



Escola Superior de Saúde Atlântica  
17º Curso de Licenciatura em Enfermagem  
Ano letivo 2020/2021  
Unidade Curricular: Ciclos Temáticos

**Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida do Adulto**

Trabalho Final de Licenciatura

Elaborado por:  
Filipe Correia Silva nº 201993426

Orientado por:  
Profª Margarida Tomás

Barcarena  
Julho de 2021

Escola Superior de Saúde Atlântica  
17º Curso de Licenciatura em Enfermagem  
Ano letivo 2020/2021  
Unidade Curricular: Ciclos Temáticos

**Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida do Adulto**

Trabalho Final de Licenciatura

Elaborado por:  
Filipe Correia Silva nº 201993426

Orientado por:  
Profª Margarida Tomás

Barcarena  
Julho de 2021

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

“Nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de vencer”  
(Daniel Serrão)

AGRADECIMENTOS

À Professora Margarida Tomás por toda a disponibilidade, carinho e dedicação durante a realização deste projeto, mas também pelo companheirismo e amizade durante os últimos anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

A todos os colegas de trabalho, pela disponibilidade, apoio e carinho que demonstraram ao longo do meu percurso académico.

Agradeço também à minha família pelo apoio, ajuda e motivação em especial nesta longa e penosa reta final.

À minha namorada Maria João por todo o amor, insistência e dedicação, por acima de tudo acreditar na concretização deste curso desde o primeiro dia.

Aos amigos Tiago Lourenço, Daniela Fernandes, Carlos Ferreira e Carolina Paiva pela motivação, amizade e pelo modo como contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

O meu sincero obrigado a todos aqueles que fizeram parte da construção deste projeto, sem eles este percurso não teria decorrido da mesma forma.

## RESUMO

**Título:** Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida do Adulto.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia limitante que está associada a altas taxas de morbilidade e mortalidade na população adulta, sendo líder entre as patologias respiratórias e associada a uma redução drástica na qualidade de vida (QV) dos doentes por baixo da tolerância ao exercício físico, sendo a dispneia o sintoma que mais interfere nas atividades de vida diárias, levando gradualmente ao sedentarismo e degradação da condição de saúde.

**Objetivos:** O objetivo geral do estudo é analisar quais são as alterações impostas pela DPOC na qualidade de vida, na população adulta, com idade compreendida entre os 18 e 65 anos; identificar de que maneira a DPOC influencia as atividades do quotidiano, assim como, quais são as estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC para satisfação das atividades de vida diárias.

**Método:** O presente estudo consiste numa revisão scoping da literatura, segundo o proposto pelo Instituto Joanna Briggs. A pesquisa de documentos foi efetuada na base de dados CINAHL, que teve como critérios de inclusão todos os artigos publicados entre 1 de Janeiro de 2015 e 30 de Junho de 2021 e com o idioma português e inglês.

**Resultados:** A partir de uma identificação de 102 artigos foi possível estipular para inclusão de 7 artigos. Após leitura reiterada e integral dos mesmos, com o propósito de estabelecer uma compreensão ampla, mas agregada que permitisse o destaque dos resultados em temas, tais como quais são os efeitos da DPOC na qualidade de vida, alterações que induzem novas estratégias em pessoas com DPOC para satisfação das suas necessidades e a evolução clínica da DPOC.

**Conclusão:** Na grande maioria de estudos analisados, a QV em pessoas com DPOC se encontra bastante alterada, sendo a limitação imposta na atividade física a causa que mais contribuiu para o maior prejuízo na QV, seguida dos principais sintomas da doença (dispneia, tosse, exacerbações, *etc.*) e, por fim, do impacto psicossocial. A gravidade da doença está inteiramente associada a um maior prejuízo da QV da pessoa. Após a análise de diversos artigos, entende-se não é apenas o tabagismo a causa de DPOC, apesar de existir uma maior relação entre o tabagismo e a DPOC. É de realçar que a DPOC não está apenas associada a fumadores, mas cada vez mais existe uma maior incidência nos intitulados de fumadores passivos, em que a grande maioria está associada ao género feminino. Além disto, a DPOC está associada à poluição ambiental, através da inalação de *particulate matter 2.5* (PM2,5), partículas de tamanho milionésimos produzidas através de combustíveis fósseis, emitidas por veículos e fábricas.

