |
| 3.7 – EXECUÇÃO | 33 |
| 3.8 – AVALIAÇÃO | 37 |

| | |
|--|----|
| | f |
| 4 – ANÁLISE CRÍTICA | 38 |
| CONCLUSÃO | 40 |
| BIBLIOGRAFIA | 42 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I – Projeto de Estágio | 48 |
| Apêndice II – Folha de Consulta | 68 |
| Apêndice III – Diário de Controlo da Asma | 71 |
| Apêndice IV – Folheto Informativo | 74 |
| Apêndice V – Folheto Informativo II | 77 |
| Apêndice VI – Folheto Informativo III | 80 |

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório decorre no âmbito da unidade curricular de Estágio e Relatório, da Gestão de Unidades de Saúde do 2º Semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP). Consiste na Implementação de uma Consulta de Enfermagem de Asma Brônquica, ou seja na estruturação da mesma, que decorreu no período de 01/11/2015 a 01/04/2016 no serviço de Consultas Externas na área da especialidade de Pneumologia.

A asma brônquica é um verdadeiro problema de saúde pública generalizada em todo o mundo que tem vindo a aumentar de incidência e prevalência nos últimos anos, atingindo pessoas de todas as idades e, quando não controlada, pode tornar-se numa doença incapacitante ou até mesmo fatal (Manique, Arrobas, Todo-Bom, Bugalho, Carvalho, Barreto, et al., 2014).

Segundo Manique et al. (2014), a asma tem uma predominância em cerca de 700.000 residentes em Portugal (Inquérito de Prevalência da Asma), estimando-se que cerca de 57% apresentam a sua doença controlada e cerca de 300.000 necessitam de ajuda no controlo.

O apoio de enfermagem na consulta de pneumologia surgiu da necessidade de um acompanhamento personalizado em doentes com diagnóstico de asma brônquica seguidos na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - E.P.E. (ULSNA - E.P.E.), na consulta externa do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre (HDJMG).

A carência do apoio da enfermagem na consulta de pneumologia estabeleceu desde logo o objetivo de implementar uma consulta de enfermagem que permitisse um apoio mais direcionado para os doentes no tratamento e na orientação das suas dúvidas no tratamento da asma.

A observação desta necessidade parte de uma realidade em que a qualidade de vida pode ser melhorada, tendo em consideração a importância na educação do doente asmático, com a melhoria na aquisição de conhecimentos, apoiando-o e reforçando ideias nas diversas etapas de tratamento do doente portador da asma, considerada uma doença crónica.

Pretende-se com a consulta de enfermagem valorizar o papel do enfermeiro na educação do doente asmático, melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de internamentos, promovendo boas práticas para o controlo da asma.

O presente relatório tem como objetivo principal, descrever o processo para Implementação da consulta de enfermagem de asma brônquica no serviço de consultas externas do HDJMG.

A elaboração deste documento fomentou duas estratégias complementares. Uma delas consiste numa pesquisa bibliográfica como suporte que permitiu abrir novos horizontes e fundamentar as atividades do projeto. A outra não é mais do que a aplicação da metodologia do planeamento em saúde, necessária à estruturação da consulta de enfermagem.

Este relatório divide-se em quatro partes. A primeira parte consiste num enquadramento teórico com a apresentação da temática sobre a asma brônquica, a sua classificação e gravidade, os fatores de risco, o seu controle e tratamento, a adesão e papel da equipa multidisciplinar realçando-se o papel do enfermeiro, programas de educação e uso dos dispositivos inalatórios. A segunda faz uma breve descrição do local de estágio. Na terceira parte descreve-se os objetivos propostos para a implementação da consulta. E por último faz-se uma descrição das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos e reflexão crítica.

As normas que foram utilizadas para a realização deste trabalho foram adotadas de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A asma é uma doença que afeta 300 milhões de pessoas a nível mundial e que atinge todos os grupos etários. É um problema grave de saúde global com prevalência crescente principalmente em países em desenvolvimento, onde os custos de tratamento aumentam, o que se traduz em encargos acrescidos para os doentes e comunidade. (Global Initiative for Asthma [GINA], 2014)

Segundo refere o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2013), em Portugal, as doenças crónicas, em especial as respiratórias, atingem grande parte da população já envelhecida, ou seja, cerca de 50% entre os 50 a 64 anos, e 70% com mais de 75 anos. A pobreza o desemprego e condições de vida insalubres são considerados elementos facilitadores das doenças respiratórias (ONDR, 2015).

Segundo os dados de 2012 em relação à mortalidade e aos internamentos hospitalares de causas respiratórias em Portugal verifica-se uma subida repentina em praticamente todos os grupos nosológicos das mesmas. É de considerar que nesse ano morreram por doenças respiratórias 13.908 portugueses o que equivale a 50 portugueses por dia (ONDR, 2013).

O número de utentes registados nos Centros de Saúde diagnosticados com asma foi em 2012 de 174,27/100.000 habitantes no Continente, o que, segundo as estimativas de prevalência da asma, é um número reduzido. Pode-se subentender que há muitos doentes sub-diagnosticados e que há a necessidade de maior sensibilização dos médicos de família (ONDR, 2013).

Segundo ONDR (2013), a acessibilidade aos cuidados de saúde através de consultas hospitalares em 2012 aumentou mais 0,9% do que em relação a 2011, com diminuição das consultas presenciais nos cuidados de saúde primários (-4,7%). Verifica-se ainda que houve uma diminuição de 26,3% nos serviços de Atendimento Permanente e 7,7% nas Urgências Hospitalares. Isto significa que há um aumento das consultas e dos atendimentos urgentes nos Hospitais.

Podemos constatar que “a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012:2).

A saúde das pessoas depende do meio ambiente onde se encontram inseridas e das suas vivências que ocorrem ao longo da sua vida, dentro de vários contextos que tanto

podem ser laborais, sociais, institucionais, entre outros. Dentro desses mesmos contextos, tanto pode existir um potencial salutogénico como um potencial de risco que deverá ser identificado, valorizado e controlado (DGS, 2012).

Os comportamentos, bem como os estilos de vida saudáveis, estão intrinsecamente relacionados com alguns aspetos como a motivação pessoal segundo as necessidades e potencialidades individuais e as competências desenvolvidas de acordo com o percurso individual de saúde, perspetivando uma visão holística e salutogénica (DGS, 2012).

“O estado de saúde depende em grande parte da educação, do comportamento e dos estilos de vida, da gestão da doença crónica e da aliança terapêutica com os profissionais de saúde, sendo essencial o reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva.” (DGS, 2010:29)

De acordo com a DGS (2012), as perspetivas para a promoção de contextos saudáveis interligam-se através da identificação das necessidades e competências individuais ao longo da vida, essenciais para a prevenção da doença e suas complicações. Promover a responsabilidade sobre a saúde em cada contexto das suas vivências individuais através de uma cultura salutogénica e multidisciplinar, tendo assim como base a educação, capacitação e identificação de situações críticas entre outros, são estratégias necessárias para fomentar esses contextos.

1.1 – A ASMA BRÔNQUICA E A SUA DEFINIÇÃO

A asma é uma doença brônquica, a qual é desencadeada por múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos, estando relacionados com o ambiente e influências genéticas. É uma doença que afeta indivíduos de qualquer idade e é causa de absentismo escolar e de limitações durante o exercício de atividades físicas, desporto e outras atividades desenvolvidas no quotidiano (GINA, 2014).

A asma é uma “Doença heterógena, habitualmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas. Definida por história de sintomas respiratórios com pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, variáveis ao longo do tempo e em intensidade, por limitação variável do fluxo expiratório” (Pinto & Silva, 2014:10).

Segundo a GINA (2010), a asma provoca sintomas recorrentes de sibilância, falta de ar, aperto no peito e tosse que ocorre em particular à noite ou de manhã.

A asma é uma doença que se caracteriza pela obstrução variável do fluxo aéreo e hiper-reatividade ou hiper-responsividade brônquica e tem como característica a inflamação da mucosa brônquica (Moura Camargos & Blic, 2002).

A hiperatividade brônquica e a inflamação são manifestações que provocam uma bronco constrição originando a contração do músculo liso, edema e hipersecreção na zona dos brônquios, o que poderá influenciar a obstrução do fluxo do ar (Sousa, 2011).

Segundo Torgal (2008), a asma é uma doença inflamatória crónica das vias respiratórias e que se manifesta por uma hiper-reatividade, com obstrução do fluxo de ar das vias aéreas, que pode ser reversível espontaneamente ou através de tratamento. A asma geralmente encontra-se associada a uma inflamação da mucosa nasal (rinite).

De acordo com a Pinto e Silva (2014), os sintomas e a limitação do fluxo expiratório variam consoante vários fatores tais como o exercício, exposição a alergénios ou irritantes, alterações climatéricas ou infeções respiratórias virais de resolução espontânea ou medicamentosa.

1.2 – DIAGNÓSTICO DA ASMA

A forma de diagnosticar a asma baseia-se na história clínica do doente, analisando os episódios recorrentes de tosse, dispneia, pieira ou opressão torácica, sendo necessária a confirmação de um ou mais elementos característicos da asma, como a obstrução das vias aéreas, hiper-reatividade brônquica e inflamação das vias aéreas (Manique et al., 2014).

Segundo a DGS (2000) o diagnóstico de asma brônquica é suportado através da história clínica do doente, do exame objetivo, pois permite verificar os sinais e sintomas de obstrução brônquica, da avaliação funcional respiratória, da avaliação de atopia e exclusão de situações que possam camuflar o diagnóstico de asma.

A asma é uma doença, de difícil controlo, que pode estar associado a outros problemas de saúde tornando assim mais grave a situação clinica do asmático (Manique et. al., 2014).

De acordo com a GINA (2014), a asma é uma doença heterógena, caracterizada por uma inflamação crónica que afeta as vias respiratórias. O seu diagnóstico baseia-se num historial de sintomas respiratórios como sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse podendo variar ao longo do tempo e em intensidade. A limitação variável do fluxo de ar expirado é outra das características que define asma brônquica.

O diagnóstico da asma fundamenta-se na história clinica (antecedentes pessoais, familiares e em sintomas típicos sugestivos) e nos exames complementares de diagnóstico e terapêutica (Pinto & Silva, 2014).

De acordo com Manique et al (2014), a história clinica deve ser pormenorizada e deve fazer referência aos agentes desencadeantes das crises, como alergénicos, infeções virais, entre outros. Deve ainda fazer referência ao número de episódios e aos sinais recorrentes de asma, como a pieira, a dispneia e a opressão torácica.

O diagnóstico da asma é essencialmente clínico e sustenta-se pela determinação de obstrução expiratória generalizada e variável do fluxo aéreo que geralmente é reversível de uma forma espontânea ou por administração de terapêutica (Manique et al., 2014).

De acordo com Barbara, Arrobas & Gomes (2014), não há nenhum teste de diagnóstico para avaliação da frequência da asma, no entanto utilizam-se questionários que apresentam uma especificidade e suscetibilidade imprecisas. Torna-se complicado distinguir a prevalência da doença da sua verdadeira incidência durante o período de remissão e exacerbação, daí a avaliação de frequência suscitar na maioria das vezes a ideia de prevalência da asma.

1.2.1 – Avaliação Funcional Respiratória

De acordo com a DGS (2011), a função respiratória deve ser usada sempre que se verifique colaboração do doente na avaliação inicial e ainda na monitorização do controlo da asma.

1.2.1.1 – Espirometria

A espirometria é “um método de estudo da função respiratória que permite avaliar o volume de ar que pode ser mobilizado, quer em valor absoluto, quer em função do tempo (volumes e débitos das vias aéreas).” (Dias, Oliveira, Bárbara, Cardoso & Gomes, 2014: 3).

A Espirometria é um exame de diagnóstico utilizado frequentemente para avaliar as limitações de fluxo respiratório, permitindo classificar a gravidade e promover o prognóstico de várias doenças respiratórias (Trindade, Sousa & Albuquerque, 2015).

De acordo com Pereira (2002), a espirometria é fundamental para a avaliação de doentes com sintomas respiratórios e doença respiratória já conhecida. É um exame que ajuda na prevenção, promove o diagnóstico e a quantificação dos problemas ventilatórios.

Para Manique et al. (2014), a espirometria é um exame importante para confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade da obstrução brônquica. O cálculo da gravidade é realizado através da medição do volume expiratório máximo no primeiro segundo (VEMS), designado em inglês pela sigla FEV1 “*Forced Expiration Volume of the first second*”. Quando o resultado da espirometria mostra um valor percentual de FEV1 inferior ao previsto para o sujeito, estamos perante uma obstrução brônquica e é administrado um broncodilatador para avaliar a possível reversibilidade da obstrução. Uma possível reversibilidade da obstrução brônquica através da medicação broncodilatadora é favorável para o diagnóstico de asma.

A avaliação da espirometria pré e pós broncodilatação pode fornecer-nos um diagnóstico favorável de asma brônquica. Contudo existe outro exame designado de prova de provocação brônquica ou prova de broncoprovocação que pode ser utilizado para o diagnóstico e na quantificação da hiper-reatividade brônquica, que é uma das características clínicas presentes na asma brônquica (Manique et al., 2014).

Para Manique et al. (2014) a prova de broncoprovocação é um exame simples e seguro, que consiste numa inalação nebulizada de uma droga que pode induzir um broncospasmo controlado. A substância pode ser a metacolina ou a histamina, podendo ainda ser provocado um broncospasmo através do exercício físico ou de algum produto ocupacional que esteja dentro dos possíveis agentes geradores de uma crise asmática. Neste caso o doente realiza uma espirometria antes e depois do contacto com o agente e caso se verifique uma diminuição de 20% do valor de FEV1 em relação à espirometria basal estamos novamente perante um diagnóstico favorável de asma brônquica. Importa referir que a obstrução provocada é reversível rapidamente através da administração de um broncodilatador.

A espirometria tem como objetivos medir os débitos e fluxos aéreos através de manobras inspiratórias e expiratórias máximas forçadas ou lentas (Trindade et al., 2015).

A espirometria é o método mais utilizado para estabelecer um diagnóstico da asma e serve para medir a limitação de fluxo aéreo e a sua reversibilidade. Ou seja, quando encontramos uma melhoria igual ou superior 12% do VEMS e 200 ml em valor absoluto após administração de um broncodilatador, significa que há uma limitação de fluxo aéreo reversível compatível com a asma. Contudo nem sempre se verifica a existência dessa reversibilidade, logo recomenda-se a repetição do exame algumas vezes (DGS, 2007).

1.2.1.2 – Pico de Fluxo Expiratório (PFE)

De acordo com a DGS (2007), a avaliação da função respiratória tem como objetivo identificar a variabilidade das limitações do fluxo aéreo, o que contribui na confirmação do diagnóstico e ainda no controle da evolução da asma Brônquica.

A avaliação pode ser realizada através de um equipamento simples chamado de debitómetro com designação em inglês de “*Peak Flow Meter*”. Este dispositivo permite medir o débito expiratório máximo instantâneo, em inglês “*Peak Expiratory Flow*” (PEF), quando o doente realiza uma expiração máxima forçada. Esta medição quando realizada diariamente permite ao doente fazer o controlo dos sintomas relacionados com as crises asmáticas. É possível o doente aperceber-se que ao detetar uma diminuição do débito expiratório máximo e consequentemente diminuição do fluxo de expiratório poderá estar presente uma

agudização asmática, adequando a medicação mais rapidamente (DGS, 2007, Manique et al., 2014).

