

**9 - 1 | 2021**

---

## **Protocolo de intervenção à Pessoa com Asma/ DPOC na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém**

*Intervention protocol for People with COPD in the Community Care Unit of Santarém*

*Protocolo de intervención para Personas con Asma / EPOC en la Unidad de Cuidados de la Comunidad de Santarém*

**Dina Bernardino | Catarina Tavares | Luís Galache | Sara Costa | Sónia Canhão | Manuela Vieira | Marta Rosa**

---

### **Electronic version**

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

### **Publisher**

Revista UI\_IPSantarém

### **Printed version**

Date of publication: 21<sup>st</sup> June 2021 Number of pages: 198-210

ISSN: : 2182-9608

### **Electronic reference**

Bernardino, D. & Tavares, C. (2021). Protocolo de intervenção à Pessoa com Asma/ DPOC na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém. Revista da UI\_IPSantarém. *Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde*. 9(1), 198-210. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

## **Protocolo de intervenção à Pessoa com Asma/DPOC na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém**

***Intervention protocol for People with Asthma / COPD in the Community Care Unit of Santarém***

***Protocolo de intervención para Personas con Asma / EPOC en la Unidad de Cuidados de la Comunidad de Santarém***

### **Dina Bernardino**

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde de Ribeiro Sanches,  
ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[dina.bernardino@arslvt.min-saude.pt](mailto:dina.bernardino@arslvt.min-saude.pt) | CO17-45B9-8C7D

### **Catarina Tavares**

ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[ana.f.tavares@arslvt.min-saude.pt](mailto:ana.f.tavares@arslvt.min-saude.pt)

### **Luís Galache**

ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[luis.galache@arslvt.min-saude.pt](mailto:luis.galache@arslvt.min-saude.pt)

### **Sara Costa**

ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[sara.v.costa@arslvt.min-saude.pt](mailto:sara.v.costa@arslvt.min-saude.pt)

### **Sónia Canhão**

ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[sonia.canhao@arslvt.min-saude.pt](mailto:sonia.canhao@arslvt.min-saude.pt)

### **Manuela Vieira**

ARSLVT, ACES Lezíria, UCC Santarém, Portugal  
[manuela.n.vieira@arslvt.min-saude.pt](mailto:manuela.n.vieira@arslvt.min-saude.pt)

### **Marta Maria Gonçalves Rosa**

Investigador da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UI\_IPSantarem)  
ESSS\_UMIS, Portugal  
Investigador Doutoramento Integrado do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) Área Científica Saúde Individual e Comunitária – Instituto Politécnico de Santarém, Portugal  
[marta.rosa@essaude.ipsantarém.pt](mailto:marta.rosa@essaude.ipsantarém.pt)  
ORCID Id: 0000-0003-0916-0564  
Ciência ID: 0117-CC79-BACC

## **RESUMO**

Em Portugal as Doenças Respiratórias Crônicas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com tendência para aumento da sua prevalência. O Protocolo de Reabilitação Respiratória na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém perspetiva efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas com esta patologia e na utilização dos serviços de saúde. Projetado segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde, decorreu durante o ano de 2019 e primeiro trimestre de 2020, com as atividades diagnósticas. As atividades diagnósticas identificam um grupo alvo de 2445 pessoas, com os diagnósticos médicos de Asma/ DPOC com possível necessidade de cuidados de reabilitação respiratória. A limitação física característica da doença são uma preocupação, assim como a adesão/ gestão do regime terapêutico e a própria adesão à reabilitação respiratória. Assim, propomo-nos demonstrar a importância do Protocolo de Reabilitação Respiratória das pessoas com Asma/ DPOC, com vista ao seu *empowerment*.

**Palavras-chave:** DPOC, *Empowerment*, Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação Respiratória

## ABSTRACT

In Portugal, Chronic Respiratory Diseases are one of the main causes of morbidity and mortality, with a tendency to increase their prevalence. The Respiratory Rehabilitation Protocol in the Care Unit in the Community of Santarém envisages beneficial effects on the quality of life of people with this pathology and in the use of health services. Designed according to the Health Planning Methodology, it took place during 2019 and the first quarter of 2020, with diagnostic activities. Diagnostic activities identify a target group of 2445 people, with medical diagnoses of Asthma / COPD with a possible need for respiratory rehabilitation care. The physical limitation characteristic of the disease is a concern, as well as adherence / management of the therapeutic regimen and adherence to respiratory rehabilitation. Thus, we propose to demonstrate the importance of the respiratory rehabilitation protocol of people with Asthma / COPD, with a view to their empowerment.