**Palavras-chave:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Qualidade de Vida; Adulto; Autocuidado.

## ABSTRACT

**Title:** Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on the Adult's Quality of Life.

**Introduction:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a limiting disease that is associated with high rates of morbidity and mortality in the adult population, being the leader among respiratory pathologies and associated with a drastic reduction in the quality of life (QL) of patients by low exercise tolerance, with dyspnea being the symptom that most interferes with daily living activities, gradually leading to a sedentary lifestyle and degradation of the health status.

**Objectives:** The general objective of the study is to analyze the changes imposed by COPD on the quality of life, in the adult population, aged between 18 and 65 years; identify how COPD influences daily activities, as well as what strategies are used by people with COPD to satisfy their daily activities.

**Method:** The present study consists of a scoping review of the literature, as proposed by the Joanna Briggs Institute. The document search was carried out in CINAHL's database, which had as inclusion criteria all articles published between January 1, 2015 and June 30, 2021, in Portuguese and English.

**Results:** From an identification of 102 articles, it was possible to stipulate the inclusion of 7 articles. After repeated and comprehensive reading of them, with the purpose of establishing a broad but aggregated understanding that would allow the highlighting of the results in themes, such as what are the effects of COPD on quality of life, changes that induce new strategies in people with COPD to meet your needs and the clinical course of COPD.

**Conclusion:** In the vast majority of the analyzed studies, the quality of life of people with COPD is significantly altered, with the limitation imposed on physical activity being the cause that most contributed to the greatest loss in QL, followed by the main symptoms of the disease (dyspnea, cough, exacerbations, etc.) and, finally, the psychosocial impact. The severity of the disease is entirely associated with a greater impairment of the person's QL. After analyzing several articles, it is understood that smoking is not the only cause of COPD, although there is a greater relationship between smoking and COPD. It should be noted that COPD is not only associated with smokers, but increasingly there is a greater incidence in those entitled passive smokers, in which the vast majority is associated with the female gender. Furthermore, COPD is associated with environmental pollution, through the inhalation of particulate matter 2.5 (PM2.5), millionths-sized particles produced through fossil fuels, emitted by vehicles and factories.

**Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Quality of life; Adult; Self-care.

## ÍNDICE

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE DE TABELAS.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	9
INTRODUÇÃO .....	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	14
1.1. Qualidade de Vida.....	14
1.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica .....	19
1.3. Papel do Enfermeiro na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	25
1.4. Respirar – Necessidade Humana Básica.....	30
2. METODOLOGIA .....	33
2.1. Importância da investigação em Enfermagem .....	33
2.2. Caracterização do estudo .....	34
2.3. Etapas da revisão <i>scoping</i> da literatura.....	35
2.4. Questão de investigação.....	36
2.5. Objetivos gerais e específicos .....	36
2.6. Critérios de inclusão.....	36
2.7. Estratégia de pesquisa .....	37
2.8. Considerações éticas .....	40
3. RESULTADOS.....	41
4. DISCUSSÃO .....	50
CONCLUSÃO .....	54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS .....	56
APÊNDICES.....	65

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação espirométrica da gravidade da DPOC baseada emVEF <sup>1</sup> pós broncodilatadores .....	23
Tabela 2 – Termos utilizados na revisão <i>scoping</i> da literatura .....	38
Tabela 3 – Resultados extraídos de artigos elegidos para a revisão <i>scoping</i> .....	41

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Hierarquia de Necessidades de Maslow .....	30
Figura 2 – Esquematização do protocolo de pesquisa, de seleção de artigos e de discussão de resultados .....	39