Segundo Manique et al. (2014), referenciando GINA (2014), o registo diário do PEF é realizado através da medição do melhor valor obtido em três manobras expiratórias, num determinado período de tempo após o diagnóstico para avaliar se a medicação é adequada e se em ambiente laboral há ou não agravamento dos sintomas.

O controlo através do PEF pode ajudar o doente com asma a identificar os sintomas no início da crise, a longo prazo e em situações de agravamento, ajudando-o a atuar de imediato e em conformidade com o plano de tratamento. Este instrumento é importante em doentes cuja perceção de sintomas seja difícil, ou que já foram hospitalizados. A monitorização em casa é importante (DGS, 2007).

Considera-se que a avaliação da função respiratória é um instrumento não só importante para o diagnóstico e monitorização do controlo da asma como também na avaliação de risco no futuro, ou seja, a perda gradual de função (Manique et al., 2014).

1.2.1.3 – Oximetria

A oximetria é um método de avaliação indireta da função respiratória. É uma medição rápida e simples através de um pequeno dispositivo designado de oxímetro de pulso e o nível de oxigénio pode ser avaliado sem ser necessário puncionar a artéria (gasometria arterial). O nível de oxigénio medido através desta técnica é designado de Saturação arterial de Oxigénio (SaO_2). A SaO_2 é a percentagem de oxigénio que a hemoglobina consegue transportar, comparando com o máximo da sua capacidade de transporte. Devido à sua rapidez de resposta a oximetria pode referenciar a hipoxemia (Winck & Ferreira, 1998).

A Oximetria é útil para determinar a hipoxemia, diminuição da SaO_2 , numa situação de crise asmática, monitorizando a resposta à terapêutica (Manique et al., 2014).

1.3 – GRAVIDADE, CONTROLO E TRATAMENTO

Segundo Manique et al. (2014), para a classificação da asma a gravidade dos sintomas e o controlo são os critérios de maior interesse na prática clínica. Na avaliação inicial do doente com asma é importante classificar a gravidade, a resposta ao tratamento, as limitações físicas causadas pela doença e a variabilidade da função pulmonar.

É importante o conhecimento da classificação da gravidade da doença usada durante a avaliação do estadio inicial do doente com asma. A classificação da gravidade da asma depende não só da gravidade das suas manifestações clínicas, do seu controlo como

resposta ao tratamento prescrito e prevenção de complicações, como também com o grau de obstrução das vias aéreas e a variabilidade da função respiratória (Manique et al., 2014).

A gravidade da asma pode variar ao longo do tempo no mesmo doente e em situações graves é indicativo para uma consulta de especialidade (Manique et al., 2014).

Segundo o Manique et al. (2014), a asma pode ser subdividida relativamente à sua gravidade em quatro categorias: intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave de acordo com a intensidade e frequência dos sintomas, do uso de Agonistas do Recetor Adrenérgico Beta 2 (ARA β 2) de curta ação, grau de obstrução das vias aéreas e a variabilidade da função respiratória.

O tratamento da asma é estabelecido de acordo com os vários graus de gravidade. Consoante essa classificação torna-se importante prescrever a medicação que permita o seu controlo, apesar de não apresentar eficácia e custo idêntico. A medicação inalada é a mais utilizada uma vez que não existem efeitos adversos significativos, a sua ação local é elevada e os custos são baixos (DGS, 2012).

Para Fonseca e Botelho (2006), o controlo clínico da asma é definido como um estado transitório apresentando variações ao longo dos meses, sendo necessário adequar a medicação consoante a sua classificação.

Através de novas terapêuticas é possível o controlo da asma, prevenindo as crises com redução dos sintomas noturnos e diurnos, possibilitando assim uma vida mais produtiva. É importante ajudar os doentes a selecionar a medicação que ajuda a controlar a asma, ou seja, os medicamentos que ajudam a prevenir o aparecimento dos sintomas e futuras crises com uma ação preventiva a longo prazo como os anti-inflamatórios e os medicamentos de alívio rápido, os chamados broncodilatadores (DGS,2007).

De acordo com GINA (2014), a asma pode ser tratada de forma rápida e eficaz de maneira a que os doentes consigam controlar os seus sintomas, melhorando a função pulmonar, reduzindo episódios de exacerbação e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos pacientes com asma.

O crescente aumento de incidência e gravidade da doença bem como a não otimização por parte dos doentes e das famílias aos recursos médicos, psicológicos e sociais, para um melhor controlo da doença e melhoria qualidade de vida, poderão ser causa evitável de maior afluência aos serviços de urgência e internamentos hospitalares (DGS, 2000).

De acordo com Sousa (2011), a classificação da gravidade da asma é importante para a tomada de decisões sobre a gestão da avaliação inicial do doente. A severidade da asma envolve tanto a gravidade da doença subjacente, como a resposta em relação ao tratamento.

De acordo com a DGS (2011), a norma estabelece que no seguimento do doente asmático deverá ser feita uma avaliação do controlo clínico correspondente às últimas

quatro semanas antes da consulta, relativamente à avaliação das manifestações clínicas e funcionais atuais.

Segundo a GINA (2014), o tratamento deve ter uma abordagem degrau a degrau de acordo com a eficácia da medicação disponível, a sua segurança e o seu custo para o pagador ou para o doente.

Para classificar a asma e estabelecer o tratamento adequado é necessário estabelecer uma abordagem em “degraus”, assim sendo a frequência da medicação aumenta de acordo com a gravidade da asma e diminui quando a doença se encontra controlada (DGS, 2011).

O degrau 1 é reservado a doentes não tratados e a medicação de alívio mais comum é o agonista β de ação curta inalado (DGS, 2011).

O degrau 2 é classificado para os doentes não tratados com asma sintomática. A opção terapêutica de primeira linha são os corticosteroides inalados administrados em dose diária baixa (DGS, 2011).

O degrau 3 classificado para doentes com asma muito sintomática, não controlada (DGS, 2011).

Os degraus 4 e 5 são reservados para tratamento em consulta especializada (DGS, 2011).

Para o tratamento da asma fazem parte os medicamentos da família dos corticosteroides inaláveis (CEI), com uma função de controlador regular, reduzindo por conseguinte a frequência e a gravidade dos sintomas da asma e o risco de ter exacerbação (GINA, 2014).

Segundo Moura, Camargos e Blic (2002), o tratamento farmacológico deve de ser feito de acordo com a gravidade da asma devendo estar em consonância não só com variabilidade da doença com o tempo, mas também no que diz respeito às variações interpessoais.

Para o tratamento da asma ser eficaz é necessário que haja um componente de autogestão eficaz no controlo da asma, desta maneira a educação do doente é fundamental sendo para isso necessário um plano de ação personalizado, simplificado e adequado ao seu contexto sociocultural e a aplicação das boas práticas com o objetivo de rever, reforçar e aumentar o conhecimento e desempenho do doente para o controlo da doença (Manique et al., 2014).

Este tipo de plano deve contemplar a medicação de prevenção diária de acordo com a evolução dos sintomas, informação objetiva e clara que ajude o doente a identificar as exacerbações da asma no domicílio, qual o tratamento que deve administrar nessas circunstâncias e quando se deve dirigir ao médico para observação médica. Neste contexto deve haver envolvimento também dos familiares (Pinto & Silva, 2014).

Controlar os sinais inflamatórios através de medicação, mais propriamente os anti-inflamatórios profiláticos, promove a redução da gravidade da doença. O tratamento tem como objetivos o alívio ou a diminuição dos sintomas da hiper-reatividade brônquica, aumentando a função pulmonar e a prevenção das exacerbações, através da administração de doses mínimas como profilático, minimizando por conseguinte os efeitos adversos do tratamento (Moura, Camargos & Blic, 2002).

Referenciando ainda Moura, Camargos & Blic (2002), os medicamentos profiláticos que se utilizam para o controlo da asma, são administrados diariamente e a longo prazo. Os sintomáticos ou aliviadores têm como função atuar rapidamente para aliviar a broncoconstrição durante as exacerbações.

Na maioria dos doentes asmáticos a medicação de controlo é utilizada diariamente para prevenir sintomas, melhorar a função pulmonar e como prevenção de crises. A medicação para alívio também pode ser utilizada para o tratamento de sintomas agudos como sibilos, aperto no peito e tosse (GINA, 2010).

De acordo com a GINA (2010), o controle da asma pode ser medido por instrumentos especificamente elaborados para essa finalidade e que se encontram validados como é o caso do Teste de Controlo da Asma designado em inglês de “*Asthma Control Test*” (ACT). Este teste permite uma forma de auto avaliação quantitativa do controlo da asma traduzindo-se em três graus de controlo: completamente controlada, parcialmente controlada e não controlada. No entanto não há uma classificação sobre o controlo da asma que seja universalmente aceite.

1.4 – FATORES DETERMINANTES E DE RISCO

Embora a medicação para o tratamento da asma seja eficaz, por vezes é inevitável a exposição aos elementos de risco uma vez que se encontram presentes no ambiente, por isso é importante o doente saber identificar os sintomas que possam estar presentes numa situação inicial de crise e nos fatores de risco que possam estar envolvidos (GINA, 2010).

A exposição a vários fatores ambientais (atopia, alergénios ambientais e ocupacionais) podem estimular a sensibilização e desencadear assim processos inflamatórios e de transformação das vias aéreas, afetando a gravidade e controlo da asma. A poluição, através do aumento de elevadas concentrações de poluentes atmosféricos, o fumo do tabaco durante a gravidez ou no período pós natal e ainda os fatores socioeconómicos são fatores determinantes para a patologia da asma (Manique et al., 2014).

O excesso de peso e obesidade provocam a libertação de moléculas pró-inflamatórias do tecido adiposo, denominadas adipocinas, que podem desencadear processos

inflamatórios das vias aéreas potenciando um agravamento da asma. O tipo de alimentação durante a gravidez é um futuro potencial para a probabilidade do filho vir a desenvolver asma (Manique et al., 2014).

O uso de anti-inflamatórios não esteroides, bloqueadores beta ou inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) influenciam o controlo da asma. O uso de antibióticos é capaz de provocar alterações imunológicas, assim como a deficiência da vitamina D, que pode aumentar o risco de desenvolver atopia e asma (Manique et al., 2014).

Os fatores hormonais por alteração dos níveis da progesterona, infeções respiratórias causadas por vírus e algumas bactérias, fatores psicológicos e patologia associada constituem também fatores de risco que são relevantes para o desenvolvimento da manifestação da asma (Manique et al., 2014).

Constata-se ainda que há fatores de risco que potenciam as crises de exacerbação da asma, como é o caso da asma não diagnosticada, a medicação que não é suficiente para o seu tratamento, os sintomas que são mal controlados por falta de medicação corticoide inalada, por excesso de β_2 inalado, má técnica inalatória e fraca aderência à terapêutica. (Manique et al., 2014)

Os fatores de risco têm maior incidência na hiper-reatividade das vias aéreas e na maioria das vezes está relacionada de uma forma intrínseca com a história familiar de asma, sexo, a atopia, os alérgenos, as infeções, o fumo do tabaco, a obesidade e fatores perinatais (Manique et al., 2014).

1.5 – ADESÃO E PAPEL DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Gonçalves (2010), enumera vários estudos para referir que o controlo da asma é feito de uma forma incorreta por falta de adesão à terapêutica, ou seja por resistência do doente ou simplesmente pela dificuldade inerente ao tratamento.

Vários fatores encontram-se intrinsecamente associados a esse problema, nomeadamente a dificuldade em compreender os objetivos da terapêutica, a gravidade da sua doença, receio no uso da medicação, dificuldade de compreender o esquema terapêutico e sua administração em especial por via inalatória, por fatores psicológicos como depressão, crenças e dificuldades económicas em relação aos custos da terapêutica. A adesão ao tratamento é fundamental para o controlo da doença (Gonçalves, 2010).

A não adesão ao tratamento implica alterações significativas como a diminuição na qualidade de vida do doente asmático, entre outros fatores. Um controlo clínico deficiente contribui desta forma para um aumento de hospitalizações e ida ao serviço de urgência e aumento da mortalidade e morbidade (Santos, 2010).

Segundo ONDR (2013), referenciando o Infarmed-Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde I.P. há uma discrepância negativa entre o número de medicamentos (broncodilatadores e antiasmáticos) vendidos em regime ambulatorio, cerca de 1.188.375 em 2012, e o número estimado de doentes que apresentam asma. Dificuldades financeiras poderão estar na origem desta situação impedindo os doentes de adquirir estes medicamentos que, sendo essenciais ao controlo da asma, são dispendiosos.

A adesão ao tratamento é fundamental para a promoção de um controlo da asma, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e assim diminuir os custos associados à doença. De referir que uma boa comunicação com o doente permite uma melhor intervenção por parte dos profissionais de saúde para compreender e identificar os problemas que possam esclarecer a não adesão à terapêutica (Gonçalves, 2010).

De acordo com a DGS (s.d.), referenciando Saturno et al. (1990), a qualidade de vida relaciona-se com a prestação de cuidados de saúde, que devem ser acessíveis e equitativos de acordo com as necessidades da população, tendo em conta os recursos disponíveis. A sua adesão e satisfação devem ser alcançadas através do melhor desempenho possível do profissional de saúde.

Segundo a DGS (s.d.), referindo Nutbeam. (1998), entendem-se os ganhos em saúde como os resultados positivos através da leitura de indicadores da saúde que se baseiam em referências de evolução expressando a melhoria dos resultados. Esses resultados traduzem-se em ganhos em anos de vida, ou seja, quando há uma redução de episódios por doença ou encurtamento da sua duração, uma diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, há uma melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela doença, pela redução do sofrimento evitável e pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial.

A capacidade de intervir sobre causas evitáveis ou rapidamente resolúveis é calculada tendo como referência a evolução temporal a nível nacional e regional numa lógica de redução de desigualdades são os chamados ganhos potenciais em saúde. (DGS, s.d.)

Com a ajuda de uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, educador, agente comunitário) é possível o controlo da asma aprendendo assim a evitar os fatores de risco, tomar a medicação corretamente, compreender a diferença entre a medicação “de controlo” e “de alívio”, reconhecer o próprio estado em relação aos sintomas ou se necessário o PFE, reconhecer os sinais de crise e procurar ajuda médica (GINA, 2010).

Segundo Saraiva (2015), as equipas multidisciplinares devem sistematizar os conhecimentos de diferentes áreas, tendo como alvo as necessidades de determinada população. Durante a sua intervenção a equipa multidisciplinar deve articular-se tendo em consideração o doente como um todo através de uma postura mais humanizada, com uma

abordagem mais abrangente, para dar resposta a problemas que sejam mais complexos, melhorando assim a sua efetividade nas intervenções e aperfeiçoar os seus serviços com eficiência e qualidade.

Saraiva (2015), referenciando Veloso (2005), para que as equipas multidisciplinares desenvolvam a sua função com qualidade e eficiência, estas devem possuir determinados requisitos como serem dotados de uma capacitação profissional académica, um interface que corresponde às áreas de competências de cada profissional, embora possam ser comuns a várias outras profissões. Algumas são complementares, interdependentes e outras de difícil especificação. Por último, as equipas devem ser portadoras de uma autonomia de trabalho de acordo com a sua área de competência.

Segundo Coura, Enders, Menezes & França (2013), referenciando Souza et al. (2012), a consulta de enfermagem é uma atividade importante que é desenvolvida pelos enfermeiros e que consiste na prática de cuidados em saúde, utilizando para isso conhecimentos científicos que permitam identificar potenciais problemas de saúde ou doença, de forma a delinear estratégias de intervenção que promovam a prevenção e controlo da doença.

