

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOÃO ADRIANO FERREIRA GOMES FREITAS

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM
AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
(DPOC)**

RIO DE JANEIRO

2022

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

**CLINICAL MANIFESTATIONS AND NURSING CARE FOR PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)**

João Adriano Ferreira Gomes Freitas
Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São José

Orientador: Me Eric Pereira Rosa

DEDICATÓRIA

Dedico a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na conclusão desse trabalho de pesquisa.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, à família e ao orientador por me conduzir de forma a finalizar com êxito esse trabalho de pesquisa.

EPIGRAFE

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!!!”

Florence Nightingale

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), afeta as vias aéreas inferiores bloqueando o fluxo de ar e dificultando a respiração. Ela causa ao portador alguns sintomas principais como tosse, catarro, dispneia e sibilos. O envelhecimento e a obesidade são fatores que pioram o quadro dos portadores. Objetivos: Descrever as manifestações clínicas do paciente com DPOC e apresentar os principais cuidados de enfermagem ao paciente acometido por pela doença. Método: trata-se de uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE, bem como em sites e revistas. Utilizou-se os descritores tabagismo, obesidade, cuidados de enfermagem com o operador booleano *and*. Resultados e discussões: Obteve-se um total de 127 artigos utilizando os descritores selecionados. Após aplicação dos critérios de inclusão teve-se 73 artigos excluídos. Após leitura do título e resumo dos 54 artigos restantes, estratificou-se 11 para leitura na íntegra, de acordo com a relevância para construção do estudo e rigor metodológico. Observa-se que o profissional enfermeiro possui autonomia na orientação e cuidado ao paciente portador de DPOC, com a finalidade principal de reduzir os danos causados pela doença. Conclusão: No momento em que a doença afeta a capacidade de autocuidado do portador, entra a figura do enfermeiro que tem a função de conduzir terapias respiratórias e ensino de técnicas que possam impedir as exacerbações da DPOC.

Palavras-chave: fumo, obesidade, enfermagem

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), affecting as airflow blocking pathways and making breathing difficult. It causes the carrier some main symptoms such as cough, phlegm, dyspnea and wheezing. From. Objectives: To describe the clinical manifestations of the patient with COPD and present the main nursing care to the patient affected by the disease. Method: this is a bibliographic review carried out in the LILACS, BDNF MEDLINE databases, as well as in websites and magazines. smoking, obesity, nursing care with the Boolean operator e. Results and analysis: Get a total of 127 articles using the selected descriptors. After applying the inclusion criteria, 73 articles were excluded. After reading the title and abstract of the 54 remaining articles, 11 were stratified for full reading, according to the study design and methodological rigor. It is observed that the professional nurse has autonomy in the guidance and caregiver has the COPD patient, with the main purpose of reducing the damage caused. Conclusion: At the moment when the disease enters the care of the patient, the figure of teaching that has the function of resources of additional resources and the function of resources that can affect PD can avoid such exacerbations of DPOC.

Keywords: smoking, obesity, nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fisiopatologia das manifestações sistêmicas e locais da doença pulmonar obstrutiva crônica.....	17
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fluxograma com o passo a passo da coleta dos artigos	20
Tabela 2: Distribuição dos artigos pelo cruzamento dos descritores da base de dados	22

LISTA DE ABREVIATURAS

ALAT – Associação Latino-Americana de Tórax

BETA-2 agonista de longa ação - medicamentos largamente prescritos para controlar os sintomas da DPOC

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

CAT - Assessment Test™ - (questionário utilizado pelo profissional de saúde para medir o impacto que a DPOC causa no seu bem estar e no seu dia a dia

DEFICIÊNCIA DE ALFA - 1 antitripsina) - inibidor enzimático que normalmente se contrapõe à destruição à destruição do tecido pulmonar por outras determinadas enzimas

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*

mMRC - *Modified Medical Research Council* - escala para medição da falta de ar

VEF 1 - Volume expiratório forçado no primeiro segundo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 REPERCURSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NO COTIDIANO DO PACIENTE COM DPOC	19
4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DPOC	19
5. METODOLOGIA	21
DISCUSSÃO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O tabagismo é sua principal causa. O substrato fisiopatológico da DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo em um mesmo indivíduo. Os principais sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônicos. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas, divulga o Ministério da Saúde no Brasil (2016).

De acordo com a *Gold* (2011), citado por Queiroz, et al (2012), as doenças respiratórias crônicas representam um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, afetando a qualidade de vida das pessoas e gerando incapacidade física e grande impacto socioeconômico. Os óbitos por DPOC estão projetados para aumentar em 30% nos próximos 10 anos, a menos que medidas sejam tomadas para reduzir os fatores de risco e o subdiagnóstico. As estimativas mostram que a DPOC será a terceira maior causa de morte no mundo em 2030.

Segundo Vestbo (2013), et al (2013), citado por Torres, et al (2014), a DPOC é caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, progressiva e não totalmente reversível, porém previsível e tratável. Sua manifestação se dá por sinais e sintomas de dispneia, tosse e expectoração. O diagnóstico é baseado em achados clínicos e a conformação é feita pela realização do teste de função pulmonar. O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, sendo o tabagismo responsável por 80 a 90% dos casos.

De acordo com Dourado, et al (2006), citado por Tavares, et al (2012), pacientes acometidos de DPOC apresentam grande prejuízo da sua capacidade funcional, geralmente devido a limitação ventilatória, hiperinsuflação pulmonar estática e dinâmica, alterações musculares periféricas, estresse oxidativo, má perfusão periférica e descondicionamento físico.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) provoca a destruição do tecido pulmonar e inflamação nos brônquios e é a principal causa de morte por doenças respiratórias nos adultos representando 5,5% das mortes nessa população, com maior incidência à medida que a idade avança. Os tabagistas são os mais atingidos pela DPOC, após os 40 anos de idade e independentemente do gênero. Estima-se que no Brasil cerca de 12% da população adulta tenha DPOC, Asbai (2019).

