

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



**Dispneia em Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina  
Interna: o que informam os registos de enfermagem**

**Ana Raquel Margarido Vaz Alves**

Orientador: Mestre Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



**Dispneia em Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina  
Interna: o que informam os registos de enfermagem**

**Ana Raquel Margarido Vaz Alves**

Orientador: Mestre Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos

2016

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 20 de Setembro de 2016.**

## **AGRADECIMENTOS**

Uma especial palavra de agradecimento e reconhecimento ao Professor Paulo Reis Pina.

Aos meus avôs, pais e irmão.

À minha família e amigos.

A todos que participaram neste estudo.

A eles o meu bem-haja e sincero obrigada.

## **RESUMO**

A avaliação da dispneia, relatada pelo próprio, permite adequar a prestação de cuidados de enfermagem às necessidades do doente. Painéis de peritos recomendam, tal como na dor, a avaliação quantitativa da dispneia seguida de registos escritos para uma monitorização contínua.

Este estudo quantitativo sob a forma de uma pesquisa descritiva, transversal e observacional tem como objetivo comparar os registos de enfermagem e a auto-avaliação da dispneia por indivíduos, internados em serviços de Medicina Interna, com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

Foi constituída uma amostra de 77 sujeitos admitidos em 2016 em dois serviços de Medicina Interna que avaliou a sua dispneia em repouso e funcional através de escalas de avaliação numérica. Concomitantemente consultaram-se os processos de enfermagem da amostra, registando a informação em documento criado para o efeito.

Mais de metade da amostra nega a presença de dispneia e os seus registos de enfermagem confirmam apesar destes serem realizados sem recurso a escala de avaliação. A maioria dos indivíduos com diagnóstico de dispneia nos registos de enfermagem tem intervenções autónomas de enfermagem associadas. As intervenções autónomas de enfermagem não abrangem todas as dimensões da dispneia total e inexistente um plano terapêutico diferenciado para o controlo sintomático de diferentes intensidades da dispneia.

Recomenda-se a realização de mais estudos sobre esta problemática. Considera-se necessária uma abordagem mais sistematizada da dispneia em indivíduos com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

**Palavras-chave:** dispneia, avaliação da dispneia, registos de enfermagem, cuidados paliativos

## **ABSTRACT**

By evaluating dyspnea, based on what is reported by the patient, allows us to adapt and implement nursing care. The same way pain is evaluated, experts recommend a quantitative evaluation of dyspnea based on written documentation for continuous monitoring.

This quantitative study is based on a descriptive, transverse and observational research. It's goal is to compare nursing documentation with self-evaluation of dyspnea reported by patients that were hospitalized in a Medicine ward with a chronic progressive disease and in need of palliative care.

A sample of 77 individuals admitted in 2016 in two Internal Medicine wards were selected to evaluate their dyspnea at rest and on exertion through a numerical data scale. Simultaneously, nursing documentation of the individuals were reviewed and that was noted in a document created for that purpose.

More than half of the sample denies the presence of dyspnea. However their nursing documentation proves otherwise although an evaluation scale was not in use.

The majority of the individuals diagnosed with dyspnea based on nursing documentation have independent nursing interventions. These independent nursing interventions do not include all the aspects associated to total dyspnea and there is no specialized therapeutic plan that includes the symptomatic control of dyspnea in all its different levels of severity.

It is recommended that more studies are accomplished on this subject. A systematic approach of dyspnea in patients with a chronic progressive disease and in need of palliative care is considered essential.

**Key Words:** dyspnea, evaluation of the dyspnea, nursing documentation, palliative cares.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**AVD** – Atividade(s) de Vida Diária

**CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPAL** - Cuidados Paliativos

**DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EAN** – Escala de Avaliação Numérica

**EPE** - Entidade Pública Empresarial

**HGO** – Hospital Garcia de Orta

**ICN** – *International Council of Nurses*

**n** – Número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**Pag.** - Página

**RE** – Registo(s) de Enfermagem

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SAPE®** - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SIE** – Sistema(s) de Informação de Enfermagem

**SIS** – Sistema(s) de Informação em Saúde

**SPMSQ** – *Short Portable Mental Status Questionnaire*

**SPSS®** - *Statistical Package for the Social Sciences*

## LISTA DE SÍMBOLOS

% – Percentagem

® - Marca Registrada

# ÍNDICE GERAL

	<i>Pag.</i>
INTRODUÇÃO .....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	17
2.1 Dispneia.....	17
2.2 Controlo farmacológico e não farmacológico .....	17
2.2.1 Controlo farmacológico.....	18
2.2.2 Controlo não farmacológico.....	19
2.3 Avaliação da dispneia .....	20
2.4 Sistema de Informação em Saúde.....	21
2.5 Sistema de Informação em Enfermagem.....	21
2.5.1 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem .....	22
2.6 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem .....	24
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS .....	25
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	26
4.1 Abordagem da investigação .....	26
4.2 Método de investigação.....	26
4.3 População e amostra.....	26
4.4 Métodos de recolha de dados.....	27
4.4.1 Construção do Instrumento de Medida .....	28
4.4.2 Pré teste .....	29
5. MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	31
6. RESULTADOS .....	32
6.1 Análise descritiva da amostra .....	32
6.2 Descrição e a análise dos resultados.....	34
7. DISCUSSÃO .....	41
7.1 Discussão dos resultados obtidos .....	41
7.2 Limitações do estudo .....	43
8. CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
ANEXOS .....	53

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

	<i>Pag.</i>
Diagrama 1 – Estudo da dispneia em repouso: comparação das avaliações dos sujeitos e dos RE .....	37
Diagrama 2 - Estudo da dispneia funcional: comparação das avaliações dos sujeitos e dos RE .....	37
Diagrama 3 – Dispneia em repouso: avaliações incongruentes entre os sujeitos e os RE, por turnos de enfermagem .....	38
Diagrama 4 - Dispneia funcional: avaliações incongruentes entre os sujeitos e os RE, por turnos de enfermagem .....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Pag.</i>
Figura 1 - Opções terapêuticas para controlo da dispneia.....	18

## ÍNDICE DE TABELAS

	<i>Pag.</i>
Tabela 1- Caracterização demográfica da amostra .....	32
Tabela 2- Diagnóstico clínico dos participantes .....	33
Tabela 3 - Antecedentes de saúde dos participantes .....	33
Tabela 4 - Auto-avaliação da dispneia em repouso .....	34
Tabela 5 - Auto-avaliação da dispneia funcional.....	35
Tabela 6 - Aferição dos registos de enfermagem.....	35
Tabela 7 - Comparação da auto-avaliação da dispneia com os registos de enfermagem .....	36
Tabela 8 – Comparação cruzada entre as avaliações dos sujeitos e dos RE, conforme a intensidade da dispneia.....	37
Tabela 9 - Intervenções de Enfermagem.....	40

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado surge no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e tem como objetivo central comparar os registos de enfermagem (RE) e a auto-avaliação da dispneia por indivíduos, internados em serviços de Medicina Interna, com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

A pertinência deste estudo, intitulado de “Dispneia em Cuidados Paliativos num serviço de Medicina: o que informam os registos de enfermagem”, baseia-se na aliança entre a evidência científica que caracteriza a dispneia como uma experiência subjetiva com as recomendações da implementação da avaliação da intensidade da dispneia na prática de enfermagem.

Atualmente reconhece-se a importância e relevância dos RE, nomeadamente dos diagnósticos de enfermagem que mediante um juízo clínico identificam, documentam e monitorizam as necessidades do doente. Para a uniformização de todo este processo criaram-se os Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) representados pelo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®) na realidade em estudo. Todavia, sabe-se que o SAPE® não inclui uma escala de avaliação da dispneia indo, assim, em sentido divergente ao recomendado pela evidência científica.

À luz de estudos pilotos realizados internacionalmente pode afirmar-se que o uso de escalas de avaliação da dispneia permite registos mais fidedignos às queixas do doente e por conseguinte intervenções de enfermagem mais adequadas às necessidades do doente.

Neste sentido pretende-se que este trabalho se torne uma ferramenta propulsora para mais estudos nesta área, uma vez que, até ao momento da redação desta dissertação de mestrado o estado de arte portuguesa sobre esta realidade é bastante ténue.

Para a concretização deste trabalho optou-se por uma investigação quantitativa sob a forma de uma pesquisa descritiva, transversal e observacional. Para a compreensão do fenómeno em estudo optou-se por indagar a auto-avaliação da dispneia dos sujeitos da amostra através de escalas de avaliação numérica presentes em formulários e seguidamente confrontá-los com os RE. Deste modo, para além de ser possível comparar os RE e a auto-avaliação da dispneia, também é possível conhecer a intensidade da dispneia em repouso e da dispneia funcional do doente, estudar os RE sobre a dispneia do doente, identificar quais as intervenções autónomas de enfermagem registadas pelos enfermeiros que visem o cuidar e alcançar um tratamento ótimo para a dispneia e perceber se o turno de Enfermagem pode influenciar a avaliação da dispneia feita por indivíduos com doença avançada, progressiva e incurável.

Na persecução destes objetivos a presente dissertação de mestrado encontra-se dividida em oito partes. Na primeira e segunda parte constam os aliceces teóricos que sustentam o estudo. A terceira parte apresenta a questão de investigação formulada e respetivos objetivos geral e específicos formalizados. A quarta parte expõe os materiais e metodologia do processo de investigação escolhidos para o presente estudo. A quinta parte apresenta os métodos de análise de dados. Na sexta parte apresentam-se os resultados obtidos. A sétima parte discute os resultados apresentados na parte anterior e na oitava parte apresentam-se as conclusões.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

As pessoas portadoras de doenças crônicas são uma presença constante nas enfermarias de Medicina Interna (Pulido et al., 2010).