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACOS - Asthma-COPD Overlap Syndrome

ATP - Adenosina Trifosfato

ATS - American Thoracic Society

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CRF - Capacidade Residual Funcional

CVF - Capacidade Vital Forçada

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva crónica

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

ICN - International Council of Nurses

JBI - Joanna Briggs Institute

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NHB - Necessidades Humanas Básicas

NHWS - National Health and Wellness Survey

OE - Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OMS - Organização Mundial de Saúde

PM - Particulate Matter

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RM - Ressonância Magnética

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

VEF<sup>1</sup> - Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

WHOQOL - The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Ciclos Temáticos inserida no Curso de Licenciatura em Enfermagem, no plano curricular do 4.º ano, 2.º semestre, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), é proposta a realização de um trabalho de investigação, com a finalidade de consolidar todo o conhecimento adquirido no decorrer do percurso académico. A presente monografia tem como objetivo final a conclusão da Unidade Curricular Ciclos Temáticos para obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Inicialmente definiu-se uma área de interesse, que seja atualmente um problema relevante para a Enfermagem (Fortin, 1999). Neste sentido, a temática eleita tem como título o *Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida Do Adulto*.

Para o presente estudo definiu-se como **objetivo geral**: compreender qual o impacto que a doença pulmonar obstrutiva crónica tem na qualidade de vida da pessoa adulta. Como **objetivos específicos**: identificar alterações na qualidade de vida da pessoa com DPOC; identificar qual o impacto da DPOC no quotidiano da pessoa; identificar estratégias de adaptação da pessoa com DPOC na satisfação das atividades de vida diárias.

A problemática supracitada, estruturou-se em dois conceitos fundamentais: a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a Qualidade de vida do Adulto. Na análise destes conceitos, procurou-se essencialmente compreender quais as necessidades, as limitações, os problemas resultantes desta doença pulmonar e o seu impacto na qualidade de vida do adulto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Statistics – OMS, 2008) a nível mundial e europeu, as doenças respiratórias, nomeadamente a DPOC, são uma das principais causas de morte. Estima-se que a nível nacional, 40% da nossa população tenha sido diagnosticada com uma doença respiratória crónica, acreditando-se que esta seja uma realidade crescente. Salienta-se ainda, os registos epidemiológicos relativos aos últimos 12 anos, considerando-os alarmantes, uma vez que revelam que as doenças respiratórias

crónicas são a terceira causa de mortalidade e a quinta de internamentos hospitalares por doença (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2018).

De acordo com a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2019) a DPOC caracteriza-se como sendo uma limitação do fluxo aéreo que geralmente é progressiva e é associada a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas e pulmões a partículas tóxicas e gases tóxicos. Em Portugal esta doença torna-se a mais representativa das doenças respiratórias crónicas, atingindo 700 mil pessoas em Portugal e 210 milhões em todo o mundo (ONDR, 2018). Calcula-se que esta doença atinja 14,2% da população com mais de 40 anos, todavia é na faixa etária acima dos 70 anos que incide mais, atingindo 47,2%.

Neste momento a DPOC ocupa um lugar de destaque a nível mundial, por ser a quarta causa de morte e a nível nacional, por em 2014, ser a terceira causa de internamento por doença respiratória, com uma taxa de mortalidade em 2015, a nível nacional de 7,4% (ONDR, 2018; GOLD, 2019).

A DPOC representa um importante desafio para a saúde pública, sendo possível tratar e prevenir. Esta é fortemente influenciada pelo comportamento humano e está associada a fatores de modificáveis e evitáveis, provocando alterações ao nível da qualidade de vida das pessoas, ao longo do ciclo vital. Para além da diminuição da qualidade de vida, isto resulta em dispendiosos gastos para a saúde e consequentemente em baixa produtividade (ONDR, 2018).