**Keywords:** COPD, Empowerment, Rehabilitation Nursing, Respiratory Rehabilitation

## RESUMEN

En Portugal, las Enfermedades Respiratorias Crónicas son una de las principales causas de morbidad y mortalidad, con tendencia a incrementar su prevalencia. El Protocolo de Rehabilitación Respiratoria en la Unidad de Cuidados de la Comunidad de Santarém prevé efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de las personas con esta patología y en el uso de los servicios de salud. Diseñado según la Metodología de Planificación en Salud, se llevó a cabo durante 2019 y el primer trimestre de 2020, con actividades de diagnóstico. Las actividades de diagnóstico identifican un grupo objetivo de 2445 personas, con diagnósticos médicos de asma / EPOC con una posible necesidad de atención de rehabilitación respiratoria. Es preocupante la limitación física característica de la enfermedad, así como la adherencia / manejo del régimen terapéutico y la adherencia a la rehabilitación respiratoria. Así, nos proponemos demostrar la importancia del Protocolo de Rehabilitación Respiratoria para personas con Asma / EPOC, con miras a su empoderamiento.

**Palabra clave:** EPOC, Empoderamiento, Enfermería de rehabilitación, Rehabilitación respiratoria

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidados Continuados de Santarém (UCCS) presta cuidados de saúde multidisciplinares e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde e na

integração em redes de apoio à família. Tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria (ACES) em que se integra. Este, no seu Plano de Saúde Local em 2017 identificou, (de acordo com o Despacho nº6300/2016 de 12 de maio em que se determina que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem assegurar em todos os ACES a existência de respostas de reabilitação respiratória. Neste enquadramento a Orientação Técnica nº014/2019 de 7 de agosto da Direção Geral de Saúde (DGS), vem reforçar a importância da intervenção na área das DPOC, normalizando a implementação dos programas de reabilitação respiratória a nível dos cuidados de saúde primários, considerando que os programas de Reabilitação Respiratória têm efeitos benéficos, quer no prognóstico da doença, com menor número de exacerbações e menor mortalidade, quer na utilização dos serviços de saúde, com menor recurso à urgência e às consultas não programadas.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) representa um importante desafio de saúde pública a nível mundial. Constitui-se como a quarta causa de morte a nível mundial e a maior causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, [GOLD], 2021), prevendo-se que continue a aumentar devido à continuada exposição a fatores de risco, assim como ao envelhecimento da população. Também em Portugal, as doenças respiratórias têm bastante expressão, constituindo-se como a terceira causa de mortalidade e a quinta causa de internamentos hospitalares (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2016). Apesar de ser uma doença prevenível e tratável, caracteriza-se por persistentes sintomas respiratórios como dispneia, tosse, expectoração purulenta, e limitação do fluxo aéreo devido a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas causada, para além da predisposição genética individual, por uma prolongada exposição a substâncias nocivas, nomeadamente o tabaco (GOLD, 2021).

De entre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), estão as relacionadas com a intervenção direcionada às pessoas com doenças respiratórias, em situação aguda ou crónica, indo ao encontro das suas necessidades, quer em contextos hospitalar ou comunitário/domiciliário (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim a contribuição do EEER permitirá, tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados, adiar a degradação da função pulmonar e proporcionalmente melhorar a sua qualidade de vida.

Tendo como enquadramento as necessidades de saúde identificadas no Plano de Saúde Local (2017), a mais-valia de ter EEER na equipa multidisciplinar, bem como os valores dos índices de desempenho global (IDG) para a UCCS do ano de 2018, foram identificadas áreas de assistência prioritária, nomeadamente a necessidade de intervenção estruturada e focalizada em pessoas com Asma/DPOC, assente no conhecimento empírico, das taxas de internamentos hospitalares, agudizações, entre os doentes da área de abrangência da UCSS, com Asma/DPOC, no biénio 2019/2020. Consideramos que o EEER se encontra numa posição privilegiada para a promoção do autocuidado da pessoa com Asma/DPOC, no desenvolvimento do protocolo de intervenção delineado.

A elaboração deste Protocolo de intervenção, direcionado à reabilitação respiratória emerge, de uma necessidade real sentida entre a equipa multidisciplinar da UCSS, apoiada em diretrizes atuais, nacionais e internacionais, como objetivos gerais, capacitar as pessoas portadoras de Asma/DPOC, para a adoção de comportamentos saudáveis no âmbito desta patologia e na adesão ao regime terapêutico para a melhoria da sua capacidade respiratória, assim como reduzir a limitação funcional associada à atividade física ou realização das atividades de vida diárias e monitorizar agravamento de sintomas da doença respiratória. Como objetivos específicos: prevenir agravamento de sintomas da doença respiratória; promover a autonomia da pessoa e a adoção de estilos de vida saudáveis, melhorando a sua qualidade de vida; promover a capacitação do utente para a autogestão da doença; reduzir a limitação funcional associada à

atividade física ou a realização das atividades do dia a dia; contribuir para a diminuição das idas ao serviço de urgência por agravamento de sintomas da doença respiratória.