A OMS define a doença crônica como aquela que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

A prevalência da dispneia em pessoas portadoras de doenças crônicas pode variar entre 19% a 50% (Barbosa & Neto, 2010). Efetivamente, não existem dados estatísticos consensuais, ora porque as pessoas com dispneia negligenciam a dificuldade respiratória sentida, ora porque os profissionais de saúde consideram irrelevantes as queixas da pessoa (Banzett & ScD, 2014).

Nesse sentido, paralelamente à dor, surge a necessidade de pedir à pessoa com dispneia que a auto-avalie. É um processo rápido, não exige que o doente decida se é relevante ou não transmitir ao profissional de saúde e permite registos objetivos (Banzett & ScD, 2014).

Com efeito, uma avaliação quantitativa, precoce e frequente da dispneia permite um melhor controlo da mesma, alívio do sofrimento e diminuição da possibilidade de agravamento da doença (Baker, 2013).

Um estudo piloto realizado por Baker e seus colaboradores (2013) testou a viabilidade da equipa de enfermagem monitorizar a dispneia das pessoas internadas através de um instrumento de avaliação composto por três escalas (sendo uma delas uma EAN). No fim do estudo 92% dos enfermeiros assumiram ser importante avaliar a dispneia, porém, somente 16% dos enfermeiros envolvidos consideraram importante existir um instrumento apropriado para o registo escrito da avaliação. Os autores consideraram que a implementação da avaliação da dispneia na prestação de cuidados não acresce a carga de trabalho da equipa de enfermagem.

Banzett & ScD (2014) complementam a evidência supra ao assumir que se deve avaliar a dispneia a todos os doentes, sejam ou não indivíduos com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

Relativamente ao estado da arte na realidade portuguesa até ao término do presente trabalho a pesquisa bibliográfica foi inconclusiva. Esta inquietação foi o primeiro passo para a definição da problemática da presente investigação.

Na realidade em estudo sabe-se que os serviços de saúde envolvidos recorrem à aplicação informática SAPE® para informatizar e uniformizar os registos de enfermagem.

Por RE entende-se o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (OE, 2005).

Como definido no nº 2 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em Enfermagem. Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ações previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Através da aplicação informática SAPE® o enfermeiro pode diagnosticar dispneia em repouso e/ou dispneia funcional e consequentemente associar intervenções de enfermagem a estes diagnósticos.

Face ao exposto, torna-se pertinente a realização de investigação, no sentido de apurar se os RE relatam as necessidades respiratórias do doente em cuidados de enfermagem e possibilitam encontrar os resultados que lhe são sensíveis.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo são abordados e desenvolvidos vários conceitos considerados relevantes para a compreensão do estudo.

### **2.1 Dispneia**

Em cuidados paliativos (CPAL) a dispneia pode ocorrer quer em doentes com cancro quer em não oncológicas e surgir em qualquer fase da doença (Machado, 2012).

A *American Thoracic Society* (2012) classifica a dispneia como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas, variáveis na sua intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, podendo induzir respostas comportamentais e fisiológicas secundárias.

Por ser uma experiência subjetiva, apenas a pessoa com dispneia está em posição de determinar a sua severidade (Clemens & Klaschik, 2010).

Assim, ao assumir que a etiologia da dispneia abrange os domínios físico, psicológico, social e ambiental surge o conceito de dispneia total (Kamal et al., 2011).

Quer isto dizer que, as pessoas não vivenciam o fenómeno da dispneia isoladamente, mas em conjugação com outros sintomas, fatores concomitantes de stress ou mecanismos espirituais ou existenciais que o combatam. Assim, o conceito de dispneia não pode ser inteiramente dissertado a não ser que todos estes fatores físicos e não físicos sejam totalmente compreendidos (Sapeta et al., 2012).

Neste sentido, o controlo da dispneia passa pela implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Kamal et al., 2011).

### **2.2 Controlo farmacológico e não farmacológico**

Como mencionado no subcapítulo anterior as opções terapêuticas devem respeitar o conceito de dispneia total.

As opções terapêuticas devem focar-se no alívio ou eliminação da dispneia, restaurar a normalidade funcional, minimizar ou eliminar a hospitalização (Muduly et al., 2011).

Na persecução desses objetivos o Modelo Biopsicossocial do controlo da dispneia, adaptado de Kamal *et al* (2011) (Fig.1), recomenda intervenções não farmacológicas e holísticas concomitantemente com a administração gradual das opções farmacológicas.

Figura 1 - Opções terapêuticas para controlo da dispneia, adaptado de Kamal *et al* (2011)

Reduzido EAN (1-3)	Moderado EAN (4-6)	Elevado EAN (7-10)	Refratária
Avaliação contínua e acompanhamento psicossocial, emocional e espiritual			
Ventoinha			
Posicionamento e ar medicinal			
Oxigenoterapia se hipoxemia			
Opioides de ação curta em SOS			
Opiodes de ação prolongada de horário			
Discussão sobre decisões de final de vida e considerar sedação paliativa			

### 2.2.1 Controlo farmacológico

No que concerne ao alívio da dispneia em CPAL através de medidas farmacológicas as opções são vastas e alargadas.

A utilização de opióides, essencialmente representados pela Morfina, é estudada há muito tempo (Parshall et al., 2012). Sabe-se que a sua ação passa pelo aumento da eficiência ventilatória durante o esforço e redução da resposta à hipoxemia e hipercapnia através da broncoconstrição (Sapeta et al., 2012).

Segundo Kamal *et al* (2011) na presença de dispneia pouco intensa e pontual deve-se optar por opióides de ação rápida passando para outros de ação prolongada nos episódios mais intensos e prolongados. Por outro lado, é importante ter a noção de que a janela terapêutica que permite aos opióides serem eficazes no tratamento da dispneia, sem causar depressão do centro respiratório, é suficientemente segura (Barbosa & Neto, 2010).

O efeito da morfina e seus análogos é amplificado quando usado em combinação com benzodiazepinas, devido à diminuição do consumo de oxigênio (Navigante et al., 2006). Dentro do grupo das benzodiazepinas o Diazepam é o fármaco mais utilizado devido às dosagens disponíveis e às várias formas de administração (Barbosa & Neto, 2010), sendo cada vez mais usado o Alprazolam, por ter semi-vida mais curta.

A utilização de corticoides e broncodilatadores justifica-se nas situações em que o broncospasmo é um importante fator condicionante de dispneia (Barbosa & Neto, 2010). A terapêutica broncodilatadora deve ser apenas usada quando há uma patologia, por exemplo DPOC, que o justifique (Liesker et al., 2002).

Por último, a prescrição de oxigenoterapia para alívio da dispneia em CPAL é pouco consensual (Parshall et al., 2012). Efetivamente, justifica-se a administração de Oxigênio em doentes com insuficiência respiratória e hipoxemia grave (Sapeta et al., 2012), porém, há uma tendência generalizada para recorrer a esta opção terapêutica de uma forma excessiva e desnecessária (Barbosa & Neto, 2010).

Recentemente têm surgido estudos com a administração de Heliox. Este é um gás composto por Hélio e Oxigênio (Sapeta et al., 2012) que aparentemente alivia a intensidade da dispneia em comparação com o uso do Oxigênio (Parshall et al., 2012).

### **2.2.2 Controlo não farmacológico**

O controlo não farmacológico da dispneia passa por intervenções simples como escutar a pessoa com dispneia e evitar dizer-lhe apenas para se acalmar (Breaden, 2011). Outra intervenção é a utilização de uma ventoinha ou de um leque (Kamal et al., 2011). Estes sendo portáteis têm a vantagem de serem geridos pela pessoa com dispneia oferecendo uma sensação de controlo e domínio. Por outro lado, o ar fresco produzido na face estimula reflexos no segundo e terceiro ramos do nervo trigémeo permitindo uma sensação de alívio da dispneia (Meduri et al., 1989).

Outra estratégia simples é a otimização do posicionamento da pessoa com dispneia, evitando a compressão do abdómen ou do tórax (Contesini, 2011). Adicionalmente, o treino de técnicas de relaxamento e controlo da respiração é outra estratégia não

farmacológica (Marciniuk et al., 2011) embora deva ser realizada por enfermeiros especialistas.

A vibração da parede torácica e a estimulação elétrica neuromuscular também são intervenções que ajudam no alívio da dispneia (Sapeta et al., 2012).

Segundo Vickers et al (2005) a acupuntura tem resultados positivos melhorando a função pulmonar e a tolerância ao exercício físico.

Por fim, o apoio psicossocial ora à pessoa com dispneia, bem como, aos seus familiares (Breaden, 2011), a educação, a gestão do processo de doença e o planeamento antecipado do agravamento da mesma, também devem ser estratégias não farmacológicas que a equipa multidisciplinar não deve descurar.

### **2.3 Avaliação da dispneia**

A avaliação da intensidade da dispneia é um elemento importante na prática clínica (Martinez et al., 2004) de tal forma que a *American Nurses Association* (2010) recomenda a sua implementação na prestação de cuidados de enfermagem.

Existem vários tipos de escalas conforme os critérios e variáveis que se pretendem analisar (Geiger-Bronsky & Wilson, 2008).