Conforme Silva (2012), referindo Rocha e Almeida (2000), a enfermagem tem como essência e especificidade o cuidar, tendo como foco o indivíduo de uma forma integral e holístico, desenvolvendo competências através de atividades de promoção, prevenção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde, com um sentido amplo que envolve o estado de saúde e de doença continuando mesmo após a morte.

Segundo Lemos (s. d.), o enfermeiro é um profissional detentor de um conhecimento aprofundado de ciências de enfermagem, podendo desenvolver competências específicas em várias áreas como especialista tanto ao nível dos cuidados de enfermagem como também no ensino, na investigação, na gestão e assessoria. É um profissional qualificado, autónomo, competente, integrado numa equipa multidisciplinar, desempenhando o papel de elo de ligação entre doente, população e a restante equipa de saúde. O enfermeiro, no seu exercício profissional e dentro das suas competências, é capaz de realizar uma análise global das necessidades individuais e coletivas dos problemas que afetam o indivíduo saudável ou portador de uma doença, estabelecendo o binómio saúde/doença na comunidade, dentro de um contexto social onde se encontra inserido.

O papel do enfermeiro como profissional de saúde é importante pois desempenha funções como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local, tendo como objetivo a educação na saúde (Bettencourt, Oliveira, Fernandes & Bogossian, 2002).

Pereira & Ferreira (2014), referindo Campos et al. (2007), reconhecem que a consulta de enfermagem permite um apoio sistematizado através da identificação de problemas relacionados com a saúde, promovendo a reabilitação da saúde.

Segundo Silva (1998), a implementação da consulta de enfermagem exige mudanças na prática assistencial do enfermeiro, necessitando para isso compreender a sua complexidade enquanto atividade, através de uma metodologia própria e objetivos estabelecidos.

1.6 – PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO

Para Manique et al. (2014), a educação do doente asmático tem como objetivo principal aumentar o conhecimento e compreensão sobre a doença, os tipos de dispositivos inalatórios disponíveis e sua técnica, para que possa alcançar um controlo total de sintomas e uma melhoria da qualidade de vida. Para tal, o envolvimento familiar e social, assim como uma boa comunicação entre médico e doente, são fundamentais para uma plena adesão ao tratamento. O controlo diário da medicação deve ter como suporte um plano de ação escrito de tratamento adaptado a cada doente, de acordo com a sua condição sociocultural, perfil psicológico, idade e gravidade da doença.

O controlo da asma é maior quando se utiliza um plano cuja estratégia é a educação do doente, aliado a uma linguagem clara e concisa, com diálogos interativos que transmitam segurança e promovam uma relação entre médico e doente, pela utilização de instrumentos variados e educativos que possam estimular o doente e a família a colaborar na adesão às orientações propostas. O seguimento através de consultas regulares reduz a morbilidade da asma e tem como objetivos diminuir a recorrência ao serviço de urgência, diminuir o número de internamentos e ainda reduzir o absentismo laboral e escolar (Manique et al., 2014).

O ensino e orientação permitem ao doente asmático um maior conhecimento da sua patologia, promovendo uma melhoria da qualidade de vida, uma redução das hospitalizações e idas à urgência (DGS, 2007).

De salientar a importância que tem na vida do doente as políticas educativas e preventivas da saúde, em especial os benefícios que advêm com a implementação de programas de educação (Manique et al., 2014).

Com base na educação, capacitação e identificação de situações críticas, o enfermeiro torna-se num mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local tendo como objetivo a educação tanto do doente como da família. O papel do enfermeiro na consulta de enfermagem permite assim uma relação de confiança com o doente tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida com redução de sintomas com a prioridade no tratamento da asma (Souza & Santos, 2014).

A permanente educação envolvendo o doente no controlo da sua própria asma e prevenção de situações de crise, com a ajuda de uma equipa multidisciplinar, pode promover uma melhoria na sua qualidade de vida, podendo atenuar ou mesmo eliminar os

constrangimentos causados pela doença no seu quotidiano com a ajuda de uma medicação adequada. O acompanhamento do doente é importante para que este aprenda a identificar potenciais situações de manifestação da doença para poder agir corretamente perante esses cenários. Devem ser usadas estratégias educativas adequadas a cada doente como materiais escritos, audiovisuais, discussão com o profissional de saúde na abordagem da asma e grupos de entreatajuda (DGS, 2007).

1.7 – UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

A farmacoterapia tem como objetivo controlar sintomas e prevenir exacerbações com o mínimo de efeitos adversos. Os fármacos dividem-se em dois tipos: os fármacos de controlo ou manutenção que servem para prevenir as crises, com efeito anti inflamatório ou ainda como broncodilatador de ação prolongada e fármacos de alívio que são de ação rápida e também com efeito broncodilatador (Manique et al., 2014).

Os medicamentos para inalação são os mais utilizados pois permitem maior concentração do fármaco nas vias aéreas, obtendo-se maior eficácia terapêutica e um início de ação mais rápido. A dose é menor, minimizando os efeitos adversos sistémicos (Pinto & Silva, 2014).

Existem vários dispositivos de inalação para a administração de fármacos como os inaladores pressurizados de dose calibrada, designados em inglês por “*Pressurized Metered Dose Inhaler*” (pMDI), inaladores ativados pela respiração, sistemas para inalação de pó (normalmente designada em inglês por “*Dry Powder Inhaler*” - DPI) e nebulizadores (DGS, 2007).

A administração de medicamentos inalatórios é necessária para o tratamento da asma. O facto de um doente asmático apresentar dificuldades na utilização do dispositivo inalatório que é fundamental para o seu tratamento pode resultar na diminuição do efeito terapêutico e num deficiente controlo dos sintomas (Santos, 2010).

Segundo a GINA (2014), cerca de 80% dos doentes tem dificuldade na utilização correta do seu inalador o que contribui para o mau controlo dos sintomas e aumento de episódios de exacerbações. O uso incorreto do dispositivo inalatório é um problema pois limita o tratamento no seu efeito terapêutico.

Para aumentar a eficácia do medicamento é necessário escolher o dispositivo que melhor se adequa àquele doente de acordo com as suas capacidades e custos, entre outros fatores. A avaliação técnica inalatória deve ser repetida regularmente tendo em consideração a correção de possíveis erros comuns que podem interferir na aderência ao tratamento (GINA, 2014).

2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO PRÁTICO

O serviço de consultas externas do Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre faz parte da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - E.P.E. e encontra-se localizado fisicamente no segundo piso do edifício principal.

O horário normal de funcionamento dos serviços administrativos das consultas externas é das oito horas e trinta minutos até às dezassete horas e trinta minutos de segunda a sexta-feira, havendo no entanto algumas exceções. A marcação de consultas aos sábados e em dias da semana até mais tarde depende da contratação de médicos especialistas por carência de especialidades.

Normalmente existem dois períodos de consultas de especialidade uma da parte da manhã com início às nove horas e outro período com início às catorze horas.

O serviço de consultas externas dispõe de várias unidades funcionais, entre elas a unidade funcional de cardiologia, de pneumologia, de Oftalmologia, de pequena cirurgia, de diabetes, endoscopia e broncoscopia, serviço de sangue e por último a unidade funcional de oncologia médica.

A consulta externa dispõe de vários gabinetes médicos, salas de enfermagem, sala de pensos e tratamentos, arrumos e de várias salas de exames. Normalmente as especialidades médicas encontram-se divididas por gabinetes onde é possível realizarem-se consultas de Cardiologia, de Pneumologia, de Pediatria, de Nefrologia, de Medicina Interna, entre outras.

Este projeto foi desenvolvido na Unidade Funcional de Pneumologia e como foi descrito anteriormente encontra-se dentro das consultas externas. Esta Unidade não dispõe de um serviço muito amplo, contudo realizam-se vários tipos de exames. É possível realizarem-se Provas Funcionais Respiratórias, Estudos Cardiorespiratórios do Sono, Polissonografias, Aferições de Débito de Oxigénio e Provas de Marcha de 6 minutos. Todos estes exames realizam-se numa sala designada de Laboratório de Fisiopatologia Respiratória acoplada a um pequeno quarto onde os doentes dormem para realizarem as Polissonografias. Para a realização de consultas de Pneumologia e apoio a esta especialidade a unidade dispõe de mais duas salas. O gabinete um, funciona normalmente de apoio à consulta de Pneumologia que decorre no gabinete três e também faz parte da Unidade Funcional de Pneumologia. No gabinete um decorrem ainda as consultas de seguimento (“*Follow-up*”) de Ventilação Não Invasiva (VNI), que consiste na aferição da adesão dos doentes a equipamentos que

fornecem pressão positiva na via aérea para correção de algumas patologias e é realizada pelos técnicos de Cardiopneumologia.

O serviço de Pneumologia é composto por uma equipa de trabalho que engloba um médico, dois cardiopneumologistas, enfermeiros e auxiliares. De referir que tanto o enfermeiro como o assistente operacional e o administrativo fazem parte do Serviço de Consulta Externa e prestam apoio ao serviço de pneumologia sempre que seja solicitado.

O serviço de Pneumologia é portador de um conjunto de equipamentos de diagnóstico que são utilizados para a realização de exames como: Pletismógrafo, Espirómetro portátil, Registo Cardiorrespiratório, Polígrafo (registra eletroencefalograma), Oxímetro e Concentrador Portátil de O₂ (para provas de marcha).

De referir ainda que nesta unidade existe uma bala de O₂ disponível para situações de dificuldade respiratória e aferição do débito de oxigénio em repouso.

A consulta de pneumologia encontra-se direcionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do foro respiratório. De referir que no distrito de Portalegre só existe um médico a nível hospitalar a atender às solicitações de um distrito envelhecido. Salienta-se também o facto de, dentro das diversas doenças que afetam a população, a doença crónica respiratória é a que apresenta maior predominância.

2.1 – POPULAÇÃO ALVO

Cerca de 50% da população em Portugal entre os 50 e 64 anos e indivíduos com mais de 75 anos (70%) apresentam limitações nas suas atividades diárias em grande parte devido a doenças crónicas entre as quais respiratórias (ONDR, 2013).

Segundo dados referentes ao número de internamentos em relação a outros países europeus Portugal apresenta um número relativamente baixo sugerindo bom controlo da doença. No entanto em 2012 registaram-se 2781 internamentos ou seja mais 12,4% em relação a 2011. Embora a mortalidade por asma seja considerada residual verificou-se um aumento de 18,03% de óbitos (144) em relação a 2011 (ONDR, 2013).

De acordo com o documento da DGS (2014), a taxa de mortalidade no sexo masculino é sempre superior à do sexo feminino destacando-se o Alentejo, a região Centro e o Algarve com taxas muito superiores em relação à mortalidade por doença respiratória Global em Portugal Continental. Verifica-se ainda que o número de inscritos com a patologia de asma tem vindo a aumentar ao longo dos anos, embora em 2013 o seu valor fosse de 1,83%. Ainda assim, este número é muito inferior ao valor da sua prevalência.

De acordo com ONDR (2014), as consultas hospitalares de pneumologia apresentam uma subida em 2013, mas mesmo assim o número permanece relativamente baixo, uma vez que é a 16ª especialidade com maior número de consultas.

Segundo os indicadores disponíveis subentende-se que muitos doentes do foro respiratório continuam a estar sub-diagnosticados e sub-tratados e tenderá a agravar-se esta situação em tempos de crise (ONDR, 2013).

Segundo os dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), relativamente aos centros de saúde, existem no distrito de Portalegre 2709 doentes com diagnóstico de asma brônquica, referenciados até dezembro de 2015.

A nível hospitalar não é possível referenciar o número de doentes inscritos com a patologia de asma brônquica seguidos na consulta de Pneumologia. Constatou-se que a consulta de especialidade de Pneumologia com a designação de asma Brônquica funcionou até Dezembro de 2009. Contudo com o aumento da referenciação dos centros de saúde para o hospital e com a escassez de especialistas na área da pneumologia juntou-se todos os doentes numa única consulta (Consulta de Pneumologia), com intuito de facilitar os processos burocráticos.

A consulta perdeu a sua especificidade mas mantém a sua qualidade, apesar dos doentes asmáticos serem observados simultaneamente a doentes com outros problemas respiratórios, estes continuam bem consultados.

Importa referir que muitos doentes referenciados pelos centros de saúde como asmáticos são também seguidos na especialidade de pneumologia, fazendo parte do grupo de pacientes que beneficiarão da Consulta de Enfermagem

Na população alvo deste projeto estão englobados os doentes referenciados na consulta de Pneumologia com o diagnóstico de asma brônquica, sendo as intervenções de enfermagem direcionadas para esse grupo.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A Pneumologia é uma especialidade que diagnostica e trata das doenças do foro respiratório. A consulta de Pneumologia, para além do apoio ao doente internado, apresenta uma forte componente de ambulatório através de consultas diárias de Pneumologia Geral. Através desta consulta foi escolhida como população alvo de intervenção os doentes que se encontram diagnosticados com a patologia de asma brônquica, dado que há um dia por semana em que se processa uma consulta específica direcionada para o doente com asma.

É dentro desta temática que nasce a necessidade de implementar uma consulta de enfermagem da asma como suporte para a consulta da asma brônquica.

Para a Implementação da Consulta de Enfermagem houve a necessidade de desenvolver atividades relacionadas com a organização de um espaço físico para a realização da consulta, materiais, recursos, horário de funcionamento e a criação de instrumentos de registo de apoio à prática de enfermagem.

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do planeamento em que se identificam os problemas ou necessidades, consequentes causas ou fatores condicionantes, recursos e potencialidade num determinado contexto, que determinam os objetivos e as estratégias, através de um processo contínuo e dinâmico relacionado com a avaliação que também é contínua e dinâmica.

O diagnóstico da situação deve permitir identificar os principais problemas de saúde, fatores condicionantes que expliquem as causas desses problemas de forma sucinta e clara para que possa ser facilmente entendido por todos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nas Consultas Externas não existe uma consulta de enfermagem para dar apoio aos doentes com asma brônquica. Verifica-se que os doentes necessitam do apoio da equipa multidisciplinar devido à dificuldade que apresentam em compreender a sua doença. Embora esteja sempre adstrito um enfermeiro à consulta de Pneumologia, este não promove a intervenção de enfermagem para com o doente com asma, de maneira a consciencializa-lo acerca da sua doença e do seu controle. O papel do enfermeiro assenta

numa necessidade premente de acompanhar o doente através da identificação de problemas e necessidades que permitam uma melhoria na qualidade de vida.

Pode-se assim compreender que do diagnóstico de situação emergiram necessidades de intervenção ao nível do grau de conhecimento sobre a doença, medicação e tratamento, quais os fatores desencadeantes, sinais e sintomas da asma e a técnica inalatória.

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Nesta etapa de planeamento na definição de prioridades deve-se escolher os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993), ou seja, os problemas que se pretende abordar na intervenção.

De acordo com Antunes, Bárbara & Gomes (2013), no âmbito da prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas e de acordo com as áreas estratégicas de intervenção estabelecidas, foram traçadas algumas prioridades que se considera pertinentes para a implementação da consulta de enfermagem com a finalidade de promover a educação do doente e da família através da divulgação de informação e ao mesmo tempo facultar-lhe ferramentas de apoio, promover o controlo dos fatores de risco, através da prevenção e controlo da doença tendo em consideração a evidência das melhores práticas e conhecimentos científicos, para uma melhor prestação de cuidados de saúde e por último facilitar o acesso do doente às consultas de pneumologia e tratamento são pontos de intervenção que se considera relevantes.