A principal sintomatologia associada a esta doença é a dispneia, provocando uma diminuição da atividade física e social, originando um progressivo ciclo vicioso. Neste caso a intervenção de enfermagem pode quebrar o ciclo citado, permitindo à pessoa melhorar a sua condição física mantendo o seu autocuidado (Ries *et al.*, 2007).

Para Taylor (2004), o autocuidado é uma capacidade que o ser humano apresenta e que executa deliberadamente, quer seja pela própria pessoa ou por outrem, contribuindo assim para a manutenção da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, capacitando-a para desempenhar as suas atividades, procurando manter a vida, saúde e bem-estar. A função do enfermeiro de cuidados gerais passa por manter o autocuidado da pessoa, assistir no ganho de autonomia, dependendo das limitações impostas pela doença, desenvolver estratégias em conjunto com a pessoa, que permitam gerir exacerbações,

capacitar para a gestão da doença assim como manutenção da autonomia e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS).

O presente estudo consiste uma revisão *scoping* da literatura, com o intuito de contribuir para a prática de Enfermagem, relativamente à qualidade de vida em pessoas com DPOC. Este está dividido em cinco capítulos e contempla os seguintes pontos:

O primeiro capítulo diz respeito à fundamentação teórica, centrando-se na DPOC e Qualidade de Vida. Este divide-se em subcapítulos, apresentando um foco concetual que inclui a seguinte sequência: qualidade de vida; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; papel do enfermeiro na doença pulmonar obstrutiva crónica; necessidades humanas, enfatizando o respirar.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia referente ao presente estudo, tendo como base orientações do instituto Joanna Briggs. Este subdivide-se em oito subcapítulos: importância da investigação em Enfermagem; caracterização do estudo; etapas de revisão *scoping* da literatura; questão de investigação; objetivos gerais e específicos; critérios de inclusão; estratégia de pesquisa; e, considerações éticas.

O terceiro capítulo compreende os resultados, apresentados na forma de tabela de maneira a facilitar a apresentação dos artigos selecionados, que é complementada por uma descrição narrativa temática dos resultados que este estudo pretende estabelecer.

No quarto capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos, relacionando-os com as fontes bibliográficas apresentadas no enquadramento conceptual, assim como apresentando quais as limitações impostas no decorrer do presente estudo.

Por fim, o capítulo da conclusão em que se pretende destacar de que maneira este estudo contribuiu o para o ensino, investigação e para a prática de Enfermagem.

O presente estudo foi redigido as normas orientadoras do relatório científico da ESSATLA de acordo com as normas APA e segundo acordo ortográfico em vigor.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1. Qualidade de Vida

Definir Qualidade de Vida (QV) é algo complexo, sendo este conceito aplicado em diversas situações, como por exemplo, no senso comum em geral, política, filosofia, sociologia e, principalmente em áreas da saúde, como a medicina e enfermagem, por consequência do amplo avanço das ciências da saúde.

No ano de 1976, Campbell deparou-se com a enorme dificuldade em definir o termo, referindo ser verbalizado por muitos, mas que ninguém sabia exatamente o significado (citado por Seidl e Zannon, 2004).

Pressupõe-se difícil alcançar a exata definição, pois é utilizado em diferentes contextos, sofrendo bastante influência por parte da cultura, educação, relações pessoais e sociais, (Fleck, 2008) escolaridade, idade, condição socioeconómica ou algum grau de incapacidade (doença, deficiência, *etc.*) (Laurenti e Lebrão, 2003 citados por Pereira *et al.*, 2006). Os primeiros conceitos de QV subjetiva surgiram nos meados da década de 80, sendo ainda muito gerais e centrados no objetivo de analisar o impacto da doença crónica para assim serem utilizados para avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Fitzpatrick *et al.*, 1992; Kilian, Matschinger, & Angermeyer, 2001).