Efetivamente, ao longo dos anos, inúmeras escalas têm sido desenvolvidas e propostas com a finalidade de mensurar a dispneia (Martinez et al., 2004). Uma das várias escalas recomendadas é a Escala de Avaliação Numérica (EAN) (Baker et al., 2013); (Sapeta et al., 2012); (Geiger-Bronsky & Wilson, 2008); (Martinez et al., 2004); (Gift & Narvasavage, 1998).

A EAN consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode-se apresentar na vertical ou na horizontal, tal como aquela usada para avaliar a dor (Circular Normativa nº9/ DGCG, 14/06/2003). Ao aplicar esta escala pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dispneia e uma classificação numérica, sendo que a zero corresponde “sem dispneia” e a dez a classificação de “dispneia insuportável”.

No presente estudo recorrer-se-á à EAN para a recolha de dados.

#### **2.4 Sistema de Informação em Saúde**

Segundo Sandi (2015) o Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um sistema que reúne, guarda, processa e faculta a informação de uma organização de saúde, constituindo uma combinação de procedimentos, pessoas, tecnologias e informação com o objetivo de desenvolver e proteger a saúde da população.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Porto (2005) acrescenta que cada SIS pode estar orientado para vários utilizadores, tal como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Assim, surge o Sistema de Informação em Enfermagem (SIE).

#### **2.5 Sistema de Informação em Enfermagem**

Os SIE têm sofrido grandes alterações ao longo do tempo (Mota, 2010). Porém, segundo a OE (2007) a eficácia do SIE passa por três pilares fundamentais: a gestão/coordenação dos cuidados, a documentação do domínio autónomo do exercício e por último a dimensão do exercício dos enfermeiros que resulta da tomada de decisão do médico.

O domínio de gestão/coordenação relaciona-se com a capacidade de criar indicadores de enfermagem e assim identificar e monitorizar os ganhos de saúde resultantes dos cuidados prestados por estes profissionais (Pereira, 2009).

A dimensão autónoma do exercício profissional está interligada ao Processo de Enfermagem, ou seja, à documentação dos diagnósticos de enfermagem, por conseguinte, às intervenções autónomas e/ou interdependentes e seus resultados. Está preconizado pela OE a utilização de linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Por fim, no âmbito no domínio do exercício dos enfermeiros que resulta da tomada de decisão médica encontram-se essencialmente as intervenções de enfermagem interdependentes (Mota, 2010).

### **2.5.1 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®) é uma aplicação informática que permite a informatização dos cuidados de enfermagem prestados. Dá-se relevância a esta aplicação informática em detrimento de outras existentes para o mesmo efeito, pois, os serviços de Medicina Interna implicados no presente estudo utilizam a aplicação SAPE®.

O SAPE® tem como entidade responsável a Administração Central do Sistema de Saúde e é um *Software* aplicacional que usa como referencial a linguagem CIPE® do *International Council of Nurses*, ainda na sua versão Beta2 (Campos, 2012).

Segundo a ACSS (2010), citado por Campos (2012), o SAPE® está orientado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do doente. Moura (2015) enumera os objetivos desta aplicação, sendo estes: suportar a prática profissional e normalizar o sistema de RE.

Porém, cada serviço que institua o SAPE® tem a capacidade de personalizar esta aplicação. A este fenómeno dá-se o nome de *Parametrização*.

Ou seja, o serviço deve realizar um levantamento dos focos mais frequentes e conseqüentemente para cada foco contruir (ou utilizar) as intervenções que fazem sentido executar (Pinto, 2009). Este conjunto de intervenções parametrizadas vai ser apresentado ao enfermeiro que diagnosticou esse foco, como sendo as ações que fazem sentido executar (*ibid*). Por conseguinte, cabe a esse enfermeiro selecionar, desse conjunto, aquelas que fazem sentido para o caso particular. Além disso, para cada foco deve ser elaborado o conjunto de diagnósticos que permitem avaliar a evolução desse mesmo foco na doente (*ibid*).

Transpondo o mencionado e tendo em conta a parametrização da SAPE® pelos serviços em estudo é possível traçar os diagnósticos de dispneia em repouso e dispneia funcional.

À luz da CIPE® a dispneia é o processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço

crecente, falta de ar, associado à insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade. Por conseguinte, *dispneia em repouso* é a falta de ar quando em repouso e em posição confortável enquanto *dispneia funcional* é falta de ar associada com a atividade física, tal como exercício e marcha.

As intervenções parametrizadas para a dispneia em repouso são:

- Otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento;
- Otimizar inaloterapia;
- Vigiar a respiração

Para o diagnóstico de dispneia funcional existem as seguintes intervenções:

- Elogiar a aprendizagem de habilidades;
- Ensinar a pessoa sobre oxigenoterapia;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a ventilação não invasiva;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre oxigenoterapia;
- Ensinar sobre inaloterapia através de inalador;
- Ensinar sobre a ventilação não invasiva;
- Executar cinesioterapia respiratória;
- Instruir o prestador de cuidados sobre a ventilação não invasiva;
- Instruir o prestador de cuidados sobre a inaloterapia através do inalador;
- Instruir sobre inaloterapia através inalador;
- Instruir sobre ventilação não invasiva;
- Otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento;
- Otimizar inaloterapia;
- Treinar a executar a ventilação não invasiva;
- Treinar inaloterapia através de inalador;
- Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia;
- Treinar o prestador de cuidados a executar ventilação não invasiva;
- Vigiar a respiração;

De salientar que para o diagnóstico de “dispneia funcional” o juízo pode variar entre *reduzido, moderado* ou *elevado*.

## 2.6 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A CIPE® surge com a necessidade de criar uma terminologia, comum a todos os enfermeiros, que utilize a tecnologia científica mais moderna para a manutenção e desenvolvimento da prática de enfermagem e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica (ICN, 2010).

Assim, em 1989, a ICN reúne esforços e critérios gerais para o desenvolvimento de uma classificação internacional. Desde então até ao momento da redação do presente trabalho já surgiram seis versões da CIPE® (alfa, beta, beta2, 1.0, 1.1 e 2.0). Atualmente e tendo em conta que esta nomenclatura é preconizada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, entidade responsável pela sua tradução, a última publicação traduzida é a CIPE® Versão 2.0 (Silva, 2013).

Salienta-se para o facto de a aplicação SAPE® utilizar a linguagem CIPE® versão Beta2. Deste modo, no presente estudo opta-se por utilizar esta versão da linguagem CIPE®. Na CIPE®, a classificação de fenómenos de enfermagem está estruturada em oito eixos e a classificação das ações de enfermagem em outros oito eixos (16 eixos no total) (Silva, 2013).

À luz da CIPE® versão Beta2 (ICN, 2010) entende-se por fenómeno de enfermagem um aspeto da saúde relevante para a prática de enfermagem, que por sua vez pode dar origem aos diagnósticos de enfermagem que consistem num rótulo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é composto pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Fenómeno. Certamente, após traçar um diagnóstico é imprescindível definir intervenções que auxiliem o enfermeiro a atingir o resultado de enfermagem. Assim, segundo ICN (2010), por intervenção de enfermagem assume-se a ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação. Por fim, a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem designa o conceito de resultado de enfermagem (ICN, 2010).

### 3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Perante a realidade descrita levanta-se a seguinte questão de investigação: *Qual a relação entre o RE e a avaliação da dispneia feita por indivíduos adultos com doença avançada, progressiva e incurável?*

Assim, o objetivo geral do estudo é comparar os RE e os resultados obtidos por auto-avaliação da dispneia do doente.

Os objetivos específicos são:

- Conhecer a intensidade da dispneia em repouso e da dispneia funcional do doente através de uma EAN;
- Estudar os RE sobre a dispneia do doente;
- Identificar quais as intervenções autónomas de enfermagem registadas pelos enfermeiros que visem o cuidar e alcançar um tratamento ótimo para a dispneia.
- Perceber se o turno de enfermagem pode influenciar a avaliação da dispneia feita por indivíduos com doença avançada, progressiva e incurável.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Neste capítulo descreve-se a tipologia de estudo, a população e a amostra envolvida no presente estudo.

Posteriormente, será apresentada a metodologia para recolha de dados, seguida de uma explicação sobre a construção do instrumento de medida para recolha de dados e por fim o pré-teste deste.

### **4.1 Abordagem da investigação**

A abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003). Vilelas (2009) acrescenta que estudos quantitativos visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações.

Por ser este o tipo de abordagem que se adapta ao presente estudo, opta-se por conduzi-lo segundo uma abordagem quantitativa.

### **4.2 Método de investigação**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e observacional. É uma análise descritiva, pois, este estudo visa descrever o fenómeno em estudo (Fortin, 2003). É ainda um estudo transversal porque os dados são colhidos num único momento das experiências vividas pelos sujeitos (Capelas, 2012). Por último, considera-se observacional uma vez que não existe qualquer intervenção do investigador sobre os sujeitos (Lakatos & Marconi, 2005).

### **4.3 População e amostra**

A população alvo do presente estudo é constituída por todos os doentes consecutivos, internados no serviço de Medicina I e Medicina II do Hospital Garcia de Orta, EPE, no

período de 13 de Maio de 2016 a 13 de Junho de 2016 que satisfaçam os critérios de inclusão deste estudo. Os critérios de inclusão delineados são:

- Sujeitos com idade superior a 18 anos;
- Sujeitos com doença incurável, avançada e progressiva;
- Sujeitos cujo consentimento esclarecido e informado concede a participação na investigação;
- Sujeitos com capacidade para auto-avaliar a intensidade da sua dispneia numa EAN;
- RE do doente disponíveis e completos.