Em uma definição mais técnica, Brunner& Suddarth (2020), descrevem que a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um estado patológico caracterizado por limitação do fluxo de ar que não é totalmente reversível e pode incluir as doenças que causam a obstrução do fluxo de ar, como por exemplo enfisema pulmonar, bronquite crônica ou qualquer combinação desses distúrbios. Segundo eles, a DPOC é a quarta causa principal de mortalidade e a 12ª causa principal de incapacidade nos Estados Unidos.

Ainda de acordo com Brunner& Suddarth (2020), a DPOC é a quarta causa principal de mortalidade e a 12ª causa principal de incapacidade nos Estados Unidos.

De acordo com Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II, citado por Cedano, et al (2012), No Brasil, a DPOC ocupa a quinta posição entre as causas de morte, com uma prevalência estimada em 12% na população acima de 40 anos. Aspectos variados de sintomatologia da doença são decorrentes da disfunção respiratória causada por hipoxemia.

Oferecer oxigenoterapia contínua é um dos tratamentos indicados para se evitar a hipoxemia crônica, o que não impede que pacientes em oxigenoterapia domiciliar prolongada, sejam dependentes, em algum grau, para a realização das atividades de vida diária, devido à extensa limitação do fluxo aéreo e à restrição aos movimentos impostos pelo uso do oxigênio, fatores esses que podem interferir na qualidade de vida, acrescenta Okubadejo(1997), citado por Cedano et al (2012).

Os cuidados de enfermagem entram no momento em que começam as falhas de autocuidado por parte do paciente em DPOC ou sobrecarga do cuidador domiciliar frente às necessidades que o portador da DPOC necessita quando das exacerbações ou sintomas comuns da doença, como por exemplo a dispneia.

Têm-se as seguintes questões norteadoras de pesquisa: quais são as manifestações clínicas da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e quais cuidados de enfermagem são necessários aos portadores da doença?

2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Objetiva-se com essa pesquisa apresentar as principais manifestações clínicas do paciente acometido por DPOC.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as manifestações clínicas do paciente com DPOC e apresentar os principais cuidados de enfermagem ao paciente acometido por pela doença.

3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

O presente trabalho se justifica porque a assistência em saúde é prestada em qualquer cenário onde há indivíduos que necessitem de intervenções, de modo a garantir sua manutenção de vida.

Torna-se preponderante no ensino, pois mediante os resultados conseguirá evidenciar aspectos a serem revistos. Na prática assistencial, poderá destacar aspectos relevantes a serem aludidos, com finalidade de promover melhora na qualidade do serviço. Na pesquisa, originará uma revisão integrativa para consulta dos pesquisadores e estudiosos do tema, subsidiando assim um conhecimento científico sobre a temática.

Esse projeto tem relevância uma vez que a população tem sido acometida por DPOC, mas desconhecem ou em diversos casos levam algum tempo até descobrir o problema causando piora no quadro por falta de tratamento específico para melhorar a qualidade de vida do portador da doença.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Brunner & Suddarth (2020), a limitação do fluxo de ar é progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões para as partículas ou gases nocivos. Por causa da inflamação crônica e das tentativas do organismo para repará-las, o estreitamento ocorre nas pequenas vias aéreas periféricas. Com o passar do tempo, esse processo de lesão-e-reparação causa a formação do tecido cicatricial e o estreitamento da luz da via aérea.

Brunner & Suddarth (2020) enfatizam que a obstrução do fluxo do ar também pode ser causada por destruição parenquimatosa, conforme é observado com o enfisema, uma doença dos alvéolos ou unidades de troca gasosa. Além da inflamação, os processos relacionados aos desequilíbrios das proteinases e antiproteinases no pulmão podem ser responsáveis pela limitação do fluxo de ar. Quando ativadas pela inflamação crônica, as proteinases e outras substâncias podem ser liberadas, lesionando o parênquima do pulmão. As alterações parenquimatosas podem ser liberadas lesionando o parênquima do pulmão. As alterações parenquimatosas podem acontecer como uma consequência de inflamação ou de fatores ambientais ou genéticos (p. ex. deficiência de alfa-1 antitripsina).

Observa-se que são diversos os fatores de risco para que o paciente apresente a DPOC, dentre eles destaca-se: exposição à fumaça de tabaco contribui com uma estimativa de 80 a 90% dos casos de DPOC; tabagismo passivo; exposição ocupacional; poluição do ar ambiente; anormalidades genéticas, incluindo deficiência de alfa 1, antitripsina, um inibidor enzimático que normalmente se contrapõe à destruição à destruição do tecido pulmonar por outras determinadas enzimas, descreve Brunner & Suddarth (2020).

Abordando a mecânica da ventilação pulmonar, de acordo com Guyton e Hall (2012), o volume pulmonar aumenta e diminui à medida que a cavidade torácica se expande e se retrai. Sempre que a extensão ou o diâmetro da cavidade torácica aumenta ou diminui, ocorrem mudanças simultâneas no volume pulmonar. A respiração tranquila normal é feita com o diafragma. Durante a inspiração, a contração do diafragma empurra as superfícies inferiores dos pulmões para. Durante a expiração, o diafragma relaxa, e o recolhimento elástico dos pulmões, da parede torácica e das estruturas abdominais

comprime os pulmões e durante a respiração intensa, as forças elásticas não são suficientemente fortes para causar a expiração rápida.