## 2 COMO EMPODERAR PESSOAS COM DPOC E SUAS FAMÍLIAS

Em Portugal as Doenças Respiratórias Crônicas, onde se incluem a Asma e DPOC são uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2017), estas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

A etiologia da DPOC associa-se à exposição ativa e/ou passiva ao fumo do tabaco, ambientes fechados pobremente ventilados, poluição atmosférica e ambiental (emissão de fumo por veículos motorizados, combustão de petróleo, fogueiras a céu aberto, incêndios) e outros tipos de tabaco (cachimbo, charuto, marijuana) bem como, idade, género feminino, infeções respiratórias recorrentes, baixo nível socioeconómico, hiperreatividade brônquica não especificada, e outras situações clínicas específicas, tais como as imunodeficiências primárias (GOLG, 2021). A DPOC apresenta duas variáveis fisiopatológicas: o enfisema (destruição do parênquima pulmonar) e a bronquite aguda (inflamação das vias aéreas centrais), sendo a limitação do fluxo de ar expiratório a consequência funcional destas anomalias. A progressiva obstrução das pequenas vias aéreas durante a expiração resulta em hiperinsuflação pulmonar, reduzindo a capacidade inspiratória de tal forma que a capacidade funcional residual aumenta, particularmente durante o exercício (hiperinsuflação dinâmica), resultando no aumento da dispneia e limitação da tolerância ao esforço (GOLD, 2021). A extensão da inflamação, a fibrose das pequenas vias aéreas e do parênquima pulmonar correlacionam-se com a diminuição do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (FEV1), bem como o ratio FEV1/FVC (Capacidade Vital Forçada) (GOLD, 2021). Os sintomas são geralmente observáveis na quinta década de vida, sendo que as pessoas vão diminuindo inconscientemente as suas atividades de vida diárias como forma de adaptação, só ocorrendo por volta dos 60-70 anos a dispneia de esforço. O diagnóstico diferencial é realizado com base na sintomatologia, história de exposição a fatores de risco e espirometria, sendo este o instrumento de medida de limitação do fluxo aéreo mais fiável. Esta deve ser realizada antes e após administração de um broncodilatador. Se a relação FEV1/FVC for inferior a 70% pós broncodilatador, confirma-se presença de DPOC (GOLD, 2021).

A avaliação das pessoas com DPOC deve incluir o impacto atual dos sintomas, o risco de exacerbações futuras e a gravidade da obstrução do débito aéreo, através de diversos parâmetros, sendo estes (DGS, nº5/2019 de 26 de agosto):

- A dispneia deve ser avaliada através da escala do Medical Research Council modificada (mMRC), em que uma pontuação  $\geq 2$  é considerada elevada;
- A frequência e gravidade de exacerbações;
- A avaliação da gravidade da obstrução brônquica deve basear-se em parâmetros espirométricos após broncodilatação, desde que FEV1/FVC  $< 0,70$ .

De acordo com a classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC, do sistema GOLD, a doença divide-se em:

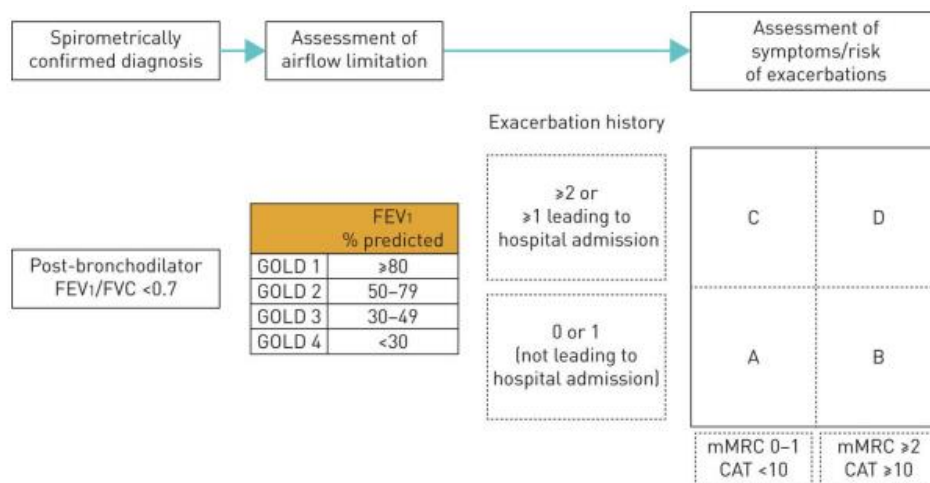
- i. GOLD 1: ligeira (FEV1  $\geq 80\%$  do valor previsto);
- ii. GOLD 2: moderada (FEV1  $< 80\%$  e  $\geq 50\%$  do valor previsto);
- iii. GOLD 3: grave (FEV1  $< 50\%$  e  $\geq 30\%$  do valor previsto);
- iv. GOLD 4: muito grave (FEV1  $< 30\%$  do valor previsto).