A amostra do estudo é composta por todos os indivíduos que cumpriram os critérios acima descritos e sejam considerados idóneos pelo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) na sua versão portuguesa (Garcia, 1984).

O SPMSQ é composto por dez questões que avaliam o déficit da função cognitiva (Rodrigues, 2007). Assumiram-se como elegíveis os indivíduos com menos de 4 erros no SPMSQ.

Assim sendo, constituiu-se uma amostra não aleatória e intencional uma vez que as probabilidades dos elementos da população serem selecionadas serão definidas por critérios do investigador, habitualmente por motivos de ordem prática e de acessibilidade aos dados (Fonseca et al, 2008).

#### **4.4 Métodos de recolha de dados**

Após a análise dos doentes internados e verificação dos critérios de seleção os indivíduos foram convidados a participar no estudo. Durante este convite foi apresentada e esclarecida a folha de rosto introdutória do instrumento de recolha de dados (ANEXO I). Geralmente o preenchimento do instrumento efetuou-se após o convite.

Com o intuito de garantir a privacidade do entrevistado os instrumentos de recolha de dados foram aplicados numa sala de porta fechada ou aquando realizados à cabeceira de cada doente a cortina foi fechada.

Para evitar enviesamento dos dados recolhidos o instrumento foi aplicado somente pelo investigador do estudo.

Para complementar a recolha de dados criou-se uma folha Microsoft Excel® (ANEXO II) preenchida somente pelo investigador. Nesta catalogaram-se os indivíduos constituintes da amostra, bem como outras informações consideradas relevantes para o estudo.

Assim, nesta folha consta o diagnóstico clínico e os antecedentes de saúde do sujeito colhidos do processo clínico do doente, o processo de enfermagem, isto é, a presença ou não do diagnóstico de *dispneia em repouso e/ou funcional* (em grau *reduzido, moderado* ou *funcional*) e respetivas intervenções autónomas de enfermagem, o dia e turno em que o instrumento foi aplicado e as restantes informações para validar as respostas do SPMSQ.

Optou-se por consultar o processo clínico e processo de enfermagem somente no dia da aplicação do instrumento de medida e após a autorização do sujeito em participar no estudo e o preenchimento do instrumento de recolha de dados.

#### **4.4.1 Construção do Instrumento de Medida**

No decorrer da pesquisa bibliográfica não foi encontrado nenhum instrumento de medida capaz de fornecer a informação pretendida, assim, procedeu-se à elaboração de um novo. Como dito anteriormente a construção do instrumento teve em conta o enquadramento teórico, bem como, parte de questionários que permitem avaliar separadamente o fenómeno em estudo.

Salvuarda-se que o instrumento é precedido de uma folha de rosto introdutória que explicita o propósito da sua aplicação, a natureza do mesmo e a importância da colaboração prestada ao participar no estudo. Igualmente enfatiza-se a

confidencialidade dos dados, o anonimato do sujeito ressaltando a permissão para a consulta do seu processo clínico.

Atente-se que foi solicitado um pedido de autorização, por escrito, ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta, EPE, para realização do presente estudo. Somente após despacho favorável se procedeu ao início do mesmo (ANEXO III).

No instrumento de medida, a parte intitulada de “Dados Socio Demográficos”, a ser preenchida pelo Investigador, complementa a caracterização do sujeito.

Posteriormente, na 1ª parte, surge SPMSQ na sua versão portuguesa. Esta parte do instrumento tem o propósito de avaliar o estado cognitivo do sujeito, sendo elegíveis os indivíduos com menos de 4 erros.

Por fim, na 2ª Parte, procura-se avaliar a intensidade da dispneia através de duas escalas numéricas. A primeira EAN apresentada pede ao entrevistado que quantifique a dificuldade respiratória em repouso e a segunda EAN pede ao entrevistado que quantifique a dificuldade respiratória quando realiza uma AVD.

Na EAN correspondente à segunda questão assume-se que zero é a ausência de dispneia, de um a três corresponde a dispneia em grau reduzido, de quatro a seis corresponde a dispneia em grau moderado e de sete a dez corresponde a dispneia em grau elevado.

#### **4.4.2 Pré teste**

Segundo Capelas (2012) antecedendo a aplicação definitiva de qualquer instrumento de colheita de dados é necessária avaliar a sua validade e fidedignidade, assim com a procura de possíveis falhas existentes tais como a inconsistência ou complexidade das questões, a ambiguidade da linguagem ou perguntas supérfluas, da mesma forma que se pretendeu controlar o grau de dificuldade e correção de questões, o tempo que cada sujeito demoraria a preencher o questionário.

Assim, após a apresentação e preenchimento do instrumento de recolha de dados por cinco sujeitos, elegíveis para o estudo segundo os critérios de inclusão e SPMSQ, seguiu-se uma entrevista informal para indagar sugestões.

Por diversas razões, tais como, ausência dos óculos e caligrafia pouco perceptível, quatro dos cinco sujeitos verbalizam preferência em ser o entrevistador a redigir as suas respostas no instrumento. Deste modo, optou-se por ser o entrevistador a redigir as respostas de todos os instrumentos aplicados ao longo do estudo com a condição do investigador não realizar comentários pela possibilidade de enviesar os resultados obtidos.

Sabendo que formulário é o nome utilizado para designar um conjunto de questões que são perguntadas e redigidas pelo entrevistador, numa situação “face-a-face” com o entrevistado (Galvão, 2016) opta-se por redefinir a ideia original de aplicar um questionário para formulário. Ressalva-se que o conteúdo do instrumento de medida não foi alterado somente o termo do conceito.

## 5. MÉTODOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador (Fortin, 2003). Assim proceder-se-á à análise estatística dos dados obtidos nos formulários efetuados a sujeitos com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

A análise estatística será efetuada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 23.

Numa fase inicial serão definidas no computador as variáveis e suas características, passando-se à inserção informática (Hill & Hill, 2005). De seguida recorrer-se-á à análise exploratória dos dados e à estatística descritiva. Na análise exploratória dos dados estes serão organizados em tabela, bem como, serão calculadas medidas descritivas que os resumam. Durante todo este processo serão calculadas medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão, tal como o desvio padrão.

## 6. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no sentido de responder à questão de investigação e objetivos formulados. Nesse sentido o capítulo subdivide-se em duas partes em que a primeira caracteriza a amostra em estudo e na segunda procede-se à descrição e análise dos resultados obtidos.

### 6.1 Análise descritiva da amostra

Dos 92 formulários aplicados no estudo, 15 foram excluídos por não cumprirem com o critério de seleção segundo o SPMSQ. Deste modo, obteve-se uma amostra constituída por 77 indivíduos.

Como se pode observar na tabela 1 a amostra é representada sobretudo pelo género masculino, cerca de 65% tem mais de 71 anos de idade, possuindo um nível de escolaridade “Básico”.

*Tabela 1- Caracterização demográfica da amostra*

<b>Demografia da Amostra</b>	
<b>Idade</b>	<b>Anos</b>
Média	73
Mediana	74
Mínimo-Máximo	28-90
<b>Idade, grupos etários</b>	<b>% de sujeitos</b>
Até 70 anos	35,1
De 71 a 80 anos	29,9
Mais de 81 anos	35,1
<b>Género</b>	
Masculino	53,2
Feminino	46,8
<b>Nível de Escolaridade</b>	
Nenhum	16,9
Ensino Básico	68,8
Ensino Secundário	10,4
Ensino Superior	3,9

As doenças do aparelho circulatório são o principal motivo de internamento dos sujeitos da amostra, sendo que o Acidente Vascular Cerebral e a Insuficiência Cardíaca representam quase 40% dos problemas de saúde (tabela 2).

Tabela 2- Diagnóstico clínico dos participantes

<b>Grandes Categorias de Diagnóstico do agrupador AP-DRG, versão 27</b>	<b>Doença (%)</b>
<b>Doenças do Sistema Nervoso</b>	Síndrome Guillain-Barré Crônico (1,3%);
<b>Doenças do Aparelho Respiratório</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (7,8%); Edema Agudo do Pulmão (2,6%); Insuficiência Respiratória Parcial (3,9%); Pneumonia Adquirida na Comunidade (5,2%)
<b>Doenças do Aparelho Circulatório</b>	Acidente Vascular Cerebral (22,1%); Cardiopatia isquêmica (3,9%); Doença Arterial Obstrutiva Periférica 1,3%); Enfarte Agudo do Miocárdio (1,3%); Fibrilhação Auricular (3,9%); Hipertensão Arterial (1,3%); Insuficiência Cardíaca (15,6%); Insuficiência Venosa Crônica (1,3%); Tromboembolismo Pulmonar (2,6%)
<b>Doenças do Aparelho Digestivo</b>	Suboclusão Intestinal (1,3%)
<b>Doenças do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas</b>	Esplenomegalia (1,3%)
<b>Doenças do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo</b>	Infeção Prótese Total da Anca (1,3%);
<b>Doenças da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama</b>	Erisipela (2,6%); Nódulo da mama (1,3%); Penfigóide Bolhoso (2,6%);
<b>Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas</b>	Diabetes Mellitus (1,3%);
<b>Doenças do Rim e Aparelho Urinário</b>	Doença Renal Crônica (5,2%); Infeção do Trato Urinário (3,9%); Pielonefrite (3,9%);
<b>Doenças do Sangue/ Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas</b>	Anemia (3,9%);
<b>Doenças Infeciosas e Parasitárias</b>	Neurosífilis (1,3%);
<b>Traumatismo</b>	Hematoma Subdural (1,3%); Hematoma Talâmico (1,3%)
<b>Neoplasia</b>	Neoplasia oculta (2,6%);
<b>Não definido</b>	Sépsis (2,6%); Síncope de Etiologia a esclarecer (2,6%);

Relativamente aos antecedentes de saúde mais de metade da amostra, precisamente 55,8% dos participantes tem três ou mais antecedentes de saúde. A tabela 3 especifica os antecedentes de saúde da amostra.