De acordo com Brunner & Suddarth (2020), a DPOC caracteriza-se por três sintomas principais: tosse crônica, produção de escarro e dispneia de esforços. Com frequência, esses sintomas agravam-se com o passar do tempo. A tosse crônica e a produção de escarro frequentemente precedem o desenvolvimento da limitação do fluxo de ar em muitos anos. No entanto, nem todas as pessoas com tosse e produção de escarro desenvolvem DPOC. A dispneia pode ser grave e, com frequência, interfere com as atividades do paciente.

A perda de peso é comum, porque a dispneia interfere com a alimentação, e o esforço respiratório depleta a energia. Comumente, os pacientes não podem participar nem mesmo de exercício leve por causa da dispneia; à medida que a DPOC progride, a dispneia acontece mesmo em repouso. À medida que o esforço que o esforço respiratório aumenta com o passar do tempo, os músculos acessórios são recrutados em um esforço para respirar. Os pacientes com DPOC estão em risco para insuficiência respiratória e infecções, que, por sua vez, aumentam o risco de insuficiência respiratória aguda e crônica, descrevem Brunner & Suddarth (2020).

Conforme Meneses, et al (2020), de acordo com publicação no Congresso Nacional Transdisciplinar, a respeito do perfil epidemiológico e fisiopatologia da doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil, os dados para o Brasil, obtidos até o momento, são de questionários de sintomas, que permitem estimar a DPOC em adultos maiores de 40 anos em 12% da população, ou seja, 5.500.000 indivíduos, sendo assim, considerando dados preliminares do estudo platino realizado pela ALAT (Associação Latino-Americana de Tórax), na cidade de São Paulo, a prevalência da DPOC varia de 6 a 15,8% da população com idade igual ou superior a 40 anos, equivalente a 2.800.000 a 6.900.000 indivíduos com DPOC.

De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2016), as condições clínicas da DPOC que necessitam de encaminhamento para tratamento especializado são:

- DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação de DPOC no último ano, em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação);

- DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto);
- paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC ou pontuação maior ou igual a 10 no instrumento de Avaliação do DPOC (CAT), mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação);
- avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise).

Mannino (2012), citado por Silva, et al (2012), acrescenta que a DPOC é uma doença heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao paciente e ao sistema de saúde. É uma enfermidade complexa e que requer uma avaliação multidimensional em relação à avaliação clínica e à resposta ao tratamento.

De acordo com Brunner & Suddarth (2020), a insuficiência e a falência respiratórias são as principais complicações da DPOC com risco de vida. A determinação precisa do início e a gravidade da insuficiência respiratória dependem da função pulmonar basal, dos valores da oximetria de pulso ou da gasometria arterial, das condições mórbidas concomitantes e da gravidade de outras complicações da DPOC. A insuficiência e a falência respiratória podem ser crônicas (com a DPOC grave) ou agudas (com o broncoespasmo grave ou pneumonia em um paciente com DPOC grave). A insuficiência e falência respiratórias agudas podem necessitar de suporte ventilatório até que outras complicações agudas, como a infecção, possam ser tratadas. (...). As outras complicações da DPOC incluem pneumonia, atelectasia, pneumotórax e hipertensão arterial pulmonar.

Conforme descrito por Pinto e Kay (2011), são algumas das inquietações da comunidade científica mundialmente: a avaliação da qualidade do cuidado, seu entendimento nas condições crônicas severas, o autocuidado de pacientes crônicos, modelos educativos para cuidados em saúde e a qualidade de vida do doente. Na família, o cuidado é a causa de estresse na dinâmica cotidiana familiar, levando à complicações físicas, mentais e emocionais ao cuidador, perda da liberdade e/ou sobrecarga dos cônjuges.

Ike, et al (2010), citado por Costa, et al (2017), mencionam que além do comprometimento pulmonar a DPOC apresenta manifestações sistêmicas relacionadas,

como: intolerância ao exercício físico, disfunção muscular periférica, alterações nutricionais e exacerbações recorrentes levando a hospitalizações.

Para NICI, et al (2006), citado por Costa, et al (2017), a perda de massa muscular, alterações nas fibras musculares e no fluxo sanguíneo, além de acidose láctica precoce, contribuem para a intolerância ao exercício físico.

Conforme O'donnell (2006), citado por Costa, et al (2017), a dispnéia é o principal sintoma desta doença, onde os pacientes tem uma redução das atividades de vida diária, desencadeando assim o ciclo vicioso da dispnéia, onde os pacientes cada vez fazem menos atividades e sentem mais falta de ar.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro sobre Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose (2004), citado por Dourado, et al (2006), embora a DPOC acometa os pulmões, há diversas manifestações sistêmicas relacionadas a esta enfermidade. As manifestações locais e sistêmicas da DPOC estão resumidas na Figura 1:

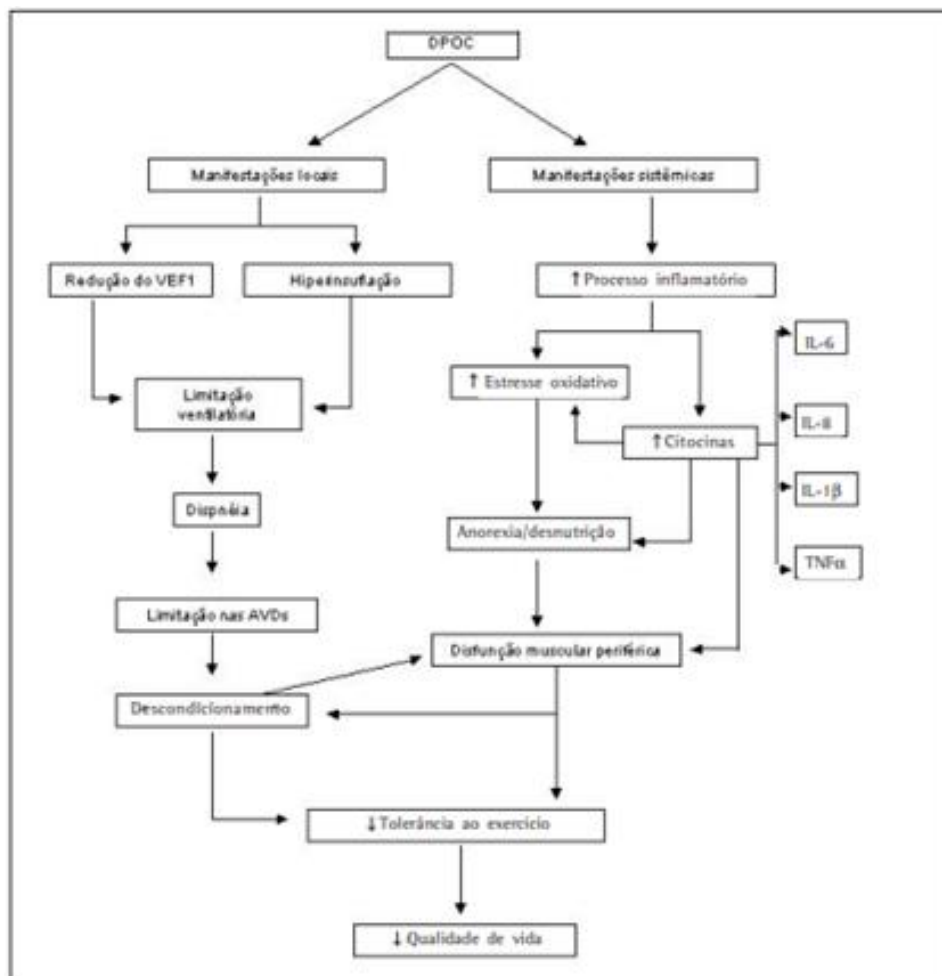


Figura 1 - Fisiopatologia das manifestações sistêmicas e locais da doença pulmonar obstrutiva crônica

De acordo com Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - GOLD (2011), citado por Queiroz, et al (2012), O subdiagnóstico da DPOC e, conseqüentemente, a falta de tratamento são pontos cardinais do combate mundial da doença. Outra faceta importante é que a DPOC não é vista como uma doença sistêmica e, portanto, não é avaliada como parte do sistema de vigilância das doenças crônicas, que incluem doenças cardiovasculares e doenças metabólicas.

Além do mencionado tabaco, conforme Torres (2008), citado por Moreira, et al (2013), cerca de 1,5-2 milhões de mortes por ano, mundialmente, são atribuídas a doenças relacionadas à poluição pela combustão de biomassa. E de acordo com Guoping, et al (2010), também citado por Moreira, et al (2013), revisões e metanálises demonstram que a exposição à fumaça de biomassa é importante fator de risco para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Para Salvi S e Barnes (2009), citado por Moreira, Maria Auxiliadora Carmo, et al (2013), aproximadamente 3 bilhões de pessoas no mundo estão expostas à fumaça de biomassa, enquanto o número de fumantes é bem menor, 1,1 bilhão, colocando a exposição à fumaça de biomassa como o maior fator de risco para DPOC globalmente.

Conforme a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004), Levy, et al (2012), citado por Torres, et al (2018) as maiores prevalências de tabagismo no Brasil encontram-se nas regiões Sul e Sudeste, onde também se observam as maiores taxas de mortalidade por DPOC. Inquéritos nacionais mostram que a prevalência do tabagismo no Brasil em pessoas com 18 anos ou mais de idade tem declinado substancialmente, de 34,3% em 1989 para 14,7% em 2013.

Levy, et al (2012), citado por Torres, et al (2018) mencionam que a diminuição na prevalência de fumantes, provavelmente, é resultado de medidas implementadas pelo Ministério da Saúde desde o final da década de 1980, como a Política Nacional de Controle do Tabaco, a qual incluiu, entre outras ações, a promoção de ambientes livres de tabaco, o tratamento do fumante pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para cessação de tabagismo, políticas de preços e impostos para o setor, além de ações de vigilância epidemiológica.

4.1. REPERCURSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NO COTIDIANO DO PACIENTE COM DPOC

De acordo com Hammel (2020), citado por Vasconcelos, et al (2022), a principal medida preventiva preconizada na pandemia de COVID-19 para propagação do vírus é o isolamento social, que acabou por alterar bruscamente a rotina de todas as pessoas, causando uma interrupção generalizada na vida ocupacional, atingindo todas as faixas etárias ou ciclos de vida em todo o mundo.

Kamalalakannan& Chakraborty (2020), citado por Vasconcelos, et al (2022), apontam que a pandemia restringiu o desempenho das ocupações e que os pacientes com DPOC, por serem considerados mais vulneráveis, foram resguardados de realizar suas ocupações significativas.

4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DPOC

Para Casey et al (2011) e Isselt et al (2014), citado por Nabais e Sá (2018), os exercícios respiratórios e o treino de exercício para fortalecimento muscular, são intervenções essenciais em um programa de reabilitação respiratória, que permitem melhorar a função pulmonar e tolerância à atividade física para que a pessoa com DPOC tenha a capacidade de assumir o papel de agente de autocuidado.

No entanto Nabais (2014), esclarece que quando não possuem essa habilidade tornam-se agentes dependentes de cuidados, necessitando de cuidados de outros, nomeadamente de um familiar/cuidador ou de enfermeiros.