Contudo, pelo facto de não existir uma definição concordante do conceito de QV, um grupo internacional de investigadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi encarregue de desenvolver uma nova conceptualização teórica e metodológica, para desse modo elaborar instrumentos de avaliação capazes de clarificar a vertente concetual deste conceito até então abstrato (WHOQOL Group, 1994, 1995).

O grupo de estudos sobre a QV da OMS (1994), citado por Pires (2009, p. 115) definiu QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição considera que a qualidade de vida não está apenas relacionada com a sintomatologia ou efeitos da doença no estado

funcional do indivíduo, englobando a importância da cultura, valores e preferências pessoais, para a qualidade de vida subjetiva de cada indivíduo.

Investigadores na década de 90 parecem chegar a um consenso acerca da multidimensionalidade do tema, existindo uma concordância acerca da avaliação da QV, em que esta deve basear-se particularmente nas percepções e expectativas dos indivíduos, compreendendo-se assim a parcialidade do conceito, pois a QV é avaliada por cada indivíduo de forma individual (Seidl e Zannon, 2004).

O empenho no estudo da QV vem de encontro ao aumento da esperança média de vida e à maneira como as condições de vida e saúde têm vindo a melhorar no decorrer do último século, grande parte graças aos avanços na saúde pública e medicina. Baseado no facto de que “quantidade” de anos de vida não é sinónimo de “qualidade” de vida, o bem-estar subjetivo da pessoa ganha um aumento do reconhecimento e investigação por parte dos investigadores, governos e instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Têm surgindo diversos autores ao longo dos anos com inúmeras definições de QV, umas mais amplas outras mais específicas.

Calman (1984) citado por Velez (2007) define QV como “la diferencia entre lo que se desea de la vida de un individuo y lo que él puede alcanzar o no” (p. 92).

Ferrans e Powers (1985) citados por Kimura e Silva (2009) definem QV como a percepção que o indivíduo tem acerca do seu bem-estar, que pode ter origem na satisfação relativa a domínios da vida da pessoa que esta considera particularmente importantes.

Assim, estabelece-se uma unanimidade entre os diversos autores, em que a maioria refere que na avaliação da QV se deve incluir os domínios físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Camargos, Cópio, Sousa e Goulart, 2004; Neto e Conde, 2008).

Na prática clínica a QV está predominantemente relacionada com a doença ou o tratamento, resultando daí um outro conceito: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Scattolin, 2006), utilizada como referência para a pessoa doente avaliar vários aspetos do seu estado de saúde/doença, como sintomas, forma física, estado emocional/psicológico, interação social, atividade profissional e situação económica (Litvoc e Romano, 2007). Diz respeito a um conceito específico dos cuidados de saúde, podendo ter uma interpretação geral ou específica para cada doença, permitindo assim,

de uma forma clara e sucinta, avaliar o impacto da doença na qualidade de vida do indivíduo e conseqüentemente determinar uma escolha de terapêutica mais adaptada e eficaz (Litvoc e Romano, 2007).

Diversos estudos de QV, no âmbito da investigação em saúde, concluem que a QVRS nos dá uma maior consciência da QV referente aos aspetos relacionados com a saúde. No entanto salienta-se que a QV é interpretada relativamente à experiência quotidiana de cada indivíduo, em que ter QV não é sinónimo de ausência de doença ou bem-estar ou derivada às excelentes condições de vida, uma vez que o que “determina é a forma e a capacidade do indivíduo em perceber e apropriar-se dessas condições” (Souza e Carvalho, 2003, p. 516).

Surge então a questão: como é que se avalia a QV em saúde?

Geralmente os instrumentos utilizados na avaliação da QV apresentam-se sob a forma de questionários de autoavaliação, podendo ser generalistas ou específicos. Os instrumentos designados de gerais apresentam como aspetos positivos e facilitadores o facto de conseguirem avaliar a QV de qualquer doença ou condição médica, avaliando diversas categorias e dimensões, podendo aplicar-se a uma grande parte da população. Destinam-se a diferentes doenças, tratamentos, culturas e grupos demográficos, sendo utilizado para estudos epidemiológicos. Contudo há o aspeto negativo de serem muito abrangentes podendo não detetar situações mais peculiares (Garrat *et al.*, 2002; Litvoc e Romano, 2007; Neto e Conde, 2008; Scattolin, 2006).