3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos é necessária para a avaliação dos resultados de um plano, ou seja, será o enunciado do resultado desejável do problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

É ainda de referir que os mesmos definem o objetivo operacional como sendo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzindo em termos de indicadores.” (Imperatori & Giraldes, 1993:80), como elemento indicador dos problemas.

Para a implementação da Consulta de Enfermagem foram definidos objetivos:

Objetivo Geral

- Implementar a consulta de enfermagem da asma brônquica no serviço das consultas externas do HDJMG - ULSNA, EPE.

Objetivos Específicos

- Fazer o levantamento das condições existentes no serviço;
- Identificar os recursos necessários à sua implementação;
- Organizar e estruturar a consulta de enfermagem.

3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A necessidade de autocontrolo da doença e do regime terapêutico estão intrinsecamente ligados com os contextos pessoais e familiares, sendo que algumas destas condições são pouco propícias a uma transição saudável e constituem um verdadeiro desafio à prática de enfermagem. É premente que aos doentes e familiares lhes sejam facultados os conhecimentos necessários, seja avaliada a apreensão dos mesmos e compreender em que medida esses conhecimentos poderão alterar os seus comportamentos para aquisição de vidas saudáveis e consequentemente na obtenção de ganhos em saúde a longo prazo.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a etapa da seleção de estratégias é uma das etapas mais importantes no planeamento pois é a partir daqui que se pretende elaborar o processo mais adequado de forma a permitir minorar os problemas de saúde através de novas formas de atuação, de modo a alcançar os objetivos fixados.

De forma a tentar atingir os objetivos fixados anteriormente, pretendeu-se encontrar novas formas de atuação que assentam numa estratégia global através da promoção da saúde no doente asmático. As estratégias selecionadas foram as seguintes:

- ✓ Organização e delineação do espaço físico onde se realizará a consulta;
- ✓ Previsão de recursos a nível de material de apoio para o funcionamento da consulta;
- ✓ Organização e programação do seu funcionamento;
- ✓ Pedir a colaboração do pneumologista através de uma reunião;
- ✓ Envolver os técnicos de cardiopneumologia através de uma reunião;
- ✓ Pedir uma reunião com o enfermeiro chefe da Consulta Externa;
- ✓ Delinear a criação de instrumentos de trabalho no contexto da consulta de enfermagem como: elaboração de uma ficha de consulta de enfermagem e uma ficha que serve como um diário de avaliação do controlo da asma;
- ✓ Estruturar a consulta através de ensinamentos que auxiliem o doente asmático a adquirir conhecimentos;
- ✓ Elaborar um ou mais folhetos informativos de sensibilização;

- ✓ Aplicar um questionário de ACT que permite avaliar o grau de controlo da asma nas últimas quatro semanas, sugerido pela DGS;
- ✓ Criar uma folha de enfermagem que compreenda a fase do histórico (entrevista e exame físico) e outros dados pertinentes.

3.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

Esta etapa é a primeira do planeamento operacional e “consiste essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos” (Imperatori & Giraldes, 1993:30).

A elaboração do projeto de estágio anteriormente delineado (apêndice I) permitiu contribuir para um novo instrumento de trabalho (consulta de enfermagem) no serviço das Consultas Externas, para melhor atingir os princípios de eficiência e eficácia na prestação de cuidados de saúde, tendo em consideração a qualidade de vida do doente asmático.

3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução “é extremamente importante para o bom êxito de um programa ou projeto” (Imperatori & Giraldes, 1993:30).

Esta fase de planeamento consiste na definição mais detalhada dos resultados que se pretendem alcançar, numa preparação de uma lista das atividades a realizar (e do modo como elas devem ser levadas a cabo), numa determinação dos recursos que poderão vir a ser necessários no decorrer da atividade e na criação de um calendário detalhado da execução deste projeto. É de notar também que este processo é provisório, devendo ser repetido sempre que haja uma alteração na realização do projeto face ao plano inicial (Imperatori & Giraldes, 1993).

O cronograma de atividades que se elaborou anteriormente apresenta alterações no que concerne ao recurso temporal, uma vez que o estágio teve início a partir de 1 de Novembro de 2015.

A estruturação de uma consulta de enfermagem implica a organização de um espaço e a previsão de materiais e recursos. Nesta etapa delineou-se os recursos necessários para a sua execução e que são os seguintes:

Recursos humanos

- Pneumologista;
- Enfermeiro;
- Assistente Operacional;

- Apoio Administrativo – Secretaria das Consultas Externas;
- Técnicos de Cardiopneumologia;
- Outros profissionais de saúde.

Recursos materiais:

- Gabinete da consulta externa;
- Computador e impressora;
- Ligação à internet;
- Dossier de arquivo;
- Instrumento de “*Peak Flow*”;
- Oxímetro de pulso;
- Esfigmomanómetro e estetoscópio;
- Balança para avaliação do peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Dispositivos inalatórios com placebo (para ensino)

Uma das atividades que se pretende desenvolver durante o período de estágio prende-se com a organização e delimitação do espaço físico no serviço das Consultas Externas para a implementação da consulta de enfermagem. A consulta de Pneumologia funciona com um Pneumologista. A organização e programação do funcionamento da consulta de enfermagem será articulada de acordo com a consulta de asma brônquica que se realiza um dia por semana.

Outra atividade delineada no planeamento do projeto de intervenção é o envolvimento da equipa multidisciplinar da qual faz parte o Pneumologista, dois Técnicos de Cardiopneumologia, Enfermeira Chefe e Enfermeira através da marcação de uma ou mais reuniões com os intervenientes.

Por último, a terceira atividade que consiste na preparação de instrumentos de trabalho no contexto da consulta de enfermagem como: a criação de uma folha de enfermagem independentemente se é a primeira consulta ou a subsequente; a aplicação de um questionário validado que permite avaliar o grau de controlo da asma nas últimas quatro semanas; elaboração de folhetos informativos como estratégia para a educação do doente na aquisição de conhecimentos que sejam favoráveis à promoção da saúde e por último a criação de um diário de controlo da asma.

3.7 – EXECUÇÃO

A descrição física do serviço onde funciona a Unidade Funcional de Pneumologia foi bastante acessível devido ao conhecimento prévio do serviço.

Para a implementação da consulta de enfermagem, houve necessidade de envolver outros intervenientes através de uma reunião onde se discutiu todos os requisitos propostos.

A reunião foi convocada pela Enfermeira que propôs esta consulta e teria o objetivo de juntar à mesma mesa o Médico Pneumologista, os dois Técnicos de Cardiopneumologia e a Enfermeira Chefe da Consulta Externa

Posteriormente, como a enfermeira chefe não pôde comparecer na primeira reunião, promoveu-se o contacto com a mesma, apresentando-lhe assim este projeto, sendo que, ao mesmo tempo, foram transmitidos todos os pormenores da reunião anterior.

De acordo com a disponibilidade do médico, a reunião ocorreu a 5 de Novembro de 2015, onde foi apresentado o projeto sobre a implementação de uma consulta de enfermagem e solicitado o seu apoio, com a colaboração dos Técnicos Cardiopneumologia da Unidade Funcional de Pneumologia.

O projeto da consulta de enfermagem foi considerado uma ideia interessante nessa área pois assim seria uma estratégia importante para melhorar a qualidade de vida através do ensino e educação do doente que recorre às consultas de asma brônquica.

A organização do espaço físico onde irá decorrer a consulta foi o primeiro ponto a abordar e será dentro da área da Unidade Funcional de Pneumologia, uma vez que o seu funcionamento será articulado de acordo com a consulta médica que se realiza à terça-feira de cada semana.

Foi proposto pelo médico a reorganização dos doentes com asma que se encontram distribuídos pelas consultas da especialidade. A consulta propriamente dita que se realiza uma vez por semana encontra-se com doentes com outras patologias do foro respiratório como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) entre outras. Esta situação deve-se à falta de vagas nesta especialidade e por só haver um médico, que tenta dar resposta à maior parte do distrito. Assim convém referir que a consulta criada dando prioridade à patologia da asma mantém-se na mesma à terça-feira. Esta mesma consulta aparece atualmente referenciada com a designação de “pneumologia” mantendo os doentes da consulta, mas mais abrangente, no que concerne a avaliar, diagnosticar e tratar diferentes patologias do foro respiratório, embora se continue a dar ênfase à patologia da asma.

Foi igualmente discutida uma forma prática que desse à equipa multidisciplinar acesso às informações do doente na altura em que estivesse a decorrer a consulta, como por exemplo a criação de um suporte informático através da criação de um ficheiro

informatizado para registo e monitorização das atividades exercidas durante a consulta de enfermagem.

Foi também referido que seria de grande relevância pôr em prática o questionário sobre o grau de controlo da asma referente às últimas 4 semanas antes da consulta que faz parte das Normas da Direção Geral de Saúde.

A utilização do “*Peak Flow*” seria também um instrumento importante na avaliação do controlo clínico do utente na consulta de enfermagem.

A elaboração de material de suporte para o ensino e educação do doente foi referenciada como um instrumento importante de informação. A colaboração pronta dos Cardiopneumologistas através da disponibilização de informação, para melhor me integrar e assim promover uma melhor articulação entre exames e cuidados de enfermagem, foi um ponto importante de envolvimento e interesse por este projeto.

O gabinete disponível apresenta-se já estruturado com uma mesa, cadeiras, computador com acesso à Internet, impressora, um armário e marquesa, uma vez que é um gabinete onde decorrem outras consultas ao longo da semana, entre elas a consulta de *Follow up* que se realiza à segunda-feira. A balança, o oxímetro e o “*Peak Flow*” fazem parte da aquisição do serviço da unidade funcional da pneumologia estando disponíveis no dia da consulta de enfermagem. O esfigmomanómetro e estetoscópio para a avaliação da tensão arterial também fazem parte do material para a consulta. Foram ainda criadas duas pastas onde serão colocadas as fichas de enfermagem até à criação de um programa informático com a ficha de enfermagem para se proceder aos registos, e outra capa onde se devem incluir folhetos para as sessões de ensinamentos.

Após o envolvimento da equipa de Cardiopneumologia, médico e enfermeira chefe, começou-se por estruturar uma ficha para a consulta de asma brônquica (apêndice II).

Esta ficha foi elaborada com o objetivo de dar apoio às intervenções de enfermagem com o doente e visam uma avaliação inicial através de uma colheita de dados como uma forma de estruturar a sua história, tendo em consideração os antecedentes clínicos prováveis da sua doença, a realização de um exame físico, medicação habitual e tipo de inalador que utiliza. Apresenta ainda informação sobre o grau de controlo da asma através do questionário “*Asthma Control Test*”. A avaliação deste teste é feito através da soma dos números que se obtém em cada resposta, ou seja, se a pontuação é de 19 ou menos a asma pode não estar bem controlada.

Numa primeira abordagem são colocadas questões importantes que serão relevantes para o ensino e educação do utente. Na inerência de, por indicação médica, se necessitar de realizar uma espirometria, que é um exame simples com resultados fiáveis e é executada no próprio momento da consulta, o “*Peak Flow*” seria um instrumento utilizado em todas as consultas.

Durante o período de estágio foi possível contar com o apoio dos Técnicos de Cardiopneumologia e observar o seu trabalho no que diz respeito aos exames realizados, como as espirometrias, que são os exames mais utilizados e que se baseiam na medida de volumes e fluxos, em particular os expiratórios. De referir que estes exames são realizados até ao momento num aparelho chamado espirómetro portátil, uma vez que o pletismógrafo se encontrava inoperacional por avaria. Neste momento existe um novo pletismógrafo que se encontra instalado mas não se encontra funcional aguardando-se a chegada de um técnico para permitir a correta utilização do mesmo.

Neste tempo de estágio foi possível assistir a outros exames como provas de marcha dos 6 minutos, estudos Cardiorrespiratórios e Polissonografias e ainda à consulta de seguimento de VNI.

Estes conhecimentos foram importantes para melhorar o desempenho das atividades e a formação a nível de enfermagem.

A criação de um diário de controlo da asma tem como objetivo ajudar o doente a ter a perceção dos sintomas que antecedem uma crise e qual a importância desses sintomas na sua vida diária (apêndice III).

Pretende-se com a criação deste diário sensibilizar o doente asmático a dar mais atenção à sua doença e saber descrevê-la quando lhe é solicitado pelo médico ou pelo enfermeiro porque na maioria das vezes o doente não tem a noção de quando, como e porque surgiu a crise ou princípio da crise para poder solucionar o problema através do tratamento que lhe é prescrito. A criação deste diário teve como base de forma resumida o "Asthma Control Test e" ainda a observação da consulta médica, em que o doente não tem a noção de quando ocorrem as crises e não tem nenhuma referência temporal.

A estruturação de um folheto informativo para a aquisição de conhecimento sobre a doença é essencial para a educação do doente (apêndice IV). Ao elaborar este folheto tentou-se elucidar o doente sobre questões que são pertinentes e necessárias para entender o que é a asma, quais são os sinais e sintomas, as causas, como deve tratar a asma, os cuidados a ter em relação ao ambiente, quais são os objetivos do tratamento da asma e consequências do não tratamento da asma.

Outro folheto elaborado tem como objetivo aprender a conviver, no seu dia-a-dia, com a asma (apêndice V), com alguns conselhos sobre como alterar o seu meio ambiente de forma a reduzir os sintomas e as crises, promovendo assim um melhor controlo da asma.

Procedeu-se ainda à criação de um terceiro folheto, cujo intuito é informar sobre a administração de medicamentos pela via inalatória e quais os procedimentos que se adequam a cada tipo de inalador. Deve-se entender que, embora sendo diferentes, os inaladores e os cuidados serão os mesmos. (apêndice VI)

No dia 15 de Março iniciou-se a implementação da Consulta de Asma Brônquica, onde foram realizadas abordagens individuais direcionadas para as necessidades que cada um manifestou durante a consulta.

A primeira abordagem ao doente foi a de informá-lo sobre o objetivo da consulta de enfermagem e que o meu papel como enfermeira seria o de apoiar e ajudar a compreender melhor a sua doença, facultando informações como resposta às suas necessidades, tentando atenuar os seus receios perante a doença e promovendo ao mesmo tempo uma melhoria de qualidade de vida.

A consulta de enfermagem decorreu em simultâneo com a consulta médica, através de uma primeira abordagem com o doente que possibilitou a recolha de informações sobre os seus antecedentes clínicos, permitindo assim preencher a ficha de enfermagem com os seus dados pessoais.

A ficha de enfermagem foi um instrumento de trabalho importante durante o primeiro contacto com o doente, servindo de orientação na identificação de problemas que influenciam o seu estado de saúde e que permitiram identificar alguns fatores de risco e facilitaram a minha intervenção de enfermagem, em especial na educação terapêutica e suas técnicas, de forma a promover a prevenção e controlo da asma.

A perceção que se obteve deste primeiro contacto com as pessoas foi a de que há uma necessidade grande de os doentes serem ouvidos na tentativa de esclarecer as suas dúvidas.

Nesta primeira consulta foi possível desenvolver com o doente um clima de empatia e compreensão perante o seu discurso em que manifestava as suas dúvidas como os seus medos e preocupações. Este diálogo com o doente permitiu ajudá-lo a aprender a lidar com a sua doença reconhecendo alguns fatores de risco que possam desencadear crises de asma.

Não fazendo parte do projeto devo referir que fui convidada a fazer parte de uma investigação referente à avaliação do custo da Asma e DPOC em Portugal: um estudo retrospectivo. Este estudo é realizado a nível nacional e existem poucos dados disponíveis em especial no que se refere à adesão à terapêutica e custos que estas doenças têm para a sociedade e Sistema Nacional da Saúde.