Outra ação é instruir a pessoa a gerir as exacerbações da DPOC. As intervenções identificadas para além de aumentarem a capacidade para executar ações de autocuidado, também aumentam a capacidade de gerência da doença, diz Nabais e Sá (2018). Para elas, o enfermeiro surge como prestador de cuidados que ajuda a pessoa a reduzir as necessidades de autocuidado, pois em face ao déficite de autocuidado, o enfermeiro presta cuidados no sentido de minimizar os efeitos desse déficite, capacitando a pessoa e promovendo estratégias de apoio e

educação, tendo em vista o autocontrole Orem (2001), citado por Nabais e Sá (2018).

Em conclusão, Nabais e Sá (2018), informam que as intervenções de enfermagem como os exercícios respiratórios, treino de exercício e a educação para a saúde sobre o autocontrole da doença, permitem reduzir as necessidades e aumentar a capacidade destas pessoas frente aos déficits. A intervenção do enfermeiro, permite assim promover o autocuidado, ajudar a pessoa/família na gestão da doença, permitindo potenciar a autonomia e o bem-estar.

Conforme Santos, et al (2019), o enfermeiro possui um importante papel na confirmação do diagnóstico da DPOC, do qual a partir da anamnese e exames associados a ele, determina e monitora a gravidade da doença e sua progressão.

De acordo com Pontes (2016), citado por Silva (2020), a possibilidade da doença crônica ser permanente na vida de uma pessoa, domina a sua saúde individual e/ou da comunidade.

Face a este fato, torna-se relevante a competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na melhoria da adesão à terapêutica e aquisição de hábitos de vida saudáveis, evitando a progressão da DPOC, diz DGS, (2019), citado por Silva (2020). A gravidade da doença traduz-se pela avaliação dos sintomas, aumento das exacerbações, presença de comorbidades e alterações graves na espirometria, Gold (2020), citado por Silva (2020).

A enfermagem como ciência prática, requer conhecimento científico para a construção do seu propósito. Uma disciplina estrutura-se através de um corpo de conhecimentos, baseado num determinado segmento da realidade, diz Taylor e Renpenning (2011), citado Silva (2020).

O foco da disciplina e a constituição do seu objetivo é baseado num conceito teórico, salientando a pessoa como o centro da enfermagem. Tornando-se essencial, a identificação das necessidades da pessoa e prestar cuidados com base num modelo de enfermagem diz Dahmardeh et al. (2017), citado por Silva (2020).

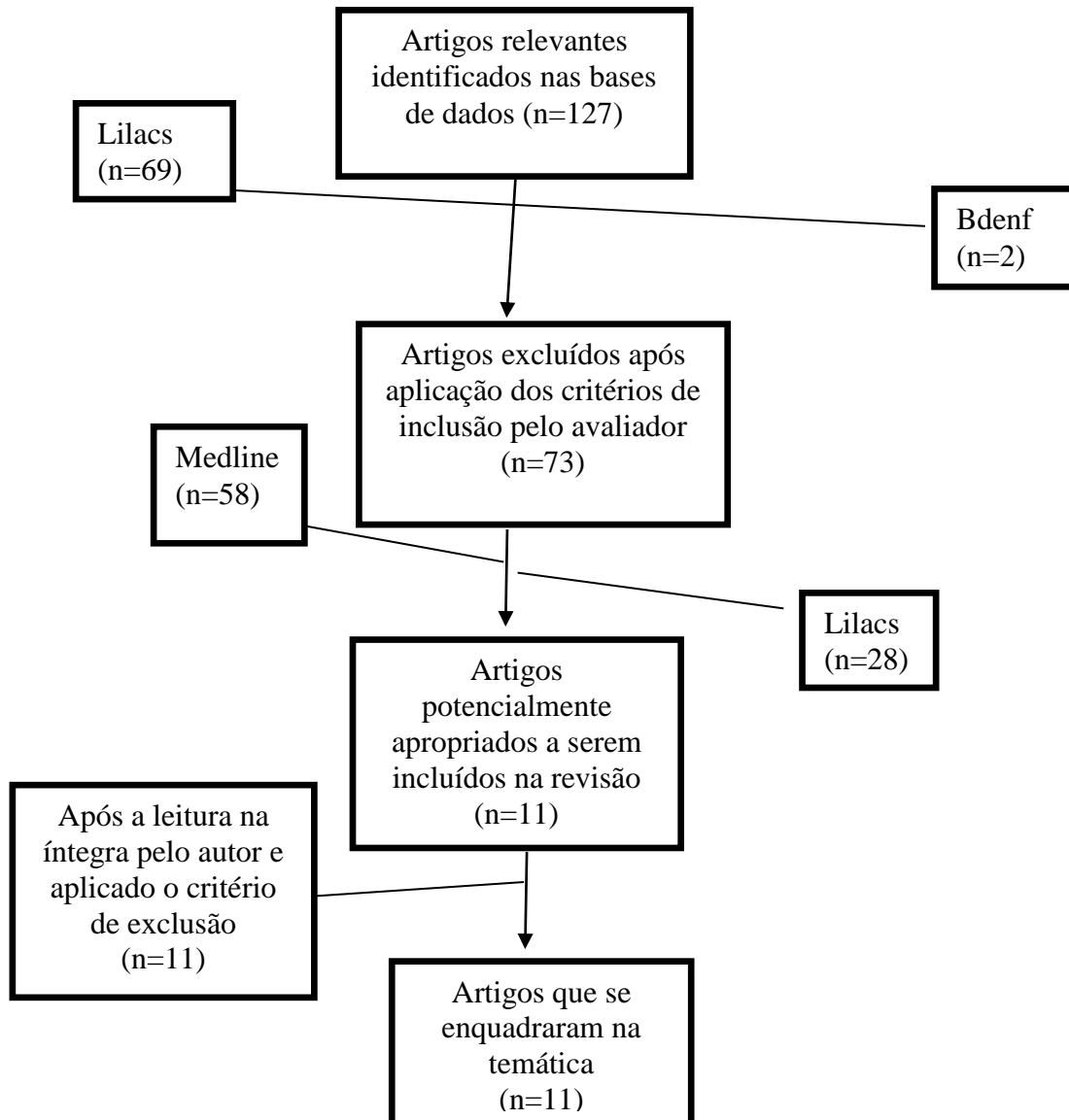
5. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, por meio da literatura, obras, bem como pesquisas de artigos em sites, revistas delimitando o tema objetivo da pesquisa.