A frequência das exacerbações é avaliada mediante a história individual de cada pessoa nos últimos 12 meses. Se a pessoa apresentar 0-1 exacerbação sem hospitalização no último ano significa baixo risco de exacerbações. Se a pessoa apresenta  $\geq 1$  com hospitalização ou  $\geq 2$  exacerbações por ano significa alto risco de exacerbação da doença.

A GOLD (2021) categoriza a DPOC de acordo com a avaliação dos sintomas e nº de exacerbações em (Figura 1):

- Grupo A: baixo risco de exacerbações e menos sintomas;
- Grupo B: baixo risco de exacerbações e mais sintomas;
- Grupo C: alto risco de exacerbações e menos sintomas;
- Grupo D: alto risco de exacerbações e mais sintomas.

**Figura 1 – The ABCD Assessment Tool**



(Adaptado de GOLD, 2021)

Com base nesta classificação, a partir daqui estão definidos os algoritmos de tratamento farmacológico e não farmacológico da DPOC, sendo certo que todas as pessoas têm critérios para integrarem reabilitação respiratória com exceção das categorizadas como “A” (baixo risco de exacerbações e menos sintomas) (Quadro 1).

**Quadro 1: Outras Abordagens Terapêuticas**

Grupo	Essencial	Recomendado	Vacinação
<b>A</b>	Cessação tabágica (pode incluir tratamento farmacológico)	Atividade Física	Vacina da Gripe + Pneumocócica
<b>B, C, D</b>	Cessação tabágica (pode incluir tratamento farmacológico) + Reabilita�o Respiratória	Atividade Física	Vacina da Gripe + Pneumocócica

(Adaptado de GOLD, 2021)

O controlo e tratamento dos sintomas   um objetivo essencial do Protocolo de Reabilita o Respiratória, assim como uma eficaz adesão ao regime terap utico, numa perspetiva de que a adesão está relacionada com a segurança do doente, com a melhoria na efetividade das interven es, ganhos em saúde e a melhoria da qualidade de vida. Sendo esta considerada enquanto conceito multifacetado, complexo e multidisciplinar tendo como objetivo melhorar as condi es de vida social, psicológica e física (Rodrigues, et al., 2020).

Considerando o impacto direto na qualidade de vida, pela interven o direcionada   reabilita o respiratória, das pessoas com Asma/ DPOC, a participa o das famílias/ cuidadores serão essenciais para proporcionar incentivo e motiva o para o cumprimento de programas delineados, contribuindo para o esclarecimento de d vidas em rela o   doença.

Perspetivando o Protocolo de Reabilitação Respiratória consideramos a educação e a informação essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a que as pessoas com Asma/DPOC e suas famílias/ cuidadores se tornem aptos à tomada de decisão consciente. O *empowerment* pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida (Pereira, 2017). Segundo a mesma autora, é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. Refere ainda que é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida, constituindo-se o mesmo como uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo o eixo central da PrS. O *empowerment* assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017). É, portanto, um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos em saúde e um elemento fundamental para o sucesso da reabilitação respiratória. O Plano de Ação para a literacia em saúde da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DGS, 2018), prevê a gestão da doença crónica e promoção do bem-estar, tendo como prioridade o envelhecimento ativo e saudável e o objetivo de capacitar as pessoas com 65 e mais anos.

### **3 PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA UCCS (PRR-UCCS)**

Para o desenvolvimento deste protocolo, seguimos a metodologia do planeamento em saúde, que segundo Nunes (2016), é uma metodologia que orienta e determina a ação tendo em conta um conjunto de fatores condicionantes (sociais, económicos e outros) em contínua transformação, orientando o percurso que se pretende alcançar entre um ponto de partida inicial e aquilo que se espera alcançar no final desse trajeto. Descrevemos as etapas percorridas, segundo uma ordem predeterminada, que nos permitem escolher as melhores soluções, sendo estas: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a formulação e fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução do plano e a avaliação (Nunes, 2016).