Os instrumentos designados de específicos destinam-se a aspetos do estado de saúde ou de grupos demográficos mais particulares. Podem ser específicos para:

- Doenças como a asma, diabetes, neoplasias;
- Grupos como idosos, adultos e crianças;
- Áreas específicas como a atividade física, a disfunção sexual e problemas como por exemplo a dispneia.

Estas medidas específicas têm como aspetos positivos o facto de conseguirem ser mais concisas na inclusão de aspetos da QV que são primordiais para os utentes que estão a ser estudados, sendo que o objetivo central é avaliar mudanças clinicamente

significativas (Campos e Neto, 2008; Ferreira e Ferreira, 2006; Litvoc e Romano, 2007; Neto e Conde, 2008; Velez, 2007).

Como exemplos de instrumentos gerais utilizados frequentemente temos:

- Quality of Well Being;
- Sickness Impact Profile;
- Nottingham Health Profile;
- WHOQOL-100;

É o último instrumento que aprofundamos já que foi desenvolvido entre os anos de 1994-1995 pelo grupo *The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life* (WHOQOL). Este engloba um mecanismo genérico para avaliação da QV, estruturado sob seis domínios: físico, psicológico, social, espiritual/religião/crenças pessoais, nível de independência e aspetos referentes ao meio ambiente. Todos estes domínios são estipulados segundo uma perspetiva subjetiva da QV (Vaz-Serra *et al.*, 2006). Este instrumento apresenta 100 questões organizadas em seis domínios, vinte e quatro facetas específicas e uma faceta geral de avaliação global da qualidade de vida, podendo esta ser utilizada “num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis («sem doença»)” (Paredes *et al.*, 2008, p. 78). Contudo foi também desenvolvido um segundo instrumento de avaliação, numa versão mais sucinta, denominado de WHOQOL-Bref, em que apresenta apenas vinte e seis questões organizadas apenas sob quatro domínios: o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente de modo a facilitar a sua aplicação (Chachamovich e Fleck, 2008).

Todavia, este estudo por se focar numa patologia respiratória, em particular na DPOC, salienta instrumentos específicos como:

- Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
- Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ);
- e o Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).

Este último foi publicado por Guyatt *et al.* (1987), sendo este o mais utilizado. Trata-se de um instrumento pioneiro desenvolvido para mensurar a qualidade de vida em pessoa com DPOC. Este poderá ser aplicado por um entrevistador, não sendo obrigatoriamente necessário, podendo este ser autoadministrado. A pessoa terá de responder a um total de 20 questões, divididas em quatro domínios: dispneia (4 questões); fadiga (4 questões); função emocional (7 questões); autocontrolo (4 questões). A dispneia é avaliada de maneira individual, sendo aplicado 26 itens, tendo a pessoa de assinalar quais das atividades que provocaram sensação de dificuldade respiratória num período referente às últimas duas semanas, podendo ainda relatar outras atividades que não se encontram na lista. Subsequentemente, a pessoa relata de entre as atividades mencionadas quais as 5 que considera mais importantes, e por meio de uma escala de valor máximo de 7 pontos, que avalia o grau de dispneia para cada uma das atividades referidas. Para os restantes domínios as questões são padronizadas respondendo a cada questão numa escala entre 1 ponto (máximo comprometimento) e 7 pontos (nenhum comprometimento). Quanto maior a pontuação obtida no final do questionário, melhor será a qualidade de vida do indivíduo, e quanto menor a pontuação, pior será a qualidade de vida do indivíduo (ATS, 2007; Jones, Lareau e Mahler, 2005; Sant’Ana e Cukier, 2006).