Foram utilizados os descritores: DPOC, tabagismo, obesidade, cuidados de enfermagem com o operador booleano and utilizando a partir da sua confirmação nos descritores em Ciências da Saúde (DECS). A coleta dos dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos relacionados à temática de estudo, da área de enfermagem, no idioma português, com texto na íntegra e com menos de dez anos de publicação. E como critérios de exclusão: artigos repetidos em mais de uma base de dados, os que não envolviam seres humanos, os que têm como temática central a pediatria.

Obteve-se um total de 127 artigos utilizando os descritores selecionados. Após aplicação dos critérios de inclusão teve-se 73 artigos excluídos. Após leitura do título e resumo dos 54 artigos restantes, estratificou-se 11 para leitura na íntegra, de acordo com a relevância para construção do estudo e rigor metodológico. Após concluir a pesquisa foram selecionados os 11 artigos, conforme observado no quadro 1, onde foi realizada leitura crítica e análise dos mesmos para construção das categorias temáticas.

Quadro 1: Fluxograma com o passo a passo da coleta dos artigos

Fonte: O autor, 2022.

RESULTADOS

Quadro 2: Distribuição dos artigos pelo cruzamento dos descritores da base de dados.

N	TÍTULO	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE PESQUISA	PAIS
1	ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DE REPRODUTIBILIDADE DO DUKE ACTIVITY STATUS INDEX PARA PACIENTES COM DPOC NO BRASIL	J BRAS PNEUMOL	2012	QUANTITATIVA	BRASIL
2	ADAPTAÇÃO CULTURAL E REPRODUTIBILIDADE DO QUESTIONÁRIO PARA PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC NO BRASIL	J BRAS PNEUMOL	2012	QUANTITATIVA	BRASIL
3	CUIDADO E DOENÇA CRÔNICA: VISÃO DO CUIDADOR FAMILIAR NO NORDESTE BRASILEIRO	CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	2012	QUANTITATIVA	BRASIL
4	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM MULHERES EXPOSTAS À FUMAÇA DE FOGÃO À LENHA	REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA	2012	QUALITATIVO	BRASIL
5	INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DPOC EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA	J BRAS PNEUMOL	2012	QUANTITATIVA	BRASIL
6	SUBDIAGNÓSTICO DE DPOC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM APARECIDA DE GOÂNIA, GOIÁS	J BRAS PNEUMOL	2012	QUANTITATIVA	BRASIL
7	PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO SUL DO BRASIL	SCIELO	2016	QUANTITATIVA	BRASIL
8	EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA	BRASPEN	2017	QUALITATIVA	BRASIL
10	FATORES ASSOCIADOS À DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	2017	QUANTITATIVO	BRASIL
11	AUTOPERSEPÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOBRE SEU DESEMPENHO OCUPACIONAL EM TEMPO DE PANDEMIA DE COVID-19	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	2022	QUANTITATIVA	BRASIL

DISCUSSÃO

De acordo com Tavares, et al (2012), a DPOC é uma doença respiratória prevenível e tratável, as exacerbações e as comorbidades contribuem para a gravidade dos pacientes individualmente.

Silva, et al (2012), informam que a DPOC é uma doença heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao paciente e ao sistema único de saúde.

O desconhecimento sobre a DPOC e como enfrentar sua evolução, leva à angústia e ao sofrimento, mencionam Pinto e Nations (2012).

De acordo com Rycroft (2012) et al, citado por Barbosa, et al (2018), a intensidade do tabagismo e a persistência do consumo, mesmo após o diagnóstico, apresentam relação direta com a mortalidade da DPOC.

O fato de cessar o tabagismo é descrito como a intervenção mais efetiva na redução da progressão do comprometimento da função pulmonar, com aumento da sobrevida e redução de morbidade. Um Estudo transversal com 3.954 idosos avaliou o papel dos sintomas respiratórios no diagnóstico da obstrução ao fluxo aéreo referindo que, em fumantes e não fumantes, a presença de dois dentre três sintomas respiratórios

(tosse, chiado ou catarro) quase dobra a chance de DPOC. No entanto, apenas a presença de sintomas respiratórios e tabagismo não são suficientes para o diagnóstico da DPOC, havendo a necessidade de confirmar a presença de obstrução pelo exame de espirometria. A presença de catarro na DPOC está associada ao tabagismo, diz Fernandes, et al (2016).

Ficou demonstrado em estudo de avaliação de prevalência e fatores associados, conduzido no Brasil, que a DPOC se associa positivamente com idade e tabagismo e inversamente com o índice de massa corporal, relata Menezes (2005), citado por Barbosa, et al (2017).

Para Shafey e Deib (2015), citado por Tavares, et al (2017), maiores prevalências de sobrepeso e obesidade foram observados em pacientes portadores de DPOC, associados ao IMC.