Este Protocolo de Reabilitação Respiratória emerge, numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde em equipa multidisciplinar, para a capacitação das pessoas portadoras de Asma/DPOC, para a adoção de comportamentos saudáveis no âmbito desta patologia e na adesão ao regime terapêutico melhorando da sua capacidade respiratória, minimizando exacerbações da doença e reduzindo também custos associados aos cuidados de saúde

#### **Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação efetuado teve como objetivo, identificar as pessoas com DPOC da área de abrangência da UCCS com critérios de reabilitação respiratória. Assim, no ano de 2019 foram identificadas 2445 pessoas, com os diagnósticos médicos de DPOC, através de colheita de dados no sistema informático *SClínico* - diagnósticos definidos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – IDC2 (R95 – DPOC; R96 - Asma).

De entre um tão grande universo de pessoas e uma resposta limitada de recursos humanos e materiais, existirá a necessidade de definir uma amostra inicial, sendo necessário o

estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, ponderando-se pedido de parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Os critérios de inclusão a ponderar basear-se-ão, nomeadamente, nos utentes terem idade igual ou superior a 65 anos até ao final do ano de início da implementação do protocolo; serem utilizador da UCCS - Unidade de Saúde Familiar de S. Domingos e concordarem em integrar o Protocolo de Reabilitação Respiratória. Os critérios de exclusão serão: utentes com doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave, possuírem comorbilidades instáveis, impossibilidade da prática de exercício físico e não se poder deslocar à UCCS, critérios apoiados no definido na Circular normativa nº 40A/DSPCD/ 2009 da DGS.

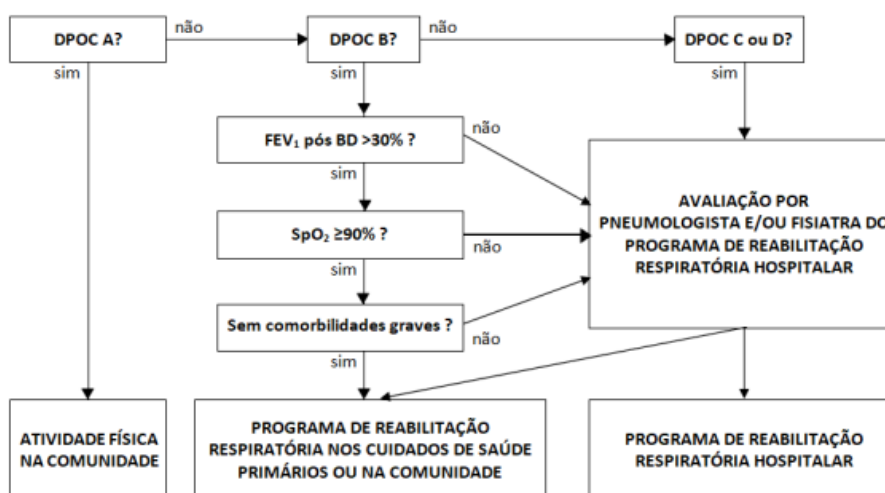
Numa segunda fase, as pessoas serão contactadas telefonicamente, apresentando a finalidade do protocolo de intervenção e a necessidade da realização de uma avaliação prévia, a fim de identificar aquelas que cumpriam os critérios de realização de reabilitação respiratória, ou seja, classificadas como GOLD B, C e D (GOLD, 2021).

A este grupo de pessoas será marcada uma consulta de enfermagem, com o EEER, cumprindo os seguintes propósitos:

- Avaliar a pessoa com DPOC de acordo com o preconizado na Orientação DGS nº4/2019 de 7 de agosto, através de: aplicação do questionário para avaliação do grau de dispneia, versão modificada do Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire (mMRC), a Escala de Avaliação da DPOC – “COPD Assessment Test (CAT)”, Escala das Atividades de Vida Diária (LCADL), Escala Ansiedade e Depressão (HADS), Prova de Marcha dos 6 minutos, Prova sentar e levantar (1 minuto) e Espirometria;
- Identificar as pessoas que recorreram ao serviço de urgência com duas ou mais exacerbações da doença ou que tiveram algum internamento hospitalar por exacerbação da DPOC no último ano.
- Recolher o consentimento expresso, para integrarem o Protocolo de Reabilitação Respiratória.

De acordo com a Orientação nº 014/2019 de 07/08/2019 da DGS apresentamos o fluxograma de decisão de Reabilitação Respiratória, a partir do qual será identificado o grupo alvo de intervenção inicial:

**Figura 2 – Fluxograma de Decisão da Reabilitação Respiratória**





Das pessoas que não cumpriam os critérios para reabilitação respiratória em Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente DPOC grave com ou sem comorbilidades complexas, com uma avaliação de SpO<sub>2</sub> (saturação periférica de oxigénio) <85% na prova de marcha de 6 minutos com ou sem prescrição recente de oxigenoterapia e risco cardiovascular moderado a elevado será efetuada a referência para o médico de família, para avaliação clínica e eventual reencaminhamento para realização de reabilitação respiratória em ambiente hospitalar.