Tabela 3 - Antecedentes de saúde dos participantes

<b>Grandes Categorias de Diagnóstico do agrupador AP-DRG, versão 27</b>	<b>Doença (%)</b>
<b>Doenças do Sistema Nervoso</b>	Doença de Alzheimer (1,3%); Doença de Parkinson (1,3%); Síndrome Demencial (1,3%);
<b>Doenças do Olho</b>	Degenerescência Macular (1,3%);
<b>Doenças do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta</b>	Sinusopatia Esfeno Etmoidal (1,3%);
<b>Doenças do Aparelho Respiratório</b>	Bronquiectasias (1,3%); Doença Pulmonar Intersticial 1,3%); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (18,2%); Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (2,6%);

<b>Doenças do Aparelho Circulatório</b>	Acidente Vascular Cerebral (2,6%); Cardiopatia Isquémica (19,5%); Cardiopatia Valvular (2,6%); Endocardite Mitral (1,3%); Fibrilhação Auricular (19,5%); Hipertensão Arterial (62,3%); Hipertensão Pulmonar (1,3%); Insuficiência Cardíaca (20,8%); Insuficiência Venosa Crônica (2,6%); Tromboembolismo Pulmonar (1,3%)
<b>Doenças do Aparelho Digestivo</b>	Diverticulose Cólica (1,3%); Refluxo Gastroesofágico (1,3%); Neoplasia Estenosante do Cego (2,6%);
<b>Doenças do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo</b>	Doença de Madelung (1,3%); Osteoartrose (1,3%)
<b>Doenças da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama</b>	Psoríase (1,3%);
<b>Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas</b>	Hipotiroidismo (2,6%); Nódulos Tiroideos (1,3%); Obesidade (2,6%);
<b>Doenças do Rim e Aparelho Urinário</b>	Doença Renal Crônica (15,6%);
<b>Doenças do Aparelho Genital Masculino</b>	Hiperplasia Benigna da Próstata (9,1%);
<b>Doenças do Aparelho Genital Feminino</b>	Histerectomia e anexectomia por neoplasia do útero (1,3%);
<b>Doenças do Sangue/ Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas</b>	Anemia (6,5%); Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (1,3%); Síndrome Mielodisplásico (2,6%); Talassémia (1,3%);
<b>Doenças Mentais</b>	Depressão (2,6%)
<b>Neoplasia</b>	Neoplasia (3,9%);

## 6.2 Descrição e a análise dos resultados

Após a caracterização da amostra em estudo proceder-se-á à descrição dos resultados.

A tabela 4 revela os resultados da questão 2.1 da segunda parte do formulário, questão que pede ao entrevistado uma auto-avaliação da dispneia em repouso através de uma EAN. A maioria dos entrevistados nega dispneia em repouso. A intensidade da dispneia em repouso dos sujeitos que assumiram a sua presença é bastante heterogénea como se pode concluir observando atentamente a tabela 4.

*Tabela 4 - Auto-avaliação da dispneia em repouso*

<b>Questão 2.1</b>	<b>% de sujeitos</b>
<b>Dispneia em Repouso</b>	
Presente	16,9
Ausente	83,1
<b>Dispneia em Repouso presente</b>	
Média	3,8
Mediana	4
Moda	5
Mínimo-Máximo	1-7
Desvio Padrão	1,9
Coeficiente Variação	0,5

A questão 2.2 da segunda parte do formulário indagava a classificação da dispneia funcional na realização de uma atividade de vida diária (AVD). Analisando a Tabela 5 conclui-se que a maioria dos inquiridos nega dispneia na realização de uma AVD. Sobre os indivíduos que assumiram a presença de dispneia na realização de uma AVD pode-se afirmar que a intensidade da mesma é bastante heterogénea existindo indivíduos a experienciar uma sensação de dispneia muito intensa.

*Tabela 5 - Auto-avaliação da dispneia funcional*

<b>Questão 2.2</b>	<b>% de sujeitos</b>
<b>Dispneia Funcional</b>	
Presente	31,2
Ausente	68,8
<b>Dispneia Funcional presente</b>	
Média	5,3
Mediana	5
Moda	5
Mínimo-Máximo	2-10
Desvio Padrão	2,5
Coeficiente Variação	0,47

Recodificando os dados supra para dispneia funcional em grau reduzido (EAN 1-3), dispneia funcional em grau moderado (EAN 4-6) e dispneia funcional em grau elevado (EAN 7-10), sabe-se que 7,8% dos indivíduos inclui-se em dispneia funcional em grau reduzido, 14,3% em dispneia funcional em grau moderado e os restantes 9,1% em dispneia funcional em grau elevado.

Para poder comparar a auto-avaliação da dispneia realizada pelos sujeitos em estudo com os registos de enfermagem é importante analisar os RE.

A tabela 6 explana a aferição dos RE. Segundo estes a maioria dos indivíduos não tem dispneia em repouso ou dispneia funcional.

*Tabela 6 - Aferição dos registos de enfermagem*

<b>Registos de Enfermagem</b>	<b>% de sujeitos</b>
<b>Dispneia em repouso</b>	
Presente	11,7

Ausente	88,3
<b>Dispneia Funcional</b>	
Presente	28,6
Ausente	71,4
Grau reduzido	11,7
Grau Moderado	13,0
Grau Elevado	3,9

A tabela 7 confronta os dados obtidos através dos formulários com a informação obtida pelos RE. Como se pode observar há pouca disparidade entre os resultados.

*Tabela 7 - Comparação da auto-avaliação da dispneia com os registos de enfermagem*

	Dispneia em Repouso		Dispneia Funcional				
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Em grau Reduzido	Em grau Moderado	Em grau Elevado
<b>Registos de Enfermagem (% de sujeitos)</b>	11,7	88,3	28,6	71,4	11,7	13,0	3,9
<b>Resultado dos Formulários (% de sujeitos)</b>	16,9	83,1	31,2	68,8	7,8	14,3	9,1

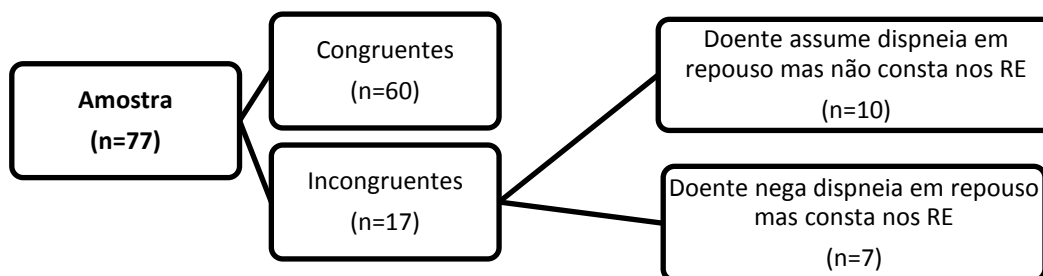
Porém, se por um lado os valores estatísticos divergem pouco entre si, por outro lado, não é garantido que os valores sejam coincidentes. Ou seja, estes valores não salvaguardam que os indivíduos que assumiram dispneia em repouso têm o diagnóstico de dispneia em repouso assinalado nos RE (por exemplo).

No sentido de estudar este fenómeno criou-se um filtro de elegibilidade na base de dados do SPSS®. Através deste foi possível separar a amostra em dois grandes grupos. O primeiro grupo, intitulado de congruentes, constituído pelos indivíduos da amostra em que a auto-avaliação da dispneia feita pelos doentes está de acordo com os RE e o segundo grupo, designado de incongruentes, composto pelos casos em que a auto-avaliação da dispneia é incongruente com os RE.

Por uma questão de simplicidade e organização aplicou-se o filtro em duas fases, sendo a primeira fase dedicada à dispneia em repouso e a segunda direccionada para o estudo da dispneia funcional. Após a aplicação do filtro de elegibilidade procedeu-se ao cálculo de frequência absoluta.

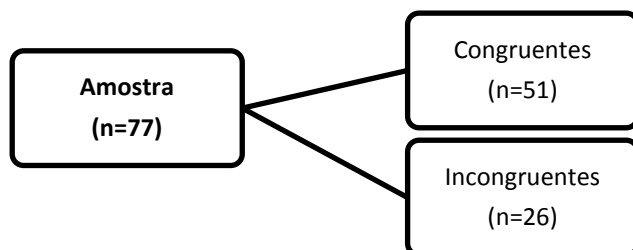
O diagrama 1 revela os resultados após a aplicação do filtro para o estudo da dispneia em repouso. Em síntese pode-se concluir que em mais de metade dos casos os RE vão de acordo com a auto-avaliação da dispneia do doente.

Diagrama 1 – Estudo da dispneia em repouso: comparação das avaliações dos sujeitos e dos RE



O diagrama 2 expõe o resultado da segunda fase de aplicação do filtro para o estudo da dispneia funcional.