De acordo com Costa, et al (2015), também citado por Tavares, et al (2017), é consenso na literatura que haja aumento da massa gorda e perda da massa magra em um percentual de 20 a 40% nos portadores de DPOC.

Para Moreira, et al (2012), após estudo, em mulheres idosas, moradoras da zona rural por longo tempo e expostas à fumaça de lenha por período prolongado, apresentam risco para DPOC. Nessas mulheres a espirometria aumenta a chance de diagnóstico da doença, mesmo quando os sintomas respiratórios são poucos expressivos.

Para Pinto, et al, citado por Cedano, et al (2012), embora os dados clínicos e o tratamento sejam fundamentais para aumentar a sobrevivência do paciente com DPOC, conhecer a qualidade de vida e as variáveis que a influenciam pode subsidiar as intervenções dos profissionais de saúde o mais precocemente possível, a fim de preservar a saúde e promover o bem estar.

A realização de estudos e intervenções relacionados ao diagnóstico da DPOC na atenção primária se faz necessária para a detecção precoce e o melhor controle da doença, enfatizam Queiroz et al (2012).

Para Moreira, et al (2013) e Moreira, et al (2008), citado por Barbosa, et al (2017), na América Latina, alguns estudos descrevem uma importante prevalência da doença e reiteram a importância de identificação de fatores de risco associados, fazendo referência ao subdiagnóstico.

Roth, et al (2017), citado por Vasconcelos, et al (2022), enfatizam que atualmente, a DPOC é uma das principais causas de morbidade crônica e a terceira principal causa

de morte no mundo, responsável por 3,2 milhões de mortes em 2017 com estimativa do aumento progressivo deste número nos próximos anos.

Para Rabe & Watz (2017), citado por Vasconcelos, et al (2022), a DPOC continuará sendo um problema de saúde pública significativo no futuro devido à exposição contínua a fatores de risco e ao envelhecimento da população.

O quadro 2 apresenta a distribuição dos artigos selecionados após a busca nas bases de dados. A maior frequência de publicação foi no ano de 2012, totalizando seis artigos, seguido do ano de 2017 com duas publicações e o mais atual de 2022. Dez artigos apresentam a metodologia quantitativa, o que configura uma tendência à quantificar e apresentar quantitativamente os malefícios causados pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPOC é uma doença crônica que afeta as vias aéreas inferiores, causando incapacidade física e dependência, necessitando o paciente de cuidados especiais nas fases mais avançadas, não tem cura, mas é tratável. Pode ter sua causa no tabagismo e inalação de fumaças tóxicas por tempo prolongado ou mesmo por má formação genética.

A medida que uma pessoa portadora da doença envelhece, os sintomas tornam-se mais graves devido ao avanço da idade. A obesidade é outro fator que torna a vida do portador ainda mais difícil, devido as limitações do corpo causado pelo excesso de peso e o sedentarismo que a obesidade trás.

No momento em que a doença afeta a capacidade de autocuidado do portador, entra a figura do enfermeiro que tem a função de conduzir terapias respiratórias e ensino de técnicas que possam impedir as exacerbações da DPOC.

No Brasil afeta 12% da população adulta e é a quinta na posição de causas de morte e as estimativas mostram que a tendência é de aumento. Estima-se que em 2030, a DPOC continuará na lista como a terceira maior doença a causar mortes em todo o mundo.

As manifestações clínicas são principalmente os principais sintomas apresentados pelos portadores da doença, que são: tosse, catarro, dispneia, sibilos, sobrepeso, fadiga e incapacidade física dependendo do grau da doença.

Se um diagnóstico tardio ou baixa adesão a terapia medicamentosa e as medidas para controle da doença não serem seguidos, pode levar a quadro de exacerbações e nesse momento, um dos principais cuidados de enfermagem é instruir ao portador formas dele evitar essas exacerbações e ajudá-lo com terapias respiratórias.

Os objetivos gerais e específicos foram alcançados, uma vez que foi possível apresentar as principais manifestações clínicas do paciente acometido por DPOC e descrever os principais cuidados de enfermagem ao paciente acometido por pela doença.

A metodologia possibilitou o alcance dos objetivos, porém a dificuldade esteve nos anos de publicação das obras. Foi bem desafiador localizar na BVS publicações que fossem inferiores a cinco anos de publicação.

6. REFERÊNCIAS

ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **DPOC: Estimativa é que 12% da população adulta tenha a doença.** 7 de março de 2019. Endereço eletrônico: ASBAI. Disponível em: <<https://asbai.org.br/dpoc-estimativa-e-que-12-da-populacao-adulta-tenha-a-doenca/>>. Acesso em: 22ago. 2021

BARBOSA, Ana Teresa Fernandes, et al. **Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em Idosos.** Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100063&script=sci_arttext>. Pesquisa em 20/04/2022

CASEY, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L. & Dowling, M. (2011). **Developing a structured education programme for clients with COPD.** British Journal of Community Nursing.16 (5) 231-237

CEDANO, Simone, et al. **Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada.** Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Enfermagem - UNIFESP/EPE - São Paulo (SP) Brasil. J Bras Pneumol, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-640756>>. Pesquisa em 27/04/2022

COSTA, Cássia Cinara da, et al. **Perfil demográfico e clínico de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no sul do Brasil.** Revista J Bras Pneumol. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-890096>>. Pesquisa em 27/04/2022

DAHMARDEH, H., Kianian, T. e Vagharseyyedin, S. (2017). **Effect of Orem-based self-care education program on disease-related problems in patients with multiple sclerosis: A clinical trial.** Medical - Surgical Nursing Journal, 6 (1), 14-20. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Orem-based-self-care-educationprogram-on-Dahmardeh-Kianian/d8111aab06ab2506371aa31ec02073ed7241aabe>