Este estágio permitiu-me ainda fazer formação sobre fibrobroncoscopia pulmonar para mais tarde trabalhar na unidade funcional de endoscopias.

3.8 – AVALIAÇÃO

Nesta fase do planeamento, segundo referem Imperatori e Giraldes (1993), avaliar é sempre comparar alguma coisa segundo um padrão ou modelo previamente estabelecido e tem como finalidade operativa corrigir ou melhorar uma atividade em curso e planificar de uma forma mais eficiente.

É importante referir que “do ponto de vista do objetivo, deve considerar-se a tomada de medidas de melhoria; do ponto de vista do objeto, deve considerar-se a natureza do problema a avaliar: execução de um programa, qualidade dos cuidados etc.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 173), elementos fundamentais para a avaliação.

Para se conseguir avaliar é necessário que existam dados informativos credíveis e fiáveis dentro do programa, sendo fundamental para isso o êxito das sucessivas avaliações sem que haja comprometimento na qualidade de informação.

Durante o período de estágio só foi possível realizar consultas de enfermagem de 1ª vez visto que as consultas subsequentes de rotina variam de acordo com a necessidade de reajustamento de estratégias dependendo da situação clínica do doente.

A taxa de adesão à consulta de enfermagem no período em que decorreu o estágio foi satisfatória e bastante enriquecedora, potenciando o desenvolvimento das competências de enfermagem.

Os doentes demonstraram aceitação pela consulta de enfermagem, referindo a necessidade de um enfermeiro de referência e apoio à consulta médica.

As consultas de enfermagem contribuem para o desenvolvimento de capacidades e competências dos doentes através da educação e potenciam ganhos na saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da mesma, com a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados, promovendo assim a autogestão da doença.

4 – ANÁLISE CRÍTICA

O estágio a que este relatório se refere decorreu no serviço de Consultas Externas direcionado para a Unidade Funcional de Pneumologia, no período de 01/11/2015 a 01/05/2016.

Este projeto nasceu de uma necessidade detetada no serviço das Consultas Externas. O facto de só haver um médico com a especialidade a nível do hospital dificulta o acesso às consultas pois existe a impossibilidade de dar resposta aos inúmeros pedidos dos médicos de família.

Durante o processo da estruturação da consulta e sua implementação, os resultados obtidos através da perceção das entrevistas que foram realizadas permitiram verificar que a existência de uma consulta de enfermagem é importante, pois os doentes sentem-se mais acompanhados no acesso a esclarecimentos técnicos, estando sempre disponível para facultar informações. Pode-se concluir que a implementação da consulta seria um recurso importante de modo a privilegiar os doentes adstritos à consulta de Pneumologia no acesso a ensinamentos centrados nas dificuldades que o doente apresenta e ainda na importância de validar a eficácia dos ensinamentos, promovendo alterações com benefícios para a qualidade de vida. Percebe-se assim que teria de haver um investimento tanto ao nível institucional, bem como um envolvimento dinâmico por parte da enfermagem.

Durante a realização da consulta médica verificou-se que os ensinamentos são realizados pelo médico havendo assim uma grande sobrecarga médica atribuída, reduzindo o seu tempo de disponibilidade noutras vertentes da doença. A transmissão da informação, por vezes, não é muito explícita por falta de tempo.

Percebe-se ainda o contributo da parte dos técnicos de cardiopneumologia ao promoverem ensinamentos para além dos exames que realizam, prestando assim uma preciosa ajuda de apoio à consulta médica.

Este projeto teve como base a estruturação e implementação da consulta com a criação de material de apoio. A aplicação da ficha de enfermagem revendo o histórico do doente é muito importante para a orientação da consulta de enfermagem. Constatou-se que a mesma é muito importante para as pessoas uma vez que se trata de uma população bastante envelhecida e que na maioria das vezes vive só. O medo de não ter ninguém que os ajude num momento de crise em casa foi manifestado várias vezes e o facto de aprenderem a atuar perante tal situação é muito importante.

A receptividade foi calorosa por parte dos doentes que se sentiram apoiados e alguns deles esclareceram as suas dúvidas a nível dos cuidados a ter em relação aos fatores de risco assim como ao uso dos inaladores. Alguns doentes, aparentemente, parecem estar bem informados, manifestando-se conhecedores dos sinais e sintomas e da medicação a fazer. Contudo, existem manobras aparentemente simples mas que são complicadas devido à dificuldade em compreender os ensinamentos realizados anteriormente na consulta médica.

Verifica-se que o tratamento em alguns doentes para o controlo da asma é administrado de maneira incorreta devido à falta de informação ou má perceção de conhecimentos.

Durante a estruturação da consulta de enfermagem surgiram alguns constrangimentos inerentes à sua implementação:

A aplicação de um suporte informático para a criação de instrumentos para registos de enfermagem não foi possível, visto haver constrangimentos a nível de custos do programa. Mediante esta situação optou-se pela criação de um instrumento de trabalho de registo em papel.

Outro constrangimento prende-se com o facto de haver uma grande sobrecarga de doentes com doenças respiratórias e só existir um médico Pneumologista no hospital. A consulta de asma brônquica era específica mas passou a comportar outras doenças respiratórias, o que dificultou a seleção de doentes com asma.

Inicialmente havia uma estruturação da consulta da asma, mas devido à carência de médicos e ao aumento exponencial de doentes de pneumologia geral, o médico que desempenha as suas funções como pneumologista viu-se na inerência de incluir doentes com outras patologias do foro respiratório, perdendo-se a especificidade da consulta da asma.

Durante o estágio nem sempre foi possível que o mesmo enfermeiro ficasse adstrito à consulta de Pneumologia o que dificultou a sua implementação e o acompanhamento dos doentes com asma brônquica.

Devido há escassez de recursos humanos médicos só foi possível iniciar a Consulta de Enfermagem no meio do período de estágio. O facto de ser necessário a intervenção médica para referenciar os doentes asmáticos e este não dispor de tempo suficiente levou ao atraso do início da consulta.

CONCLUSÃO

Tendo por base os referenciais teóricos acima referidos, pretende-se ao longo do estágio adquirir conhecimentos e desenvolver competências que perspetivem, no futuro, melhorar os cuidados de saúde através da consulta de enfermagem, promovendo a qualidade de vida das pessoas portadoras da doença crónica, em especial a asma brônquica, com vista na prevenção e tratamento, readaptação e inserção social, abrangendo todos os contextos da vida.

A criação de uma consulta de enfermagem vem contribuir em ganhos para a saúde, promovendo assim uma melhor gestão da doença. Com a ajuda de um profissional de saúde, trabalhando em conjunto com o doente, pode estabelecer-se um plano escrito adequado de controlo e tratamento da asma de uma forma simplificada e igualmente prática e acessível.

É fundamental que estes doentes se sintam apoiados e saibam que existe um enfermeiro de referência que os pode ajudar a prevenir e controlar a sua doença.

Muitas das vezes a sua fraca acessibilidade ao serviço e tratamentos deve-se à falta de informação devido a vários fatores como a pobreza e à pouca literacia. Muitos doentes não estão sinalizados porque não têm acesso ao médico de família e recorrem às urgências, onde são medicados, voltando de seguida para casa.

A intervenção de enfermagem é direcionada para a melhoria da qualidade em saúde e é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que utiliza elementos científicos para identificar situações de saúde/doença, implementando medidas que contribuem para a promoção, prevenção e proteção da saúde, bem como para a recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, sendo também um modelo de assistência que se adequa às necessidades da saúde do público-alvo.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde nos nossos dias é uma resposta para garantir adequação e efetividade às crescentes necessidades como parte integrante e imprescindível dos cuidados de enfermagem, direcionadas às respostas humanas e aos problemas de saúde do doente dentro do seu contexto de vida.

Com a implementação da consulta de enfermagem será possível, a longo prazo, reestruturar novamente a consulta médica de asma brônquica.

A missão principal do Enfermeiro é promover a melhoria do estado de saúde do doente e aumentar a sua qualidade de vida, baseando-se na excelência dos serviços que presta,

privilegiando os cuidados de proximidade e a atenção ao doente inserido na sua comunidade.

Existe a consciência de que este projeto se encontra no início, que constantemente se encontrará em reformulação de acordo com os objetivos pessoais e que estará também dependente de uma equipa multidisciplinar que queira participar. Que sirva como base de orientação, visto que foram traçados objetivos e planeadas estratégias a desenvolver e que este projeto se torne uma realidade com a formalização de uma consulta de enfermagem no serviço das Consultas Externas.

BIBLIOGRAFIA

- Antunes, A., Bárbara, C. & Gomes, E. (2013). Programa Nacional para as doenças respiratórias 2012-2016. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 25 de Janeiro de 2016 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/programa.aspx>
- Bárbara, C., Arrobas, A. & Gomes, E. (2014). Estudo de análise preliminar dos indicadores nacionais de asma – 2014. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 04 de Outubro de 2015 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/estudo-de-analise-preliminar-dos-indicadores-nacionais-de-asma-2014-pdf.aspx>.
- Bettencourt, A., Oliveira, Fernandes, A. & Bogossian, M. (2002). Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. In *Jornal de Pneumologia*, 28 (4), 193-200. Acedido a 29 de Junho de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n4/12964.pdf>
- Coura, A., Enders, B., Menezes, R. & França, I. (2013). Análise contextual da consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular. In *Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (4), 1000-1006. Acedido a 11 de Outubro de 2015 em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/901>
- Dias, H., Oliveira, A., Bárbara, C., Cardoso, J. & Gomes, E. (2014). Critérios da qualidade para a realização de uma espirometria: programa nacional para as doenças respiratórias. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 12 de Março de 2016 em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/criterios-da-qualidade-para-a-realizacao-de-uma-espirometria-em-discussao-publica.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2007). Manual de boas práticas na asma. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 28 de Junho de 2015 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-na-asma-revisto-em-novembro-2007.aspx>
- Fonseca, J. & Botelho, C. (2006). Asma grave: definição. In *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, 29 (2), 70-76. Acedido a 06 de Março de 2016 em http://www.asbai.org.br/revistas/Vol292/asmagrave_definicao.pdf

- Global Initiative for Asthma [GINA] (2010). Guia de bolso para o controle e a prevenção da asma: para adultos e crianças com mais de 5 anos. Acedido a 08 de Julho de 2015 em <http://docplayer.com.br/11879583-Guia-de-bolso-para-o-controle-e-a-prevencao-da-asma-para-adultos-e-criancas-com-mais-de-5-anos.html>
- Global Initiative for Asthma [GINA] (2014). Guia de bolso para tratamento e prevenção da asma: para adultos e crianças com mais de 5 anos. Acedido a 27 de Dezembro de 2015 em <http://docplayer.com.br/436991-Guia-de-bolso-para-tratamento-e-prevencao-da-asma-tratamento-e-prevencao-da-asma.html>
- Gonçalves, A. (2010). Aderência ao tratamento da asma. In *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI (1), 171-131. Acedido a 04 de Setembro de 2015 em http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90186739&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=420&ty=142&accion=L&origen=elsevierp%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=420v16n01a90186739pdf001.pdf
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde- Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lemos, L. (s. d.), A visibilidade da enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 11 de Março de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20Visibilidade%20da%20Enfermagem,%20por%20Enf%20%C3%A9Dgia%20Lemos%20Enfermeira%20Especialista%20em%20Sa%C3%BAde%20Materna%20e%20Obst%C3%A9trica.pdf>
- Manique, A., Arrobas, A., Todo-Bom, A., Bugalho, A., Carvalho, A., Barreto, C., et al. (2014). Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança: programa nacional para as doenças respiratórias (2ª edição). In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 28 de Junho de 2015 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao.aspx>
- Moura, J., Camargos, P. & Blic, J. (2002). Tratamento profilático da asma. In *Jornal de Pediatria*, 78 (Supl. 2), 141-150. Acedido a 08 de Setembro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s2/v78n8a05.pdf>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2013). Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2013: prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente. In *Portal ONDR*. Acedido a 24 de Junho de 2015 em http://www.fundacaoportuquesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf

- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2015). Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2014/2015: panorama das doenças respiratórias em Portugal: caminhos para o futuro. In *Portal ONDR*. Acedido a 10 de Janeiro de 2016 em http://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf
- Pereira, C. (2002). Espirometria. In *Jornal de Pneumologia*, 28 (Supl. 3), 1-82. Acedido a 14 de Outubro de 2015 em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_139_45_11%20Espirometria.pdf
- Pereira, R. & Ferreira, V. (2014), A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. In *Revista Uniara*, v.17, n.1, Julho 2014 acedido a 06 de Março de 2016 em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/21586/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-como-educador-em-saude#ixzz42vLBSTr>
- Pinto, J. & Silva, I. (2014). Manual para abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica: programa nacional par as doenças respiratórias (2ª edição). In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 22 de Junho de 2015 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2000). Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 28 de Junho de 2015 em <http://livrozilla.com/doc/350213/programa-nacional-de-controlo>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2010). Estratégia para a saúde: plano nacional de saúde 2011-2016 (vol. I). Acedido a 10 de Janeiro de 2016 em <http://docplayer.com.br/623766-Enquadramento-106-principios-orientadores-54-4-4-politicas-saudaveis-55-introducao-101-4-4-3-principios-orientadores.html>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2011). Norma nº 16/2011 de 27 de Setembro de 2011, atualizada a 14 de junho de 2012. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 11 de Agosto de 2015 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: objetivo para o sistema de saúde- promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida. In *Portal do Plano Nacional de Saúde*. Acedido a 08 de Janeiro de 2016 em <http://1nj5ms2lli5hdqgbe3mm7ms5.wpengine.netdna->

cdn.com/files/2012/02/99_4_2_Contextos-sauda%CC%81veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2014). Portugal – doenças respiratórias em número 2014. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 17 de Fevereiro de 2016 em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2014.aspx>

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 09 de Fevereiro de 2015 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (s.d.). Plano nacional de Saúde 2012-2016 [Brochura]: In Portal da Direção Geral de Saúde. Acedido a 11 de Março de 2016 em <http://1nj5ms2lli5hdqgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/12/brochura-pns.pdf>

Santos, D. (2010). Impacto da atenção farmacêutica na avaliação da técnica inalatória, aderência ao tratamento, controle clínico e qualidade de vida em portadores de asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo (Mestrado em Ciências), São Paulo. Acedido a 08 de Outubro de 2015 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-03112010-171418/pt-br.php>

Saraiva, D. (2015), A importância das equipas multidisciplinares. In Atlas da Saúde. Acedido a 14 de Março de 2016 em <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares>

Silva, M. (1998). A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a perceção do cliente. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 6 (1), 27-31. Acedido a 22 de Junho de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13918.pdf>

Silva, I. (2012), Educação em saúde: O papel do enfermeiro como educador em saúde. In Portal Educação. Acedido a 14 de Março de 2016 em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/21586/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-como-educador-em-saude#ixzz42vLBSTtr>

Sousa, A. (2011). *Abordagem farmacoterapêutica na asma*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas), Algarve. Acedido em 04 de Setembro de 2015 em

http://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/21111/1/Ana_Sousa_25015_MICF_Abordagem_Farmacoterapeutica_na_Asma.pdf