Foi ainda inventariado o material necessário à implementação do projeto, nomeadamente: telefone, plano de emergência e carro de emergência no ginásio, oxigénio; oxímetros, esfigmomanómetro, balança, estadiómetro e escala de Borg modificada; folhetos informativos, computador, projetor e outros materiais para as sessões educacionais; cadeiras; steps; pesos, halteres, bandas elásticas e/ou equipamento para treino de força muscular, ergómetros (bicicleta, passadeira, remo, elíptica) para as atividades de treino de exercício estruturado; dois cones de sinalização; cronómetros, que se encontram em processo de aquisição.

## **Seleção de Estratégias de Intervenção**

As estratégias de intervenção foram definidas partindo do proposto pelo Programa “Viver bem com DPOC” (“*Living Well with COPD*”) em conformidade com a Norma Clínica da Direção Geral da Saúde nº005/2019 – Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto, de 26 de agosto de 2019, onde se define que deve ser efetuada educação para a saúde às pessoas com DPOC com enfoque nas seguintes áreas: Promoção da atividade física; Adesão ao plano terapêutico; Sintomas sugestivos de exacerbação/agudização da DPOC; Prevenção e controlo do tabagismo, incluindo proteção da exposição ao fumo ambiental e promoção da cessação tabágica.

Foi também tida em conta a Orientação nº14/2019 de 07 de agosto de 2019 da DGS – Programas de Reabilitação Respiratória para os Cuidados de Saúde Primários menciona que devem ser considerados os seguintes temas, sem prejuízo para outros que se venham a considerar relevantes: O que é a DPOC ou outra doença respiratória (fatores de risco e impacto); Gestão dos sintomas respiratórios (técnicas de controlo respiratório, higiene brônquica e controlo das exacerbações); Medicação, técnica inalatória e oxigenoterapia; Gestão do *stress* e da ansiedade; Estilos de vida saudável (exercício físico, alimentação, sono e vida sexual); Plano de ação (todos os doentes devem ser estimulados a conhecer e a utilizar o seu plano de ação).

A importância do *empowerment* como intervenção de enfermagem na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis de pessoas com Asma/DPOC, em sessões em grupo, foi a estratégia de intervenção delineada. Estas sessões de grupo possibilitarão a troca de experiências, assim como o reforço da motivação para a adoção de comportamentos salutareos.

## **Atividades a desenvolver no Protocolo de Reabilitação Respiratória**

A evidência científica demonstra que para a implementação de um protocolo, deverá existir um plano de atividades, considerando uma avaliação individual da pessoa com doença, nomeadamente as suas necessidades, preferências e objetivos pessoais (Cordeiro, 2021).

Assim, para cada objetivo específico foram definidas as atividades a implementar no PRR, tendo sido definido *a priori* que este se dividirá em dois módulos: Módulo Educacional/Apoio Psicossocial e Treino de Exercícios Estruturados, com uma duração prevista de 8 a 12 semanas. A população alvo será dividida em grupos, cada um com dez elementos com dois profissionais dinamizadores em cada sessão (ratio 1:5), uma do módulo educacional/psicossocial e outra do módulo de treino de exercícios estruturados, por semana tendo cada uma a duração de 60 minutos. As sessões de treino decorrerão no ginásio da UCCS.

Tendo em conta, a equipa multidisciplinar existente na UCCS, colaborariam na dinamização das atividades, para além dos EEER, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, médico da UCC, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social e técnicos de Cardiopneumologia.

Os elementos individuais recolhidos na fase de diagnóstico e identificação do grupo alvo servirão de comparação após a conclusão das intervenções às 12 semanas, onde todas as pessoas voltarão a ser submetidas à mesma avaliação, procurando evidências e ganhos face à frequência de um programa com este âmbito (Quadro 2).