DOURADO, Victor Zuniga, et al. **Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica.** Revista J Bras Pneumol. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/tBx4LPB6g5zZHLbdRzCnsRs/?lang=pt#>>. Pesquisa em 27/04/2022

Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos. DOENGUES, Marillynn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. Editora Guanabara Koogan, 12º ed. 2015, P. 460

FERNANDES, Ana Teresa, et al. **Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos.** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Rui Braga, Vila Mauricéia, Montes Claros MG Brasil. Artigo, versão final apresentada em 21/07/2016

GUYTON, Arthur C. e HALL, John E. **Fundamentos da Fisiologia**. 12ª editora Elsevier: 2012, capítulo 37.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

ISSELT, E., Sruit, M., Groenewegen-Spkema, K., Chavannes, N. & Achterberg, W. (2014). **Geriatric rehabilitation for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease**. *Chronic Respiratory Disease*,11(2), 111–11.

MENEZES AMB, JARDIM JR, PÉREZ-Padilla R, CARMELIER A, Rosa F, NASCIMENTO O, HALLAL PC, PLATINO Team. **Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil**. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1565-1573

MENESES, Milena da Rocha Rodrigues et al. **Perfil epidemiológico e fisiopatológico da doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil**. In: **Congresso Internacional Transdisciplinar - CONITRA - FAHESP/IESVAP, 2020**. Disponível em: <<https://www.doity.com.br/anais/congresso-internacional-transdisciplinar-conitra/trabalho/127718>>. Acesso em: 20/05/2022

MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo, et al. **Doença pulmonar obstrutiva crônica em mulheres expostas à fumaça de fogão à lenha**. *Revista Assoc Med Bras*. 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-697393>>. Pesquisa em 27/04/2022

Moreira GL, Manzzano BM, Gazzoti MR, Nascimento AO, Perez-Padilha R, Menezes AMB, Jardim JR. **PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico**. *J Bras Pneumol* 2013; 40(1):30-37.

Moreira MAC, Moraes MR, Silva DGST, Pinheiro TF, Vasconcelos Júnior HM, Maia LFL, Couto DV. **Estudo comparativo de sintomas respiratórios e função pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada à exposição à fumaça de lenha e de tabaco**. *J Bras Pneumol* 2008; 34(9):667-674.

MURAHOVSKI, Ana Claudia Sayeg Freire. COSTA, Andry Fiterman. At All. **Doença pulmonar obstrutiva crônica**. Portaria SAS/MS no 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013. Endereço eletrônico: Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-pulmonar-obs-cronica-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 22ago. 2021, capítulo 24.

NABAIS, Ana Sofia; SÁ, Maria do Céu. **Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Autocuidado na Pessoa com DPOC: uma Revisão Sistemática da Literatura**. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1772/1725>>. Pesquisa em 07/06/2022

PINTO, Juliana Maria de Souza; NATIONS, Marilyn Kay. **Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro**. Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/V8ZpfSKZvTKJ6sSnDYW6p5y/?lang=pt>>. Pesquisa em 27/04/2022

PINTO MF, Barbosa DA, Ferreti CE, Souza LF, Fram DS, Belasco AG. **Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer**. Acta Paul Enferm. 2009;22(5): 652-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500009>

Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cirurgia_toracica_pneumologia_v_V.pdf>. Pesquisa em 19/09/2021
Orem, D. (2001). **Nursing: concepts of practice**. (6th ed.). St. Louis: Mosby.

PONTES, M. (2016). Doença Crônica. In Vieira e Sousa (1ª edição), **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp. 487-500)**. Loures, Portugal: Lusodidacta

QUEIROZ, Maria Conceição de Castro Antonelli Monteiro de, et al. **Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás**. Revista J Bras Pneumol. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-660558>>. Pesquisa em 27/04/2022

RYCROFT CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. **Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review**. Int J Chronic Obstruct Pulmo Dis 2012; 7:457- 494.

SANTOS, Dara Barbosa dos et al. **Cuidados de enfermagem à pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, [S.l.], jul. 2019. ISSN 2448-1203. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3476/3007>>. Acesso em: 07 Jun. 2022.

SILVA, Anabela Maria Cunha da. **Promoção do autocuidado na pessoa com DPOC: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34029/1/BCTFC137.pdf>>. Acesso em: 07 Jun. 2022.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SILVA, Patrícia Nobre Calheiros da, et al. **Adaptação cultural e reprodutibilidade do questionário para problemas respiratórios em pacientes portadores de DPOC no Brasil**. Universidade Federal de São Paulo (SP) / Universidade Estadual de Ciências da Saúde de alagoas, Maceió (AL). Revista J Bras Pneumol. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-640757>>. Pesquisa em 27/04/2022

Taylor, S. e Renpenning, K. (2011). **Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC.

TAVARES, Livia dos Anjos, et al. **Adaptação cultural e avaliação da reprodutibilidade do Duke Activity Status Index para pacientes com DPOC no Brasil**. Ambulatório de Pneumologia, Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju. Revista J Bras Pneumol. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-660557>>. Pesquisa em 27/04/2022

TAVARES, Maryane Gabriela, et al. **Excesso de peso e obesidade em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica**. Disponível em: <<http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/04/11-AO-Excesso-de-peso.pdf>>. Pesquisa em 10/05/2022

TORRES, Karla Dala Paula, et al. **Tendências de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, 1980-2014**. Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, RJ. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-953402>>. Pesquisa em 27/04/2022

VASCONCELOS, Roberta Fontenele de, et al. **Autopercepção do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre seu desempenho ocupacional em tempo de pandemia de COVID-19**. Universidades UPE, UECE, UNIFOR, UFC. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1360275>>. Pesquisa em 27/04/2022