- Souza, A. & Santos, W. (2014). Uma revisão de literatura sobre as principais publicações e os principais cuidados de enfermagem para o paciente asmático. In *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 3 (1), 67-73. Acedido a 07 de Fevereiro de 2016 em <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/117/69>
- Torgal, J. (coord.) (2008). Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora. In *Portal da Direção Geral da Saúde*. Acedido a 23 de Junho de 2015 em <http://www.dgs.pt/?cr=12772>
- Trindade, A., Sousa, T. & Albuquerque, A. (2015). A interpretação da espirometria na prática pneumológica: até onde podemos avançar com o uso dos seus parâmetros? In *Pulmão RJ*, 24 (1), 3-7. Acedido a 06 de Março de 2016 em http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2015/n_01/04.pdf
- Winck, J. & Ferreira, L. (1998). Oximetria: papel no estudo do doente respiratório. In *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. IV (3), 307-313. Acedido a 30 de Janeiro de 2016 em http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90442247&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=320&ty=5&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=320v04n03a90442247pdf001.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE – 4º MESTRADO EM
ENFERMAGEM 2014/2015
UNIDADE CURRICULAR: PROJETO/ESTÁGIO**

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ASMA BRONQUICA

Docente: Professora Graça Gama

Discente: Helena Ferreira

JUNHO 2015

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

DCNTs – DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DPOC – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

DRC – DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

ESSP – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

GINA – GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS

ONDR – OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

PA – PLANO DE ATIVIDADES

PNS – PLANO NACIONAL DE SAÚDE

PNCA – PLANO NACIONAL DE CONTROLO DA ASMA

PNDR – PROGRAMA NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

INDICE

| | |
|--|----|
| SIGLAS E ABREVIATURAS | 1 |
| INDICE | 2 |
| INDICE DE QUADROS | 3 |
| INTRODUÇÃO | 4 |
| 1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA | 6 |
| 2 - ANÁLISE DO CONTEXTO PRÁTICO E JUSTIFICATIVA | 8 |
| 2.1 - CONSULTA EXTERNA DO HOSPITAL DR.JOSÉ MARIA GRANDE..... | 8 |
| 2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO A INTERVIR..... | 8 |
| 3 - METODOLOGIA | 9 |
| 3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO..... | 9 |
| 3.2 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS..... | 9 |
| 3.3 - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO..... | 10 |
| 4- PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO | 12 |
| 5 - EXECUÇÃO (CRONOGRAMA) | 15 |
| 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 17 |
| 7 - BIBLIOGRAFIA | 18 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 12 |
| QUADRO 2 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 13 |
| QUADRO 3 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 14 |
| QUADRO 4 - CRONOGRAMA..... | 15 |
| QUADRO 5 - CRONOGRAMA..... | 16 |

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as reformas introduzidas no setor da saúde, deveram-se a múltiplos fatores em especial relacionadas com a despesa pública, na medida em que, a população começa a estar mais envelhecida, as pessoas vão-se tornando cada vez mais vulneráveis em especial com maior incidência nas doenças crónicas como a diabetes, hipertensão, doenças respiratórias (DPOC, Asma Brônquica) etc. As medidas voltam-se cada vez mais para a compatibilização da equidade, eficiência e capacidade de escolha dos serviços pela população.

De acordo com Duarte (2012), a despesa pública em saúde cresceu nos últimos tempos a um ritmo superior ao crescimento da economia. O crescimento económico, torna-se mais lento acompanhado pelo envelhecimento da população, conduzindo a um aumento dos custos devido à evolução tecnológica aplicado ao setor da saúde ameaçando a sustentabilidade do sistema.

Segundo o INE, entre 2000 e 2008 os gastos em saúde, em termos nominais cresceram 4,9% por ano, e relativamente ao crescimento médio anual da riqueza nacional ficou nos 3,9% o que torna o país como o quinto que mais gasta na União Europeia, seguido por outros países como França, Alemanha, Áustria e Bélgica. Ou seja a despesa total do setor ascendeu a mais de 17 mil milhões, o que representa 10% do PIB.

A envolvente económica atual exige uma prudente intervenção no que concerne à gestão de fundos o que implica uma avaliação de projetos que promova a melhoria contínua do desempenho das organizações.

As doenças crónicas segundo a OMS são a principal causa de morte e incapacidade no mundo mas que podem ser prevenidas. São doenças crónicas de declaração não obrigatória (doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, cancro e as doenças respiratórias).

De acordo com a OMS (2008), é possível reduzir os riscos de ocorrência de doenças crónicas através da alteração do estilo de vida (dieta alimentar, prática de exercício físico, manter um peso normal, eliminar o consumo de tabaco), diminuindo assim a probabilidade de desenvolver uma doença crónica.

Segundo ONDR (2013), o internamento por doenças respiratórias verificou-se um aumento de 10%, sendo a mortalidade por asma um aumento de 18,3% relativamente a 2011. Entende-se assim que uma gestão inadequada da doença e do regime terapêutico indicado são as causas mais apontadas para o aumento do número de episódios de internamento.

A asma é uma doença crónica frequente na criança e na população adulta e em Portugal sabe-se que a sua prevalência média atingirá mais de 11% da população do grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 22-44anos, estimando-se que o número total de doentes com asma ativa possa ultrapassar os 600 000. Bárbara (2013).

A asma no adulto e na criança é um verdadeiro problema de saúde pública generalizada em todo o mundo afetando pessoas de todas as idades e, quando não controlada, pode ser incapacitante ou mesmo fatal.

Segundo a DGS (2014) a asma apresenta remissões e exacerbações sendo difícil identificar a prevalência da doença, da sua verdadeira doença. A maioria das avaliações de frequência, refletem por isso, muito provavelmente a prevalência da doença.

O conhecimento prévio do contexto onde exerce funções (Serviço de consultas Externas) estabeleceu de antemão um campo de intervenção necessária a desenvolver pelos enfermeiros através do acompanhamento dos utentes com asma brônquica com a implementação de uma consulta de enfermagem de asma.

É uma patologia cuja característica importante é o facto de pertencer ao grupo das doenças crónicas. Existem doenças crónicas transmissíveis e não transmissíveis (DCNTs). Nesta proposta de estágio debruçar-nos-emos sobre as doenças crónicas mais especificamente a Asma Brônquica.

Esta necessidade percebida parte de uma realidade em que a qualidade de saúde pode ser melhorada tendo em vista a importância da transmissão de conhecimento, treinamento e necessidade de reforçar e apoiar as diversas etapas do tratamento do asmático.

A proposta de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Unidade curricular de Projeto/Estágio e tem como objetivo propor a – "Implementação Da Consulta de Enfermagem De Asma Brônquica" no Serviço Das Consultas Externas. Pretende assim contribuir para um novo instrumento de trabalho, para melhor atingir os princípios de eficiência e eficácia, na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta a qualidade de vida da pessoa com doença crónica, nomeadamente a pessoa com asma brônquica.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

Referenciando a OMS (2007), " asma é uma doença inflamatória crónica das vias respiratórias, geralmente associada a uma hiper-reactividade das vias aéreas e a uma obstrução variável do fluxo de ar, que habitualmente é reversível espontaneamente ou mediante tratamento."

A asma é uma das doenças crónicas mais comum em todas as idades. A asma é uma doença que determina crises de falta de ar, originando dificuldade na entrada de ar nos pulmões, em especial na sua saída. Esta dificuldade é consequência de um processo inflamatório crónico das vias aéreas.

No caso da asma, normalmente nos serviços de saúde é feita uma abordagem restrita no que concerne no tratamento sintomático do seu quadro agudo, resultando daí em internamentos desnecessários e elevada morbilidade, as visitas frequentes ao serviço de urgência, e recorrentes faltas ao trabalho e à escola com alto custo económico e social.

Segundo Guerra (2009), os cuidados são mais importantes do que a cura pelo que carecem maioritariamente da continuidade de cuidados, independentemente do contexto (setor) de prestação em que os doentes se encontrem. Os doentes, quando deixam de frequentar os serviços de saúde, tornam-se potenciais doentes de alto risco e só quando a sua doença se agrava, é que reingressam novamente no sistema gerando custos inadiáveis que poderiam ter sido evitados.

De acordo com Bettencourt et al. (2002), a asma é uma doença que necessita da aceitação do próprio doente, e do envolvimento por parte da família pois trata-se de um tratamento complexo, que leva a limitações físicas, emocionais e sociais.

É primordial que o doente tenha conhecimento do que é a asma, quais os fatores desencadeantes e como evitá-los, adquirir competências para uso correto dos medicamentos identificando os sinais de controlo e descontrolo da doença.

Referenciando ainda Bettencourt et al. (2002), é importante que o doente asmático seja educado a reconhecer o mecanismo da sua doença pois é essencial para o tratamento da asma conforme preconizado pela GINA.

De acordo com o PA (2009), é essencial melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados de saúde no doente asmático, para o habilitar e capacitar a autocontrolar a sua doença.

De acordo com o PNS (2015), reduzir a carga de doença, melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos são objetivos últimos de qualquer sociedade. É importante melhorar a qualidade de vida, de forma a valorizar o potencial de cada indivíduo ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto da sua doença, na capacitação por meio de ações de literacia para a autonomia e pela responsabilização pela sua própria saúde.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde nos nossos dias, é uma resposta para garantir adequação e efetividade às crescentes necessidades, como parte integrante e imprescindível dos cuidados de enfermagem, direcionadas às respostas humanas e aos problemas de saúde do cliente (OE,2011).

Referindo Nunes (2011), a asma é uma doença tratada com base em medicamentos preferencialmente por via inalatória sendo os corticoides os mais importantes em especial no tratamento das crises de asma, os chamados broncodilatadores.

Referindo Marta (2011), a adesão à terapêutica depende da abertura do comportamento do doente no que concerne à medicação ou à execução de mudanças no estilo de vida, em especial a conselhos de saúde. O diálogo a negociação a compreensão por vezes torna-se num tratamento "eficaz" mas que será melhor que nenhum.

Segundo o RELATÓRIO ONDR (2013), os dados fornecidos pela IMFARMED relativamente ao consumo de medicamentos broncodilatadores e antiasmáticos referencia que o número total (1.188.375 em 2012), de embalagens vendidas é inferior ao número estimado de doentes com asma, sugeridas subutilizações desses medicamentos (situação financeira do doente) para controle da doença.

Segundo o PNS (2007), refere como é importante a educação e a capacitação do doente asmático para o sucesso da terapêutica. Mas para isso cabe ao profissional de saúde uma boa prática tendo em atenção este aspeto pois é um dos pilares essenciais onde assenta o êxito de um programa de controlo da asma.

O papel da enfermagem é importante na saúde pois o enfermeiro desempenha ações como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local tendo como objetivo a educação na saúde (Bettencourt,2002).

Segundo Silva (1998), a implementação da consulta de enfermagem exige mudanças na prática assistencial do enfermeiro necessitando para isso compreender a sua complexidade enquanto atividade e necessita de uma metodologia própria e objetivos estabelecidos.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza elementos científicos para identificar situações de saúde/doença, implementando medidas que contribuem para a promoção prevenção proteção da saúde recuperação reabilitação do individuo familia e comunidade, e é um modelo de assistência que se adequa às necessidades da saúde do público-alvo

Tendo por base os referenciais teóricos acima citados pretende-se que ao longo do projeto adquirir conhecimentos e desenvolver competências que permitam no futuro prestar cuidados se saúde através da consulta de enfermagem, promovendo a qualidade de vida das pessoas portadoras da doença crónica mais especificamente a asma com vista na prevenção e tratamento da doença a sua readaptação e inserção social abrangendo todos os contextos da vida.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO PRÁTICO E JUSTIFICATIVA

2.1 - CONSULTA EXTERNA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE

O serviço de consultas externas onde exerce a sua atividade profissional, encontra-se situado no 2º piso do edifício principal do Hospital Dr. José Maria Grande – Unidade local do Norte Alentejano em Portalegre. Funciona diariamente das 9h às 17h em horário contínuo de Segunda a Sexta-feira. No entanto em determinados dias o horário prolonga-se até terminar as consultas que se encontram no decurso da sua atividade.

O serviço é constituído por vários gabinetes de consulta, onde durante a semana decorrem consultas de várias especialidades, nomeadamente a consulta de especialidade de pneumologia.

Esta consulta específica de doenças crónicas do foro respiratório funciona várias vezes ao longo da semana. Contudo à Terça-feira há uma consulta específica sobre a asma brônquica.

Esta consulta da asma será o contexto prático escolhido para a elaboração do presente trabalho.

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO A INTERVIR

Segundo o PNCA (2000), refere que a prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, e uma doença crónica também frequente no adulto.

Referenciando o RELATÓRIO ONDR (2013), em Portugal mais de 50% da população no grupo etário entre 50 a 64 anos e mais de 70% com mais de 75 anos encontra limitações da sua atividade diária devido a doença crónica respiratória.

De acordo com Batista (2011), a asma é uma doença que atinge geralmente crianças e jovens mas também é possível diagnosticá-la na pessoa adulta incluindo a terceira idade, quando apresenta crises com exacerbação dos sintomas intercalados por períodos de remissão cuja duração é variável.

Dado que o envelhecimento da população é um fator relevante da população no Alentejo, constitui-se assim dois grupos (adulto e idoso), como população alvo de intervenção ao nível da asma.

3 - METODOLOGIA

Para a produção deste documento adotou duas estratégias complementares. A pesquisa bibliográfica que permitiu abrir novos horizontes e fundamentar as atividades do projeto. Por outro lado a aplicação da metodologia do planeamento na consulta de enfermagem da asma.

Neste capítulo serão apresentados o diagnóstico da situação os objetivos definidos para o estágio as atividades a desenvolver, os recursos, os indicadores de avaliação do objetivo e o tempo de concretização.

3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a base de todo o planeamento pois é através da identificação de problemas ou necessidades e conseqüentes causas ou fatores condicionantes, os recursos e potencialidade num determinado contexto, que determinam os objetivos as estratégias, num processo contínuo e dinâmico relacionado com a avaliação que também é contínua e dinâmica.

Na maioria das vezes os doentes asmáticos apresentam uma doença ligeira a moderada e que é de fácil controlo através de broncodilatadores de ação curta e corticosteroides inalados. No entanto cerca de 10% apresentam formas graves de asma resistentes à terapêutica habitual (Gaspar, Almeida & Nunes, 2006), constituindo um subgrupo com maior impacto da doença.

No serviço da consulta externa realizam-se várias consultas de acordo com a sua especialidade, mais especificamente a consulta de pneumologia que se encontra direcionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do foro respiratório. De salientar que no Distrito de Portalegre só existe um médico a nível hospitalar a atender às solicitações de um distrito envelhecido onde a maior predominância é a doença crónica respiratória. A necessidade de implementar uma consulta de enfermagem da asma seria o ideal pois serviria de suporte para a consulta que se realiza uma vez por semana direcionada para a Asma Brônquica.

3.2 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Implementar a consulta de enfermagem da asma brônquica no serviço das Consultas Externas do HDJMG – ULSNA, EPE

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Fazer o levantamento das condições existentes no Serviço.
- ✓ Identificar os recursos necessários à sua implementação,
- ✓ Organizar/Estruturar a Consulta de Enfermagem

A execução deste projeto necessita de recursos pelo que contamos com os seguintes:

Recursos Humanos:

- Pneumologista;
- Enfermeiro com as competências na área;
- A. Operacional
- Apoio administrativa - Secretaria das Consultas Externas
- Técnicos de pneumologia
- Outros profissionais de saúde

Recursos materiais:

- Gabinete da consulta externa.
- Computador e impressora
- Ligação à internet
- Instrumento "Peak Flow"
- Esfigmomanómetros e estetoscópios para avaliação da TA
- Balança para avaliação de peso e altura para o cálculo do IMC
- Fita métrica para avaliação do perímetro abdominal

Recursos Temporais:

A implementação do projeto "implementação da consulta de enfermagem de asma" decorrerá no período letivo de 2015/2016.