Diagrama 2 - Estudo da dispneia funcional: comparação das avaliações dos sujeitos e dos RE



Após a aplicação do filtro verificaram-se 26 casos incongruentes. A tabela 8 apresenta uma comparação cruzada entre as avaliações dos sujeitos incluídos no grupo *incongruentes* e dos RE, conforme a intensidade da dispneia.

Tabela 8 – Comparação cruzada entre as avaliações dos sujeitos e dos RE, conforme a intensidade da dispneia

RE (n sujeitos) \ EAN	Sem Dispneia Funcional	Dispneia Funcional em grau reduzido	Dispneia Funcional em grau moderado	Dispneia Funcional em grau elevado
Sem Dispneia Funcional	-	2	7	3
Dispneia Funcional em grau reduzido	6	-	0	1

Dispneia Funcional em grau moderado	4	1	-	1
Dispneia Funcional em grau elevado	0	1	0	-

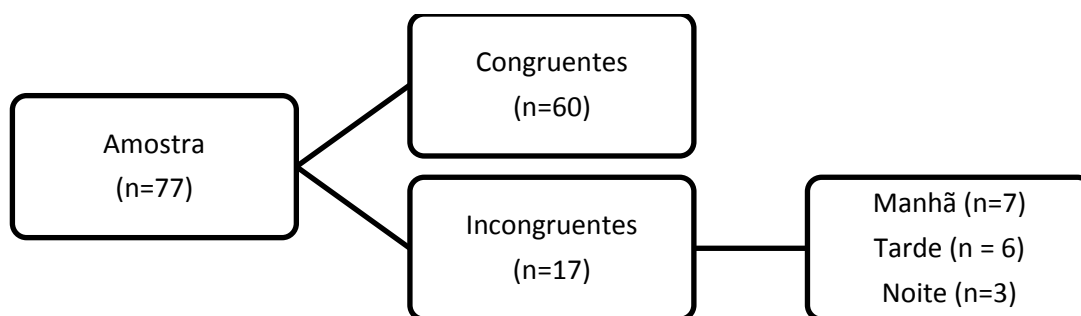
Em jeito de conclusão pode-se concluir que maioritariamente os RE são sobreponíveis às auto-avaliações, quer da dispneia em repouso, quer da dispneia funcional dos indivíduos em estudo.

Porém, acresce, ainda a incerteza se o turno no qual foi aplicado o formulário é motivo de enviesamento da resposta. Por exemplo, é do conhecimento geral que o turno da manhã é um turno maioritariamente associado a cuidados de higiene e conforto que exigem esforço físico ao doente que pode intensificar a dispneia e conseqüentemente enviesar a auto-avaliação da dispneia do sujeito em estudo.

Dos 77 formulários elegíveis para o presente estudo, 32 (41,5%) dos mesmos foram colhidos durante o turno da manhã, 35 (45,5%) no turno da tarde e 10 (13,0%) no turno da noite. Efetivamente a diferença entre o número de formulários colhidos no turno da manhã e turno da tarde é pouco significativa. O turno da noite por ser um turno dedicado ao período de sono e repouso dos doentes foi difícil colher dados nesse turno acreditando que esse motivo justifica o baixo número de formulários colhidos nesse período de tempo.

O Diagrama 3, relativo à dispneia em repouso, categoriza o número de formulários pertencentes ao grupo *incongruentes* pelos três turnos diários.

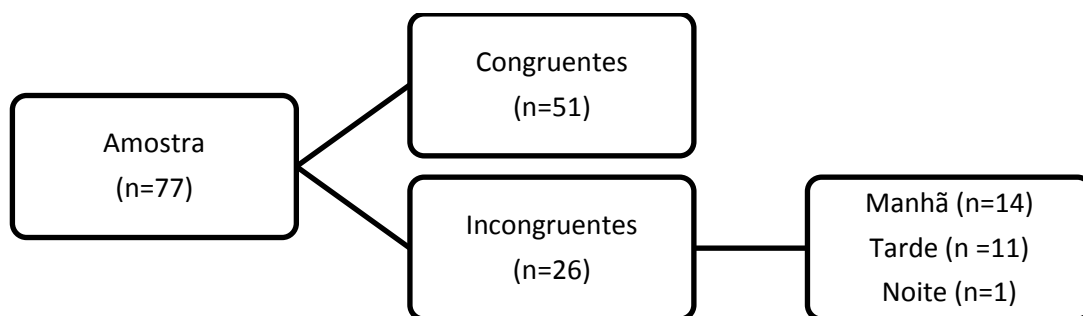
Diagrama 3 – Dispneia em repouso: avaliações incongruentes entre os sujeitos e os RE, por turnos de enfermagem



Efetivamente, a diferença numérica entre o número de formulários colhidos no turno da manhã e o número de formulários colhidos turno da tarde não é significativa, logo, crê-se que o turno em que o formulário foi colhido não será motivo de enviesamento da auto-avaliação da dispneia em repouso.

O diagrama 4, sobre a dispneia funcional, enumera o número de formulários pertencentes ao grupo *incongruentes* pelos três turnos diários.

Diagrama 4 - Dispneia funcional: avaliações incongruentes entre os sujeitos e os RE, por turnos de enfermagem



Com efeito devido às diferenças pouco significativas dos resultados expostos conclui-se que provavelmente o turno em que o formulário foi colhido não será motivo de enviesamento de auto-avaliação da dispneia funcional.

Por fim, resta apenas identificar quais as intervenções autónomas de enfermagem registadas pelos enfermeiros que visem o cuidar e alcançar um tratamento ótimo para a dispneia.

Em primeiro lugar, é importante recordar que só se podem traçar intervenções de enfermagem perante um diagnóstico. Segundo a análise dos processos de enfermagem da amostra somente 38% desta tem diagnóstico de dispneia em repouso e/ou dispneia funcional. Assumindo este universo a tabela 9 exhibe as intervenções autónomas de enfermagem identificadas e a percentagem de sujeitos a quem estas foram prestadas.

Salienta-se que para levantamento dos dados expostos analisaram-se somente as intervenções parametrizadas por SAPE®.

*Tabela 9 - Intervenções de Enfermagem*

<b>Intervenções autônomas de Enfermagem</b>	<b>% de sujeitos</b>
Elogiar a aprendizagem de habilidades	7%
Executar cinesioterapia respiratória	28%
Otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento	62%
Otimizar inaloterapia	10%
Vigiar a respiração	90%

Analisando a tabela 9 pode-se concluir que à luz dos RE nem todos os indivíduos com diagnóstico de dispneia em repouso e/ou dispneia funcional são alvo de intervenções dirigidas a esta situação.

Por fim, não foi possível concluir qual a eficácia das intervenções por ausência de informação nos RE.

## **7. DISCUSSÃO**

Após a exposição do estado de arte sobre a problemática em estudo e apresentação dos resultados adquiridos proceder-se-á à discussão dos dados obtidos.

Deste modo, o presente capítulo está organizado em duas partes. Na primeira parte apresenta-se a discussão dos resultados obtidos com sugestões de futuros estudos e na segunda parte apresentam-se as limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo.

### **7.1 Discussão dos resultados obtidos**

A fim de proceder a uma discussão sobre as implicações dos resultados obtidos serão debatidos os resultados obtidos para responder à questão de investigação e aos objetivos formulados no início do estudo.

No presente estudo obteve-se uma amostra constituída por 77 sujeitos maioritariamente do género masculino. Trata-se de uma amostra bastante heterogénea respetivamente a diagnósticos e antecedentes de saúde.

De acordo com os resultados obtidos apresentados previamente pode-se concluir que mais de metade dos sujeitos da amostra nega a presença de dispneia em repouso e/ou dispneia funcional. Com efeito, é de salientar que a aplicação dos formulários, por conseguinte das EAN para avaliação da intensidade da dispneia, foi realizada a qualquer momento no período de internamento em enfermaria de Medicina Interna. Possivelmente antes de responder ao formulário o doente já recebera cuidados dirigidos à dispneia ora no serviço de Urgência, ora no serviço de Medicina Interna garantindo o controlo da sintomatologia. Além do mencionado, recorda-se a heterogeneidade da amostra em termos de diagnóstico e co-morbidades que podem influenciar a presença de dispneia.

Paralelamente, segundo os RE a maioria dos sujeitos da amostra não apresenta dispneia em repouso e/ou dispneia funcional e pelo teste de elegibilidade exposto no capítulo anterior sabe-se que há concordância entre os RE e a auto-avaliação da dispneia.

Recordando o enquadramento teórico supra sabe-se que os enfermeiros não dispõem no SAPE® escalas de avaliação da dispneia nem recorrem às mesmas para avaliação da intensidade da dispneia do doente. Perante esta realidade e considerando os resultados obtidos neste estudo pode-se afirmar que os enfermeiros diagnosticam corretamente dispneia em repouso e dispneia funcional mesmo sem recurso a uma escala de avaliação de dispneia.

Segundo Baker et al (2013) uma monitorização contínua da dispneia através de escalas favorece registos escritos mais rigorosos permitindo à equipa multidisciplinar entender a evolução da intensidade da dispneia ao longo do internamento.

Apoia-se a integração de uma EAN em detrimento de outra escala, pois, para além de ter sido a utilizada no estudo, segundo Baker et al (2013) são simples, fáceis de utilizar e facilmente compreendidas pelos doentes.

A intensidade da dispneia em repouso e funcional calculada pela utilização das EAN é bastante heterogénea existindo sujeitos a experienciar uma intensidade máxima (EAN 10) durante a realização de uma AVD.