**Quadro 2 – Plano de Atividades do PRR**

Etapa	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Quando
Diagnóstico	<b>Identificar as pessoas com Asma/DPOC da área de abrangência da UCC com critérios de reabilitação respiratória;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das pessoas a partir dos registos em S. Clínico;</li> <li>- Realização de Contacto Telefónico e marcação de entrevista diagnóstica;</li> <li>- Entrevista Diagnóstica: Aplicação das Escalas mMRC, CAT, LCDL, HADS, Prova de marcha 6 minutos, Teste sentar e levantar (1 minuto), atividade física;</li> <li>- Realização de Espirometria;</li> <li>- Codificação segundo algoritmo GOLD A, B, C e D;</li> <li>- Recolha do consentimento para participação no protocolo</li> </ul>	Início do protocolo
Implementação das Atividades	<b>Capacitar a pessoa com Asma/DPOC na adesão ao regime terapêutico para a melhoria da sua capacidade respiratória;</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Módulo Educacional/Psicossocial</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de seis sessões temáticas de 60 minutos por grupo alvo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPOC, outras doenças respiratórias e fatores de risco;</li> <li>• Técnica de controlo respiratório, higiene brônquica e controlo das exacerbações;</li> <li>• Medicação, técnica inalatória e oxigenoterapia;</li> <li>• Gestão do <i>stress</i> e da ansiedade;</li> <li>• Estilos de vida saudáveis (exercício físico, alimentação, sono e vida sexual);</li> <li>• Plano de ação;</li> </ul> </li> </ul>	<p>Durante 12 semanas</p> <p>(Sessões repartidas ao longo do tempo)</p>
	<b>Reduzir a limitação funcional associada à atividade física ou realização das atividades de vida diárias;</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Módulo de Treino de Exercícios Estruturados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de sessões de treino de 40 a 60 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Monitorização Inicial antes da Atividade:</u> Oximetria de pulso (&gt; 90%), Sensação subjetiva de esforço na escala de Borg modificada (4-6); Monitorização da Tensão Arterial; Monitorização da Frequência Cardíaca;</li> <li>• <u>Organização das Sessões:</u> Parte inicial/aquecimento (8-10 minutos); Parte central (30-40 minutos); Parte final/relaxamento (8-10 minutos);</li> </ul> </li> </ul>	<p>Durante 12 semanas</p> <p>(2 Vezes semana, na</p>

Etapa	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Quando
	dia-a-dia;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Exercícios Aeróbicos</u>: Mobilizar grandes grupos musculares; Melhorar a capacidade cardiorrespiratória; Ensinar padrão respiratório eficiente no esforço; Melhorar a realização das atividades de vida diária (AVD's);</li> <li>• <u>Exercícios de Aumento de Força Muscular</u>: Aumentar a força muscular, fundamentalmente dos membros inferiores e superiores; Diminuir a massa gorda e aumentar a massa magra; Melhorar a autonomia nas AVD's;</li> <li>• <u>Exercícios de Correção Postural</u>: Contrariar posições viciosas/deformações anatómicas; Melhorar padrão respiratório, melhorando a eficácia ventilatória; Melhorar a autonomia nas AVD's.</li> <li>• <u>Exercícios de flexibilidade</u>: Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; Melhorar a coordenação psicomotora; Diminuir o risco de quedas.</li> </ul>	semana em que existe Sessão Educacional (faz uma)
Avaliação dos Resultados	<b>Contribuir para a diminuição das idas ao serviço de urgência por agravamento de sintomas da doença respiratória.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização junto da pessoa/família/cuidador informal e validação informática em S. Clínico, mediante consentimento prévio, da existência de exacerbações ou idas à Urgência;</li> <li>- Realização de avaliação individual inicial e final das pessoas incluída no PRR, com o objetivo de quantificar os resultados obtidos, bem como uma reavaliação aos 12 meses.</li> </ul>	
	<b>Monitorizar os indicadores do índice de desempenho global da UCC, referentes à gestão da DPOC;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização dos registos das intervenções efetuadas em S. Clínico e consulta de Enfermagem;</li> <li>- Indicador 373 – Proporção de utentes com Asma/DPOC, com intervenção da UCC em monitorização <a href="https://bicsp.min-saude.pt/">https://bicsp.min-saude.pt/</a></li> <li>- Indicador 374 – Taxa de internamentos por Asma/DPOC em adultos com essas patologias monitorização em <a href="https://bicsp.min-saude.pt/">https://bicsp.min-saude.pt/</a></li> <li>- Preenchimento de grelha de auditoria, consoante o manual de procedimentos da UCC;</li> <li>- Tratamento e análise dos dados, identificação de pontos fortes e pontos fracos;</li> <li>- Apresentação à Equipa da UCC dos resultados obtidos;</li> <li>- Elaboração do Relatório Final do PRR, identificação.</li> </ul>	Antes do início das atividades e após a conclusão da implementação das atividades

## 2 DISCUSSÃO E RESULTADOS

As atividades diagnósticas expuseram um grupo alvo de pessoas com diagnóstico médico de Asma/ DPOC. As condições físicas das pessoas com estas patologias, são uma preocupação pela possibilidade de deterioração da sua condição de saúde, provocadas pela própria evolução da doença, assim como o tratamento, normalmente com elevado número de medicamentos e tomas, o contexto sociofamiliar e nível socioeconómico que podem influenciar a não adesão e a gestão.