3.3 - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O papel do doente no autocontrolo da sua doença é essencial. É premente que aos doentes e seus familiares lhes sejam facultados os conhecimentos necessários, seja avaliada e apreensão dos mesmos e em que medida esses conhecimentos alteram os seus comportamentos.

Segundo o (PNS) 2011-2016, refere "As vivências individuais realizam-se em contextos sociais, laborais, institucionais ou outros promotores da saúde e protetores da doença (European strategies for social inequalities in health,WHO,2006), constituindo-se com ambiente salutogénico."

Seguindo as orientações do PNDR este projeto apresenta as seguintes estratégias:

- Desenvolvimento de capacidades e competências no doente e na família
- Intervenção em grupos de risco acrescido
- Melhoria da acessibilidade
- Intervenção no meio ambiente

Assim a estratégia global assenta na promoção da saúde no doente com asma torna-se importante que sejam adquiridos os conhecimentos corretos e comportamentos.

As estratégias de ação deste projeto irão ser divididas em duas vertentes:

- Aplicar e avaliar um questionário criado especificamente para rever e reforçar o conhecimento sobre a asma
- Criação de uma folha de enfermagem que compreende a fase do histórico (entrevista, exame físico)
- Elaboração de um folheto informativo
- Colaborar com o médico da especialidade

A segunda vertente do projeto:

- Aumentar os conhecimentos sobre a asma por forma a reduzir atrasos na procura de cuidados
- Promover a adesão ao tratamento
- Promover a auto estima do auto conceito e do auto imagem
- Promover uma melhor articulação e integração do asmático no seu meio social

4 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

QUADRO 1 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (Implementação da Consulta de Enfermagem da Asma Brônquica)

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ATIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES | RECURSO TEMPORAL |
|--|--|---|--|------------------|
| Fazer o levantamento das condições existentes no serviço | Organização e delineação do espaço físico onde se vai proceder a consulta Previsão de recursos a nível de material para o funcionamento da consulta Organização e programação do seu funcionamento | Sala de consulta, secretária, computador, impressora, balança, armário (material de apoio à consulta) | Número de consultas realizadas pelos profissionais de enfermagem | Setembro de 2015 |

QUADRO 2 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (Implementação da Consulta de Enfermagem Da Asma Brônquica)

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | ATIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES | RECURSO TEMPORAL |
|---|--|--|---|------------------|
| Identificar os recursos necessários à sua implementação | <p>Pedir a colaboração do pneumologista através de uma reunião</p> <p>Envolver os técnicos de cardiopneumologia através de uma reunião</p> <p>Pedir uma reunião com o enfermeiro chefe da Consulta Externa</p> | <p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Técnicos de cardiopneumologia</p> <p>Técnicos de fornecimento de material de apoio respiratório</p> | Disponibilidade da Equipa Multidisciplinar na intervenção | Setembro 2015 |

QUADRO 3 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO (Implementação da Consulta de Enfermagem da Asma Brônquica)

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | ATIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES | RECURSO TEMPORAL |
|---------------------------------|--|---|---|-----------------------|
| Organizar/estruturar a consulta | Delinear a criação de instrumentos de trabalho no contexto da consulta de enfermagem: elaboração de uma ficha de consulta de enfermagem e uma ficha de avaliação do controlo da asma Estruturar a consulta de enfermagem através de ensinios que auxiliam o doente asmático a adquirir conhecimentos sobre a sua doença. Estruturar um folheto informativo | Utilização de internet, computador, papel, tinteiro da impressora, pasta de arquivo | Número de fichas preenchidas, a informação sobre o doente que se consegue | Outubro/novembro 2015 |

5 - EXECUÇÃO (CRONOGRAMA)

QUADRO 4 - CRONOGRAMA: PROJETO DE INTERVENÇÃO "IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ASMA BRÔNQUICA"

| Projeto de Intervenção "Implementação da consulta de Enfermagem da Asma Brônquica" | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ATIVIDADES | 2015 | | | | | | | 2016 | |
| | JUN. | JUL. | AGO. | SET. | OUT. | NOV. | DEZ. | JAN. | FEV. |
| Reunião com o professor ESSP responsável pelo Estágio | | | | | | | | | |
| Escolha de um tema pertinente relacionado com a gestão de doenças respiratórias crónicas | | | | | | | | | |
| Pesquisa bibliográfica sobre temas relacionadas com doenças respiratórias crónicas | | | | | | | | | |

QUADRO 5 - CRONOGRAMA: PROJETO DE INTERVENÇÃO "IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ASMA BRÔNQUICA"

| Projeto de Intervenção "Implementação da consulta de Enfermagem da Asma Brônquica" | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ATIVIDADES | 2015 | | | | | | | 2016 | |
| | JUN. | JUL. | AGO. | SET. | OUT. | NOV. | DEZ. | JAN. | FEV. |
| Fazer o levantamento das condições existentes no serviço | | | | | | | | | |
| Identificar os recursos necessários à sua implementação | | | | | | | | | |
| Organizar/estruturar a consulta | | | | | | | | | |
| Relatório de estágio | | | | | | | | | |

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A asma brônquica, é uma doença crónica inflamatória das vias aéreas de etiologia multifatorial com incidência e prevalência crescentes a nível mundial.

Por isso há uma necessidade crescente de melhorar a eficácia e eficiência na prestação de cuidados de forma a capacitar o doente asmático a saber controlar a sua doença de forma a diminuir os riscos de crises de asma agudizada que os leva a recorrer aos serviços de urgência.

É de extrema importância o controlo da doença como fator mais determinante e da limitação de qualidade de vida deste tipo de doentes estabelecendo-se assim um plano de autocontrolo.

Contudo verifica-se a necessidade de educar constantemente de forma integrada incluindo sempre a família.

Nesta proposta de projeto pretendeu colmatar uma necessidade que era a implementação de uma consulta de enfermagem pois é um passo para a melhoria e controlo da doença respiratória.

A educação é uma das determinantes para a saúde do doente respiratório e assim dentro deste contexto realçou os ensinamentos para a saúde como um fator determinante para o controlo da doença asmática.

Com a implementação deste projeto esperamos alcançar benefícios que justifiquem a sua elaboração na sua coerência e eficiência de resultados bem como desenvolver e ou otimizar competências como contributo para a promoção da saúde.

A consciencialização e a educação são fatores fundamentais para um eficaz controlo da doença possibilitando uma melhor vivência com a mesma capacitando o indivíduo de prevenir e detetar as principais complicações

7 - BIBLIOGRAFIA

Araújo, A.T. (2013). Relatório 2013 – Prevenir a Doença; Acompanhar e Reabilitar o Doente. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

Bettencourt, A.R.C., Oliveira, M.A., Fernandes, A.L.G & Bogossian, M. (2002). Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo

Direção Geral da Saúde (2000). Programa Nacional de Controlo – Asma. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Gaspar, A., Almeida, M.M. & Nunes, C. (2006). Epidemiologia da asma grave. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 14 (2º Supl.), 27-41

Guerra, J. (2009). Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Nunes, A.C.L.F (2011). Asma Alérgica: etiologia, imunopatologia e tratamento. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2007). Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas – uma abordagem integradora. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Silva, M.G. da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. Rev. Latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2013, Março). Oxigénio.05

Vaz, A.F. (et.al) (2013, Setembro). Antagonistas dos recetores dos leucotrienos: montelucaste e zafirlucaste.


Valente, F. & Praça, I. (s.d.). Plano de Atividades 2008/2009 – Doenças Respiratórias Crónicas: Asma.

<https://hmsportugal.wordpress.com/2011/08/24/acordo-terapeutico-na-asma/>

Consultado em Junho 2015

http://economico.sapo.pt/noticias/inovacao-e-doencas-cronicas-vaio-pressionar-despesa_136585.html consultado em Junho 2015

Apêndice II – Folha de Consulta



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE

Elementos de Identificação do Paciente

Nome: _____

NSC: _____

Consulta de Asma Brônquica

Informação do Paciente: Profissão: _____ Idade: _____ Anos; Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Raça: _____ Médico: Dr.(a) _____

Sexo: Masculino Feminino Habitação: Rural Urbana (Vive Só, Cônjuge, Outros: _____)

Saneamento Básico: Sim Não Dados Biométricos (Peso: _____ kg; Altura: _____ m; I.M.C.: _____ Kg/m²)

Informação Clínica: Tabagismo/ Ex-fumador (anos: _____), nº cigarros dia: _____, anos: _____ HTA Diabetes

Cardiopatia Isquémica Rinite/Sinusite Hipercolesterolemia Hábitos Etanólicos Patologia do foro Psiquiátrico

Alergias Alimentares: _____ Alergias Medicamentos: _____

Outras: _____

Medicação Habitual: _____

Diagnóstico de Asma Brônquica: ____/____/20____; Tipo de Dispositivo/Inalador: Pó Seco Pressurizado

Nebulizador Nome: _____

| Dados Biométricos | Teste de Controle da Asma ⁽¹⁾ ("Asthma Control Test TM), Data: ____/____/20____ |
|---|---|
| P.A.: ____/____ mmHg FC: _____ bpm | P1 - Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa? <input type="checkbox"/> 1 - Sempre; <input type="checkbox"/> 2 - A maior parte do tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Algum tempo; <input type="checkbox"/> 4 - Pouco tempo; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; |
| SpO ₂ : _____ % | P2 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar? <input type="checkbox"/> 1 - Mais de Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Três a seis vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; |
| Peso: _____ kg | P3 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas de asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã? <input type="checkbox"/> 1 - Quatro ou mais noites por semana; <input type="checkbox"/> 2 - Duas a três noites por semana; <input type="checkbox"/> 3 - Uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma ou duas vezes; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; |
| Altura: _____ m | P4 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo Salbutamol? <input type="checkbox"/> 1 - Três ou mais vezes por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma a duas vezes por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Duas ou três vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma vez por semana ou menos; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; |
| I.M.C.: _____ Kg/m ² | P5 - Como avaliaria o seu controlo de asma nas últimas 4 semanas? <input type="checkbox"/> 1 - Não controlada; <input type="checkbox"/> 2 - Mal controlada; <input type="checkbox"/> 3 - Mais ou menos controlada; <input type="checkbox"/> 4 - Bem controlada; <input type="checkbox"/> 5 - Completamente controlada; |
| Questões importantes: | Peak Flow: _____ l/min. Espirometria basal - FVC: _____% FV1: _____% IT: _____% FEF25: _____% FEF75: _____% FEF25/75: _____% Pós-BD - FVC: _____% FV1: _____% Melhoria FV1: _____% |
| Paciente sabe o que é a Asma Brônquica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Sabe utilizar os inaladores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Sabe a diferença entre Anti-inflamatórios e Broncodilatadores e quando utilizar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Tem conhecimento do plano de ação na crise? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Tem conhecimento dos factores desencadeantes da crise? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Comentários: _____ | |

⁽¹⁾ Teste de Controle da Asma adaptado do site: www.asthmacontroltest.com

| Dados Biométricos | Teste de Controle da Asma ⁽¹⁾ ("Asthma Control Test TM "), | Data: ____/____/20__ |
|--|---|-----------------------------|
| P.A.: ____/____ S./D. FC: _____ bpm | P1 - Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa? <input type="checkbox"/> 1 - Sempre; <input type="checkbox"/> 2 - A maior parte do tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Algum tempo; <input type="checkbox"/> 4 - Pouco tempo; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| SpO ₂ : _____ % | | |
| Peso: _____ kg | P2 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar? <input type="checkbox"/> 1 - Mais de Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Três a seis vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| Altura: _____ m | | |
| I.M.C.: _____ Kg/m ² | | |
| Consulta seguinte •Explicar o que são factores desencadeantes das crises. •Explicar a receita médica e plano de acção na crise. Rever •Uso dos Broncodilatadores. •Anti-inflamatórios (uso) | P3 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas de asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã? <input type="checkbox"/> 1 - Quatro ou mais noites por semana; <input type="checkbox"/> 2 - Duas a três noites por semana; <input type="checkbox"/> 3 - Uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma ou duas vezes; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| Paciente foi internado ou recorreu à urgência/médico nos últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | P4 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo Salbutamol? <input type="checkbox"/> 1 - Três ou mais vezes por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma a duas vezes por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Duas ou três vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma vez por semana ou menos; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| _____ | P5 - Como avaliaria o seu controlo de asma nas últimas 4 semanas? <input type="checkbox"/> 1 - Não controlada; <input type="checkbox"/> 2 - Mal controlada; <input type="checkbox"/> 3 - Mais ou menos controlada; <input type="checkbox"/> 4 - Bem controlada; <input type="checkbox"/> 5 - Completamente controlada; | |
| _____ | Comentários: _____ | |
| _____ | | |
| Dados Biométricos | Teste de Controle da Asma⁽¹⁾ ("Asthma Control TestTM"), | Data: ____/____/20__ |
| P.A.: ____/____ S./D. FC: _____ bpm | P1 - Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa? <input type="checkbox"/> 1 - Sempre; <input type="checkbox"/> 2 - A maior parte do tempo; <input type="checkbox"/> 3 - Algum tempo; <input type="checkbox"/> 4 - Pouco tempo; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| SpO ₂ : _____ % | | |
| Peso: _____ kg | P2 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar? <input type="checkbox"/> 1 - Mais de Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma vez por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Três a seis vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma a duas vezes por semana; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| Altura: _____ m | | |
| I.M.C.: _____ Kg/m ² | | |
| Consulta seguinte •Explicar o que são factores desencadeantes das crises. •Explicar a receita médica e plano de acção na crise. Rever •Uso dos Broncodilatadores. •Anti-inflamatórios (uso) | P3 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas de asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã? <input type="checkbox"/> 1 - Quatro ou mais noites por semana; <input type="checkbox"/> 2 - Duas a três noites por semana; <input type="checkbox"/> 3 - Uma vez por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma ou duas vezes; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| Paciente foi internado ou recorreu à urgência/médico nos últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | P4 - Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo Salbutamol? <input type="checkbox"/> 1 - Três ou mais vezes por dia; <input type="checkbox"/> 2 - Uma a duas vezes por dia; <input type="checkbox"/> 3 - Duas ou três vezes por semana; <input type="checkbox"/> 4 - Uma vez por semana ou menos; <input type="checkbox"/> 5 - Nunca; | |
| _____ | P5 - Como avaliaria o seu controlo de asma nas últimas 4 semanas? <input type="checkbox"/> 1 - Não controlada; <input type="checkbox"/> 2 - Mal controlada; <input type="checkbox"/> 3 - Mais ou menos controlada; <input type="checkbox"/> 4 - Bem controlada; <input type="checkbox"/> 5 - Completamente controlada; | |
| _____ | Comentários: _____ | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Apêndice III – Diário de Controlo da Asma

Data: ___/___/___

Sintomas: Tosse Pieira

Falta de Ar Aperto do Peito _____

Actividade ou Período do Dia: Em Repouso

A Seguir a Esforço Durante a Manhã Durante o Dia

Durante a Noite _____ _____

A asma impediu-o/a de realizar alguma das suas actividades?

Sim Não Qual? _____

Quantas vezes utilizou o inalador de alívio rápido (SOS)?

| | | |
|--|--|--|
| Durante a Manhã | Durante a Tarde | Durante a Noite |
| <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ |

Data: ___/___/___

Sintomas: Tosse Pieira

Falta de Ar Aperto do Peito _____

Actividade ou Período do Dia: Em Repouso

A Seguir a Esforço Durante a Manhã Durante o Dia

Durante a Noite _____ _____


A asma impediu-o/a de realizar alguma das suas actividades?