O conhecimento da frequência, natureza e intensidade, bem como fatores associados que desencadeiam, agravam e aliviam a dispneia são importantes para o profissional de saúde proporcionar um tratamento mais adequado à dispneia (Almeida, 2012).

Nesta linha de pensamento testou-se a possibilidade do turno no qual se aplicou o formulário poderia influenciar a avaliação da dispneia feita por indivíduos com doença avançada, progressiva e incurável e conclui-se que o turno no qual foi aplicado o formulário não envesou a auto-avaliação da dispneia.

Machado, (2012) afirma que após identificação e avaliação da dispneia, deve-se proceder ao alívio ou redução deste sintoma. O controlo sintomático da dispneia pode ser realizado tanto com medidas farmacológicas como não-farmacológicas ou ambas e assume um papel importante quando não existem causas reversíveis ou não seja possível corrigi-las.

Aquando a colheita de dados observou-se a inexistência de um plano terapêutico diferenciado para o controlo sintomático de diferentes intensidades da dispneia e

somente se fez um levantamento das intervenções de enfermagem autónomas dirigidas à dispneia parametrizadas em SAPE®. Estas intervenções não foram observadas em todos os indivíduos com o diagnóstico de dispneia, assumindo-se uma falha de registo ou ausência de medidas de controlo do sintoma.

Salienta-se o *vigiar a respiração* como a intervenção mais prevalente.

Registos de Enfermagem mais específicos e rigorosos, com a utilização do método de pensamento em enfermagem, compreenderia, com certeza, uma maior visibilidade da profissão, possibilitando a monitorização dos cuidados, a promoção da qualidade e o desenvolvimento de indicadores (Silva, 2013).

Tal como dito anteriormente, sendo a dispneia uma experiência subjetiva com fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (American Thoracic Society, 2012) não se verificaram intervenções de enfermagem que englobem a dimensão social e ambiental. A dimensão psicológica é representada por *elogiar a aprendizagem de habilidades*.

Não se encontraram RE sobre a eficácia das intervenções autónomas de enfermagem prestadas.

O conhecimento existente sobre a problemática em estudo é limitado e sobretudo relativo a população estrangeira logo não é possível efetuar analogias. Todavia, é seguro afirmar que se respondeu à questão de investigação lançada e atingiram-se os objetivos propostos.

## **7.2 Limitações do estudo**

Não obstante a todo o rigor e cuidado inerente à metodologia científica é importante reconhecer as limitações do estudo.

Comparando o tamanho da amostra com a dimensão da população-alvo é seguro afirmar que a amostra é bastante significativa e representativa, todavia, acredita-se que ser uma amostra não aleatória é um fator limitador. Por outro lado, apesar de existirem critérios de inclusão a amostra é bastante heterogénea respetivamente a diagnóstico e antecedentes de saúde.

Acresce ainda o facto da amostra deste trabalho englobar doentes de dois serviços de internamento do mesmo hospital, pelo que os resultados observados podem ter sido influenciados pelas circunstâncias organizativas desta instituição.

Salienta-se ainda para a ausência de um protocolo com critérios de aplicação do formulário. Por conseguinte, constatou-se que os formulários foram aplicados a qualquer momento do internamento.

Perante o mencionado e sabendo que a validade externa refere-se à generalização dos resultados (Fortin, 2003) não é possível generalizar a outras populações ou situações servindo apenas para descrever o caso presente. Muito embora o referido, não se pode invalidar a importância dos resultados obtidos e menosprezar o carácter inovador do estudo.

## 8. CONCLUSÕES

Pessoas portadoras de doenças incuráveis, avançadas e progressivas com necessidades paliativas são a população habitual das enfermarias de Medicina Interna. Estas doenças estão associadas a múltiplos sintomas que exigem uma abordagem estruturada, técnica e humana. Destes sintomas a dispneia é bastante frequente e por vezes desvalorizada pela equipa multiprofissional.

A dispneia é uma experiência subjetiva, frequentemente descrita como sensação de falta de ar ou dificuldade respiratória, que provem da interação de múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Por ser uma sensação subjetiva a avaliação da dispneia deve ser executada pelo próprio. Das escalas aptas para avaliar a dispneia sobressai a EAN, pois, é de fácil compreensão e utilização.

Com efeito este estudo comparou os RE e os resultados obtidos por auto-avaliação da dispneia do doente. De antemão sabe-se que os enfermeiros não dispõem de instrumentos de avaliação da dispneia, porém, segundo os resultados obtidos há pouca discrepância entre a avaliação da dispneia na ótica do enfermeiro e na ótica do doente.

Os RE, disponibilizados na aplicação SAPE®, apresentam-se em linguagem CIPE® e seguem a estrutura do processo de enfermagem, logo, para cada diagnóstico de dispneia em repouso e/ou dispneia funcional devem existir intervenções associadas.

A análise dos RE permitiu constatar a inexistência de um plano terapêutico diferenciado para o controlo sintomático de diferentes intensidades da dispneia, bem como as intervenções autónomas de enfermagem não abrangerem todas as dimensões da dispneia. Por falha de registo ou a inexistência de medidas de controlo da dispneia existiam diagnósticos de dispneia sem intervenções autónomas de enfermagem associadas.

Assim, pode-se concluir que a questão de investigação lançada e os objetivos propostos para este estudo foi respetivamente respondida e obtidos.

Emergem, no entanto, algumas reflexões.

Para a manutenção da qualidade de vida do doente com dispneia é fundamental uma correta identificação e monitorização da dispneia. Este procedimento deve ocorrer no início do internamento e ser mantido periodicamente no decorrer do mesmo. Envolver o doente na sua prestação de cuidados e em parceria desenvolver intervenções holísticas a fim de atenuar o desconforto respiratório, ouso dizer, poderá diminuir o impacto negativo da dispneia sobre o doente.

Nesta linha de pensamento, lança-se a inquietação de um estudo sobre a perceção da equipa de enfermagem no uso de escalas de avaliação da dispneia para a avaliação e monitorização da dispneia. Por conseguinte, compreender se a equipa de enfermagem se apresenta mais sensibilizada para a dispneia na prestação de cuidados de enfermagem após o uso de escalas de avaliação da dispneia.

Pela mesma razão, parece importante estudar se o aumento da sensibilização da equipa de enfermagem é proporcional ao desenvolvimento de um plano terapêutico diferenciado para o controlo sintomático de diferentes intensidades da dispneia.

Do mesmo modo, urge a necessidade, de um estudo dedicado às intervenções de enfermagem dirigidas à dispneia e resultados esperados das mesmas.

Em suma, em jeito de conclusão, apesar das limitações e dificuldades decorridas ao longo deste estudo, foi possível, através da metodologia científica, responder à questão de investigação e alcançar os objetivos propostos. A concretização deste estudo permitiu aumentar os conhecimentos sobre esta temática e alargar os horizontes para futuras investigações sobre esta problemática. Considera-se necessária uma abordagem mais sistematizada da dispneia em indivíduos com doenças crónicas, progressivas e avançadas com necessidades paliativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. (2012). *Avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dispneia*. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, Lisboa.
- American Nurses Association. (2010). *standards and scope of respiratory nursing practice* (2ª ed.). Washington: American Nurses Association.
- American Thoracic Society. (2012). Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*, 185.
- Baker, K. (2013). Standardized Nursing Assessment of Dyspnea to Reduce Morbidity and Mortality. Obtido 24 de Abril de 2016, de [http://www.bidmc.org/~media/Files/QualityandSafety/2013%20Silverman%20Symposium/FenwayPrinters/StandardizedNursingAssessment\\_Dyspnea.pdf](http://www.bidmc.org/~media/Files/QualityandSafety/2013%20Silverman%20Symposium/FenwayPrinters/StandardizedNursingAssessment_Dyspnea.pdf)
- Baker, K., Barsamian, J., Leone, D., Donovan, B. C., Williams, D., Carnevale, K., ... Banzett, R. (2013). Routine Dyspnea Assessment on Unit Admission. *The American journal of nursing*, 113(11), 42–50.  
<http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000437112.43059.a0>
- Banzett, R. B., & ScD, C. R. O. (2014). Should we measure dyspnoea in everyone? *The European respiratory journal*, 43(6), 1547–1550.  
<http://doi.org/10.1183/09031936.00031114>
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Breaden, K. (2011). Recent Advances in the Management of Breathlessness. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(Suppl), S29–S32. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.76238>

- Campos, A. (2012). *Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de informação e documentação de Enfermagem em Suporte Eletrónico: Um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.* Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Capelas, M. (2012). Construção de Questionário para a Descrição da Dor Total nos Doentes com Metastização Óssea. Em *Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 143–162). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos-Centro de Bioética-Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, A Dor como o 5º sinal vital
- Clemens, K. E., & Klaschik, E. (2010). Dyspnoea associated with anxiety—symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 2027–2033. <http://doi.org/10.1007/s00520-010-1058-8>
- Contesini, A. (2011). *Posição sentada e função respiratória em dois sistemas cadeira-mesa diferentes.* Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).
- Faculdade de Medicina-Universidade de Porto. (2005). Sistemas de Informação em Saúde [[http://im.med.up.pt/si\\_saude/si\\_saude.html](http://im.med.up.pt/si_saude/si_saude.html)].
- Fonseca et al. (2008). *Investigação passo a passo: Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (1º ed.). Lisboa: APMCG.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3º ed.). Lisboa: Lusociência.