Estão também identificados obstáculos às mudanças comportamentais das pessoas com DPOC, nomeadamente: severidade da doença, exacerbações, cansaço, má função pulmonar, comorbilidades, alterações do estado de saúde, tabagismo; acesso a transportes, clima, perceção de custo relacionado com o estilo de vida; depressão, ansiedade, medo, falta de motivação, falta de apoio social; estilo de vida sedentário; PRR demasiado curtos. Do mesmo modo, se identificam fatores facilitadores: reconhecimento precoce dos sintomas e acesso precoce ao tratamento, adesão à medicação e conhecimento acerca da DPOC; acesso a transporte e recursos financeiros; visão positiva do PRR, motivação, apoio social, programa de exercícios em grupo, autocontrolo, autoeficácia, autogestão, aceitação da doença e capacidade de gestão do *stress*; identificação de melhorias na função e na qualidade de vida (Cordeiro, 2021).

Neste sentido, houve um grupo de pessoas identificado, com possibilidade de usufruir do protocolo de reabilitação respiratória, aguardando-se possibilidade de continuar a estruturar o protocolo, após a Pandemia, pelas próprias características da prevenção e controlo da propagação da infeção a um grupo alvo considerado de alto risco, em particular, aquilo que se refere à necessidade de distanciamento físico e social, nº de pessoas/m<sup>2</sup>, necessidade de utilização obrigatória de máscara. Ainda assim, identificada a necessidade de intervenção e conceptualizado o problema estar-se-á mais próximo da sua resolução, com a implementação do Protocolo de Reabilitação Respiratória já delineado.

### 3 CONCLUSÃO

A Reabilitação Respiratória emerge como uma abordagem estruturada e formal que reduz a sintomatologia/exacerbações, melhora a performance muscular, a tolerância ao esforço, a qualidade de vida, a participação social e reduz os gastos em saúde da pessoa com DPOC (Cordeiro, 2021). Sabe-se atualmente que melhora a dispneia de forma mais eficaz que outras terapias, emergindo em algumas publicações como a única intervenção capaz de melhorar a função esquelética e morfológica dos músculos afetados pela inatividade.

A identificação do problema demonstrou a necessidade de intervenção em RR na população da área de abrangência da UCCS. Competindo aos Cuidados de Saúde Primários em geral e às Unidades de Cuidados na Comunidade em particular, garantir à sua população alvo cuidados multidisciplinares de proximidade, integrados e inseridos na comunidade, revelando-se fundamental o investimento neste tipo de abordagens, pela significativa melhoria da qualidade de vida e diminuição do nível de dependência que proporciona. Rentabilizar o potencial de uma equipa multidisciplinar, diferenciada onde o EEER surge como um dos pilares fundamentais do acompanhamento da pessoa com Asma/ DPOC permitindo uma intervenção dirigida é outro dos pontos fortes da realização do Protocolo de Reabilitação Respiratória. Por outro lado, a aplicação de vários instrumentos de avaliação permite caracterizar objetivamente sintomatologia, a gravidade da doença e o impacto na qualidade de vida, consequentemente estabelecer um plano de ação individualizado.

Entendendo o *empowerment* como um processo dinâmico iniciativas como esta são fundamentais para fomentar nos indivíduos a capacidade de serem eles próprios um elemento ativo no processo de promoção e reabilitação da sua saúde.

### 4 REFERÊNCIAS

Agusti, A., Beasley, R., Celli, B., Chen, R., Criner, G., Halpin, D...Wedzicha, J. (2020). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*.2021: Report. Consultado em 12 março 2021.Disponível em <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>

Cordeiro, M. (2021). DPOC: Abordagem a 360º do Hospital para o Domicílio. Sintra: Lusodidata – Sabooks.

- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021-Portugal. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. Norma de Orientação Clínica nº5/2019 de 26 de agosto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2019). *Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários*. Orientação Técnica nº14/2019 de 7 de agosto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-477-6
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as suas ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Pereira, M.C. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>.
- Regulamento nº392/2019 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República nº85/2019, II Série de 03 de maio. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Rodrigues, J., Borrego, C., Chicau., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., Matos, R. (2020). Conceptual Framework for the Research on Quality of Life. *Sustainability*, 12(4911), 1-16. doi: <https://doi.org/10.3390/su1212491>
- Rodrigues, L. (2017). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com DPOC para a Gestão do Regime Terapêutico*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22960>