Sim Não Qual? _____

Quantas vezes utilizou o inalador de alívio rápido (SOS)?

| | | |
|--|--|--|
| Durante a Manhã | Durante a Tarde | Durante a Noite |
| <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> _____ |

ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTANO-EPSE



Diário De Controlo da Asma

Elementos de Identificação do Paciente

Nome: _____

NSC: _____

Hospital Dr. José Maria Grande
Av. De Santo António
7301-853 Portalegre
Tel: 245 301 000

Asma Brônquica:

É uma doença inflamatória que provoca crises de falta de ar, criando dificuldade na entrada de ar nos pulmões e, principalmente, na sua saída, originando episódios recorrentes de pieira (gatinhos), dispneia (falta de ar), tosse e aperto torácico em especial à noite ou no início da manhã.

Para que servem os:

Broncodilatadores – são medicamentos prescritos pelo seu médico e que se utilizam em situações de **emergência (SOS)**, em particular, quando apresenta sintomas de falta de ar, chiado no peito ou crise de tosse persistente.

Anti-inflamatórios – são medicamentos prescritos com a finalidade de evitar e prevenir as exacerbações da asma (crises agudas).

O que pode agravar ou provocar a asma:

Exercício físico; infeção viral; animais com pelo/penas; exposição prolongada ao pó doméstico (colchão, almofada, carpetes); fumo (tabaco); pólen; alteração temperatura do ar; emoções fortes; produtos químicos inaláveis; fármacos (medicamentos) entre outros.

O seu medicamento :

Broncodilatador (SOS): _____

Anti Inflamatório: _____

Data: ___/___/___

Sintomas: Tosse Pieira

Falta de Ar Aperto do Peito _____

Actividade ou Período do Dia: Em Repouso

A Seguir a Esforço Durante a Manhã Durante o Dia

Durante a Noite _____ _____

A asma impediu-o/a de realizar alguma das suas actividades?

Sim Não Qual? _____

Quantas vezes utilizou o inalador de alívio rápido (SOS)?

Durante a Manhã Durante a Tarde Durante a Noite

1; 2; 3; _____ 1; 2; 3; _____ 1; 2; 3; _____

Data: ___/___/___

Sintomas: Tosse Pieira

Falta de Ar Aperto do Peito _____

Actividade ou Período do Dia: Em Repouso

A Seguir a Esforço Durante a Manhã Durante o Dia

Durante a Noite _____ _____

A asma impediu-o/a de realizar alguma das suas actividades?

Sim Não Qual? _____

Quantas vezes utilizou o inalador de alívio rápido (SOS)?

Durante a Manhã Durante a Tarde Durante a Noite

1; 2; 3; _____ 1; 2; 3; _____ 1; 2; 3; _____

Apêndice IV – Folheto Informativo

CONSEQUÊNCIAS DO NÃO TRATAMENTO DA ASMA

Recorrência de episódios asmáticos, que se poderão tornar mais prolongados, originando um acréscimo de idas ao serviço de urgência;

Diminuição na qualidade de vida, condicionando a sua vida pessoal e social;

Maior frequência na manifestação de sintomas ao longo do ano;

Dificuldade no controle da doença com a medicação habitual.



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A educação do doente é essencial para a sua inteira colaboração e controlo no tratamento .

Compreender a natureza da sua doença permite uma redução no seu estado de ansiedade.

A informação por si só não modifica o comportamento.

Torna-se premente que o doente perceba a necessidade de aderir ao tratamento profilático e anti-inflamatório.

Saber identificar os fatores que pioram a sua asma .

Como e quando utilizar a medicação sintomática de alívio.



Hospital Dr. José Maria Grande

Av. De Santo António
7301-853 Portalegre

ASMA BRÔNQUICA



QUER RESPIRAR MELHOR?

COMECE A PREVENIR !

O QUE É A ASMA?



A asma é uma doença crónica e inflamatória das vias aéreas, que se manifesta através de crises de falta de ar resultantes da contração dos brônquios e bronquíolos (broncoconstrição), que ocasiona a redução de diâmetro e consequente obstrução substancial do fluxo do ar. Geralmente é reversível através de medicação.

SINAIS E SINTOMAS DA ASMA

- Tosse, geralmente, a meio da noite e no início da manhã;
- Aperto no peito (sensação do peito preso);
- Falta de ar com pieira (chiado no peito).

CAUSAS DA ASMA

A asma é causada por uma hipersensibilidade ao nível dos brônquios, decorrente de fatores hereditários e/ou ambientais como alterações climáticas, contacto com o pólen, mofo, poeira, pelo de animais, gripes, ingestão de certos alimentos, medicamentos, entre outros.

COMO TRATAR A ASMA

Na crise aguda, à qual se dá o nome de exacerbação sintomática, utilizam-se medicamentos com efeito rápido na abertura dos brônquios. São os chamados broncodilatadores.



A asma é uma doença inflamatória cujo tratamento depende do recurso a anti-inflamatórios de forma contínua, que se prolongam na ausência de crise (sem falta de ar).

OBJETIVOS DO TRATAMENTO DA ASMA

O doente deve:

• Ser informado da sua doença crónica para ser capaz de identificar os fatores que pioram a sua asma.

• Deve ser ensinado na forma de tomar corretamente os medicamentos que lhe são prescritos.

• Saber como usar os dispositivos para inalação de anti-inflamatórios e broncodilatadores.

• Compreender a necessidade de aderência ao tratamento anti-inflamatório, como e quando utilizar a medicação sintomática de alívio.

• Aprender a evitar os agentes que desencadeiam as suas crises e saber monitorizar a sua doença através dos sintomas.

CUIDADOS A TER EM RELAÇÃO AO AMBIENTE



A asma deve-se a uma inflamação alérgica devido a vários fatores desencadeantes como seja:

os ácaros da poeira doméstica, o pêlo e penas dos animais domésticos, os alérgenos libertados pelas baratas, o pólen, etc.

O colchão deve estar envolvido em tecido impermeável ou plástico e ser lavado semanalmente com água quente para remoção de ácaros e alérgenos;

Os travesseiros devem de ser de fibra evitando o enchimento de penas ou espuma;

Lençóis trocados semanalmente (lavados a 60°C);

Cobertores de fibra sintética (evitar cobertores de pêlo);

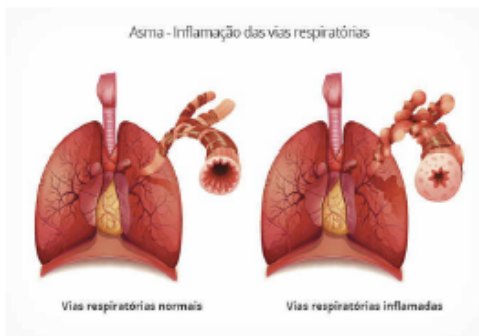
Evitar estofados, cortinas e tapetes. Os tapetes devem ser lavados no exterior, batidos e colocados ao sol (pelo menos três horas). Utilizar aspiradores na limpeza. Os animais com pelos e penas não são permitidos em casa.

Apêndice V – Folheto Informativo II

ALGUNS CONSELHOS

- ⇒ Mantenha os seus animais domésticos longe do seu quarto ;
- ⇒ Mantenha as janelas fechadas em especial nas estações em que há maior concentração de pólen ou outros no ar ;
- ⇒ Ligue o ar condicionado se puder . Mantenha os filtros do mesmo limpos chamando para isso um técnico capacitado para o fazer ;
- ⇒ Evite produtos com odor forte , como os derivados do amoníaco ,assim como vassouras , aspiradores que não tenham filtros capazes de reter as partículas mais pequenas ;
- ⇒ O chão deve ser limpo com um aspirador e o pó dos móveis com um pano húmido;
- ⇒ Não deixe que ninguém fume dentro de casa ;

Nota : Perceba o que pode mudar na sua vida . Se quiser aproveite as férias para fazer uma limpeza à casa .Peça ajuda aos familiares .



Sabia que a asma pode ser controlada?

E que assim pode levar uma vida normal e tranquila por muitos anos?

Então o primeiro passo que deve dar é informar-se.

Doentes informados e com um acompanhamento adequado, sabem lidar melhor com a doença.

A SUA SAÚDE AGRADECE !

Hospital Dr. José Maria Grande

Av. De Santo António
7301-853 Portalegre
Tel: 245 301 000

ASMA APRENDA A CONVIVER NO SEU DIA A DIA



QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA ASMA

A maioria das pessoas apresenta um ou vários sintomas :

- * **Tosse** - seca e irritativa, surge ou agrava durante a noite ;
- * **Pieira** - Som sibilante que se ouve em especial durante a expiração . Também conhecida por “gatinhos” ;
- * **Aperto no peito** - sensação como de uma corda apertada à volta do peito ;
- * **Dificuldade respiratória** -sensação de falta de ar (dispneia) ou de não conseguir respirar de todo. É uma sensação parecida como quando alguém saudável tenta respirar através de uma palhinha A expiração torna-se particularmente difícil.



FATORES DESENCADEANTES

Os fatores desencadeantes como alergias, infeções, cheiros intensos ou fumos, podem originar sintomas ou até ataques de asma.

Para manter uma vida mais saudável com menos sintomas e menos ataques de asma é necessário promover algumas ações como :

- ♦ **Tabaco** - Não deve fumar e deve evitar que fumem perto de si . Deve também evitar ambientes com muito fumo.
- ♦ **Ácaros de pó** - Os ácaros do pó da casa não são visíveis a olho nu vivem nas roupas e carpetes. Deve de manter a casa limpa sem pó . A roupa da cama deve de ser lavada em água quente pelo menos uma vez por semana.
- ♦ **Fungos** - Existem dentro das nossas casas em zonas húmidas. As superfícies com fungos devem de ser limpas com um pano embebido em lixívia.



ALGUNS CONSELHOS

Algumas alterações poderão fazer a diferença no seu dia a dia reduzindo os sintomas e as crises para controlar a sua asma :

- ⇒ Escolha um mobiliário simples de limpar (couro, madeira, metal ou plástico) ;
- ⇒ Revestir colchões, estrado de molas, e travesseiros em revestimentos hermeticamente fechados. De preferência materiais laváveis. Evite enchimentos com penas;
- ⇒ Lave lençóis, fronhas e cobertores pelo menos uma vez por semana a temperatura pelo menos 55°C ;
- ⇒ Opte por um soalho de madeira ou outras superfícies laváveis ;
- ⇒ Retire do quarto objetos suscetíveis de acumular pó (peluches, livros , revistas, etc..) ;
- ⇒ Guarde brinquedos das crianças em caixas ou arcas ;



Apêndice VI – Folheto Informativo III

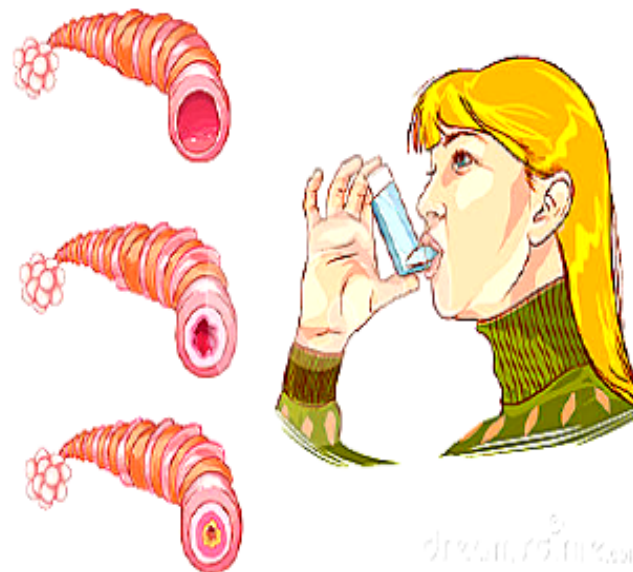
A RESPIRAÇÃO

A respiração é uma função natural do ser vivo, mas em algumas situações de doença pode tornar-se difícil.

A via inalatória é muito importante para a administração de medicamentos. Esta via permite que o medicamento chegue mais rapidamente aos brônquios. Desta forma é necessário menor quantidade do medicamento e com menos efeitos secundários

Hospital Dr. José Maria Grande
Av. De Santo António
7301-853 Portalegre
Tel: 245 301 000

Asma



Como atuar para melhorar a respiração?

O QUE DEVE FAZER QUANDO UTILIZA

Inalador de pó seco

Existem dois sistemas de inalação de pó seco: os que tem muitas doses no seu interior (multidoses) chamado **Turbohaler** e aqueles que se introduz uma capsula só com uma dose chamado **Aerolizer**.

- Mantenha-se em pé de forma a que a respiração se faça melhor;
- Abra e carregue o inalador;
- Expire profundamente (sobre) mantendo o inalador afastado;
- Coloque o bucal nos lábios. Inspire de forma profunda e sustidamente;
- Retire o inalador da boca e retenha a respiração durante mais ou menos 10 segundos;
- Depois novamente expire (sobre) lentamente;
- Se tiver que repetir aguarde 1 minuto e volte a fazer o mesmo;
- Enxague a boca com água (bochechos e gargareje);



Saiba como utilizar o seu sistema:

Turbohaler

- Retire a tampa e mantenha na posição vertical
- A base tem a forma de roda dentada . Rode-a primeiro para a direita e depois para a esquerda. Ouvirá um clique.

Sistema unidose

- Abra o sistema em posição vertical
- Introduza a cápsula
- Feche o sistema de inalação
- Pressione várias vezes o perfurador



Quando deve contactar com o médico ?

- Se tiver alguma dúvida em relação ao tratamento
- Assim que termina o tratamento , se sentir ansiedade, palpitações ou náuseas
- Se, por exemplo, observar manchas esbranquiçadas na boca

O QUE DEVE FAZER QUANDO UTILIZA

Nebulizador

- Respeite o horário que lhe é indicado pelo médico na toma do medicamento;
- Se necessitar de vários medicamentos, utilize-os na ordem que lhe foi indicado;
- Sente-se num local confortável;
- Coloque a máscara , ou se preferir coloque o bucal;
- Nebulize o medicamento . Respire lentamente pela boca até terminar;



- Quando terminar, retire o nebulizador, enxague a boca e lave os dentes;
- A máscara e o recipiente devem de ser lavadas com água e sabão;
- Guarde-os num local seco até à próxima utilização.



O QUE DEVE FAZER QUANDO UTILIZA

Inaladores conhecidos como sprays ou aerossóis

Aplicam-se **diretamente na boca**. É importante pressionar o dispositivo no momento adequado da respiração — na inspiração. Também se podem aplicar com a ajuda de uma câmara expansora. Não há necessidade de coordenar a respiração com o pressionar do inalador.

Inalação através da Câmara Expansora

- Agite o inalador em primeiro lugar, depois encaixe o bucal do inalador na câmara;
- Ajuste a boca ao bucal da câmara e prima o inalador inspirando lentamente;
- Respire alguns segundos através da câmara;
- Retire a câmara da boca e sustenha a respiração por mais alguns segundos e depois expire lentamente.



Inalação Direta do Spray

- Coloque-se de pé ou então sentado
- Destape o inalador. Coloque-o entre os dedos indicador (por cima) e o polegar (por baixo), Coloque-o na posição vertical em forma de “L” e agite-o suavemente.
- Expire profundamente mantendo o inalador afastado da boca.
- Coloque o inalador na boca
- Comece a inspirar lentamente
- Pressione o aerossol uma só vez. Continue inspirando profundamente 3 a 5 segundos
- Retire o inalador da boca e aguarde sem respirar 10 segundos
- Depois expire (sobre) lentamente