- Galvão, C. (2016). Questionários e Formulários  
[<https://docs.ufpr.br/~soniaisoldi/ce220/Questionarios2.pdf>].
- Garcia, C. (1984). *A doença de Alzheimer: problemas do diagnóstico clínico*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Geiger-Bronsky, M., & Wilson, D. (2008). *Respiratory Nursing (s/d)*. New York: Springer Publishing Company.
- Gift, A., & Narvasavage, G. (1998). Validity of the Numeric Rating Scale as a measure of dyspnea. *American Journal of critical care*, 7(3).
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílado.
- ICN. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2*.  
Genebra: Ordem dos Enfermeiros.
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2011).  
Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Assessment, Burdens, and Etiologies. *Journal of Palliative Medicine*, 14(10), 1167–1172.  
<http://doi.org/10.1089/jpm.2011.0109>
- Lakatos, E., & Marconi, M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Liesker, J. J. W., Wijkstra, P. J., Ten Hacken, N. H. T., Koëter, G. H., Postma, D. S., & Kerstjens, H. A. M. (2002). A systematic review of the effects of bronchodilators on exercise capacity in patients with COPD. *Chest*, 121(2), 597–608.
- Machado, P. (2012). *Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efetividade*. Universidade Católica Portuguesa.
- Marciniuk, D. D., Goodridge, D., Hernandez, P., Rocker, G., Balter, M., Bailey, P., ...  
Brown, C. (2011). Managing dyspnea in patients with advanced chronic

- obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Canadian Respiratory Journal : Journal of the Canadian Thoracic Society*, 18(2), 69–78.
- Martinez, J. A. B., Padua, A. I. de, & Terra, J. (2004). Dispneia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 199–207.
- Meduri, G. U., Conoscenti, C. C., Menashe, P., & Nair, S. (1989). Noninvasive face mask ventilation in patients with acute respiratory failure. *Chest*, 95(4), 865–870.
- Mota, L. (2010). *Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos*. Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto.
- Moura, S. (2015). *Satisfação dos utilizadores de sistemas de Informação de enfermagem em suporte Eletrónico: um estudo no aces porto ocidental*. Escola superior de enfermagem do porto, Porto.
- Muduly, D., Deo, S., Subi, T., Kallianpur, A., & Shukla, N. (2011). An Update in the Management of Malignant Pleural Effusion. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), 98–103. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.84529>
- Navigante, A. H., Cerchiatti, L. C. A., Castro, M. A., Lutteral, M. A., & Cabalar, M. E. (2006). Midazolam as Adjunct Therapy to Morphine in the Alleviation of Severe Dyspnea Perception in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 38–47. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.009>
- OE. (2005). Segurança do doente. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_17\\_julho\\_2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf)

- OE. (2007). Sistema de Informação em Enfermagem - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2007/2008*. Genebra: WHO.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... O'Donnell, D. E. (2012). An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435–452. <http://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Formasau.
- Pinto, L. (2009). *Sistemas de informação e profissionais de enfermagem*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Pulido, I., Baptista, I., Brito, M., & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Universidade do Porto, Porto.
- Sandi, A. (2015). *A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CelaSaúde*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sapeta, P., Nunes, L., & Gonçalves, A. (2012). *Controlo da Dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos*. Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Silva, A. (2013). *Atividade diagnóstica dos enfermeiros numa equipa de cuidados paliativos domiciliários: estudo de caso*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa., Lisboa.

Vickers, A. J., Feinstein, M. B., Deng, G. E., & Cassileth, B. R. (2005). Acupuncture for dyspnea in advanced cancer: a randomized, placebo-controlled pilot trial [ISRCTN89462491]. *BMC Palliative Care*, 4, 5. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-4-5>

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento (s/n)*. Lisboa.

## **ANEXOS**

I – Formulário

II – Base de dados

III - Autorização da instituição em estudo

**ANEXO I**  
**Formulário**

## Consentimento Informado

### Formulário

#### **“Dispneia em cuidados paliativos num serviço de medicina interna: o que informam os registos de enfermagem”**

O questionário que se apresenta enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pretende-se comparar a sua auto-avaliação da dificuldade respiratória com os registos de enfermagem. Para tal, pede-se o seu consentimento para a consulta do seu processo clínico.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos.

A sua participação é voluntária, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos seus dados pessoais e das suas respostas.

Por favor, leia atentamente as instruções dadas e responda a todas as questões.

Desde já grata pela sua disponibilidade e colaboração no estudo.

---

(assinatura)

### Dados Socio Demográficos

**Género** (selecione com uma cruz):

Feminino

Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Habilitações académicas:** \_\_\_\_\_

#### 1º Parte

**Instruções:** Nesta primeira parte do questionário são-lhe apresentadas dez questões. Por favor, responda a cada uma delas.

0	1	1. Em que data estamos (Dia, mês e ano)? _____
0	1	2. Que dia da semana é hoje? _____
0	1	3. Como se chama esta localidade? _____
0	1	4. Qual o seu endereço (Dia, mês e ano)? _____
0	1	5. Quantos anos tem? _____
0	1	6. Qual a sua data de nascimento? _____
0	1	7. Como se chama o atual Presidente da República? _____
0	1	8. Como se chama o anterior Presidente da República? _____
0	1	9. Qual é o seu apelido? _____
0	1	10. Subtraia 3 de 20. Do resultado que obteve subtraia consecutivamente três em três. _____

## 2º Parte

**Instruções:** Nesta segunda parte do questionário são-lhe apresentadas duas questões. A resposta pode variar entre 0 e 10 sendo que 0 corresponde a nenhuma sensação de falta de ar e dificuldade respiratória e 10 corresponde a uma sensação de falta de ar e dificuldade respiratória insuportável. Por favor, responda as seguintes questões:

2.1 Quando se encontra em repouso como classifica a sua sensação de falta de ar e dificuldade respiratória?

Nenhuma

Insuportável

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.2 – Quando realiza uma atividade de vida diária, como por exemplo comer ou tomar banho, como classifica a sua sensação de falta de ar e dificuldade respiratória?

Nenhuma

Insuportável

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obrigada

**ANEXO II**  
**Base de datos**

<b>N.º Questionário</b>	<b>Data de Colheita</b>	<b>Turno</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Endereço</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Antecedentes de Saúde</b>	<b>RE: Dispneia em repouso</b>	<b>RE: Dispneia funcional</b>	<b>RE: Intervenções de Enfermagem</b>	<b>RE: Resultado das Intervenções</b>
<b>1</b>											
<b>2</b>											
<b>3</b>											
<b>4</b>											
<b>5</b>											

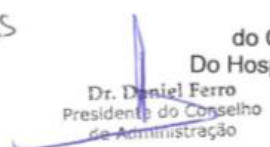
**ANEXO III**

**Autorização da instituição em estudo**

CA autim 2015:04.06



C.G.O. 32/2015  
ENTRADA: 01.07.2015  
SAÍDA: \_\_\_\_\_  
ASSIN. Odilva

Ata n.º 271  
06.08.2015

  
Dr. Daniel Ferro  
Presidente do Conselho  
de Administração

Ao Exmo. Sr. Presidente  
do Conselho de Administração  
Do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados

  
Dra. Paula Tereza  
Diretora  
  
Odilva Neves  
Enfermeira Diretora

Eu, Ana Raquel Margarido Vaz Alves, enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina I do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. e a frequentar o Mestrado de Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pretendo realizar um Estudo de Investigação subordinado ao tema "Dispneia em cuidados paliativos num serviço de medicina interna: o que informam os registos de enfermagem", sob a orientação do Mestre Paulo Reis Pina e co-orientação do Professor Doutor António Barbosa.

Este estudo tem como objetivo quantificar o grau de intensidade da dispneia que o doente com doença incurável, avançada e progressiva diz sentir e, por conseguinte, proceder à sua comparar com os registos de enfermagem. Deste modo, venho por este meio solicitar a Vª Exª autorização para a realização da colheita de dados juntos dos doentes com doença incurável, avançada e progressiva que se encontrem internados no Departamento de Medicina Interna, a quando do período de colheita de dados.

Nestes termos, pede deferimento,

Almada, 23 de Junho de 2015

  
\_\_\_\_\_  
(Ana Raquel Alves)

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Assunto: **Parecer sobre o pedido de realização do Trabalho de Investigação nº 32/2015 – Tese de Mestrado intitulada “ Dispneia em Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna: o que informam os registos de enfermagem”**

O estudo acima referido tem como **objectivo** avaliar a intensidade de dispneia em repouso e dispneia funcional através da Escala de Avaliação Numérica (ENA); analisar o conteúdo dos registos informatizados de enfermagem relativos às pessoas internadas nos serviços de medicina interna; comparar os dados recolhidos a partir da utilização da ENA com a análise dos registos existentes no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e analisar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente.

Trata-se de um trabalho de investigação no âmbito de uma Tese de Mestrado de Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Mestre Paulo Reis Pires e do Professor Doutor António Barbosa, a realizar pela Senhora Enfermeira Ana Raquel Margarido Vaz Alves do HGO (Hospital Garcia de Orta) nos Serviços de Medicina I e II.

Constam ainda do processo:

- Identificação da requerente e resumo do *Curriculum Vitae*.
- Designação dos locais de realização do mesmo - Serviços de Medicina I e II do Hospital Garcia de Orta, EPE.
- Parecer favorável do respectivo Diretor dos Serviços – Dra. Francisca Delarue.
- Formulário de obtenção de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Garantia de confidencialidade.
- Sem Protocolo Financeiro.

Do ponto de vista ético não vemos qualquer obstáculo ao início do estudo.

A Comissão de Ética



Dr. Luís Antunes