Tendo em consideração o aumento da esperança média de vida, derivado ao grande avanço tecnológico e da medicina, surge o aumento abruço das doenças crónicas. Estas doenças levam a modificações nos padrões de vida dos doentes, limitando e alterando a capacidade dos mesmos realizarem as suas atividades de vida diárias, e por esse motivo, comprometem os vários domínios da QV. Um doente crónico tem de lidar com os aspetos próprios da doença, mas também com as mudanças/limitações físicas, psicológicas e sociais que dela resultam. Nesta perspetiva a exigência do tratamento apresenta-se como um desafio, neste caso na gestão da Doença Pulmonar Obstrutiva crónica (DPOC), em que para uma correta avaliação dos benefícios de uma intervenção é legítimo que, para além de uma avaliação dos parâmetros fisiológicos, se deva avaliar qual o impacto que estes poderão ter na pessoa, em termos de estado de saúde e QV.

## 1.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Segundo a OMS (2008) a doença respiratória crónica constitui um problema grave em termos de saúde pública. Em Portugal a DPOC é a quinta causa de morte mais comum e estima-se que até ao ano de 2030 subirá para quarto lugar, estando à frente das doenças cardiovasculares, sendo a quarta maior causa de morte a nível mundial (GOLD, 2017). Em Portugal prevê-se que cerca de 7,1% da população com idades entre o intervalo dos 45 aos 59 anos tenha patologia respiratória grave, tendo maior prevalência no sexo masculino, como demonstram vários estudos (Pitta *et al.*, 2006; Rodrigues, Viegas e Lima, 2002; Vettorazzi, 2006). Embora exista alguma controvérsia, pois verifica-se um aumento da incidência também nas mulheres devido ao número de mulheres expostas ao fumo do tabaco nas últimas décadas (Nascimento, 2006, p. 69).

Respirar é um ato involuntário, essencial para a manutenção da vida. Quando existem alterações fisiológicas derivadas de uma causa patológica, como na DPOC, essas alterações têm um impacto negativo na realização das atividades básicas de vida diárias. Existem também consequências graves extrapulmonares, nomeadamente:

- Cardiovascular, como a dispneia, arritmias, anemia e hipoxémias graves;
- Músculo-esquelético, como a fadiga, osteoporose e a obesidade (Rochester, 2003);
- Psicossocial, com hospitalizações frequentes e/ou isolamento social, podendo desencadear ansiedade e estados depressivos nos doentes (Kühl, Schürmann e Rief, 2008).

Acrescenta-se ainda a disfunção sexual e distúrbios do sono impostos pela dificuldade respiratória, podendo até existir a necessidade de o indivíduo dormir sentado e por consequência ter uma redução dos períodos de sono, levando assim a que a pessoa se sinta ainda mais cansada (Kerkoski, Broenstein, Gonçalves e Francioni, 2007).

É necessário compreender que, no processo normal da respiração, o diâmetro das vias aéreas aumenta durante a fase inspiratória e diminui na fase expiratória, sendo que na DPOC existem várias causas, como atelectasias, cavitações, *etc.*, que aumentam a limitação do fluxo expiratório, o que leva a uma retenção de ar nos pulmões, culminando

no aumento do volume residual. A patologia é caracterizada pela destruição do parênquima pulmonar que diminui a capacidade ventilatória, impossibilita a eficácia das trocas gasosas a nível pulmonar, e prejudica a respiração celular (Presto e Damásio, 2009).

Segundo a American Thoracic Society (ATS) (2004), a DPOC é caracterizada pela obstrução progressiva das vias aéreas, não sendo totalmente reversível, estando associada a um processo inflamatório crónico das vias aéreas por inalação de partículas ou gases tóxicos, bastante associada ao fumo do tabaco, sendo este considerado o principal fator de risco para a morbilidade e mortalidade na DPOC (GOLD, 2007).

Deve ser referido ainda que a exposição a combustão de biomassas (madeiras) é também um fator de risco para a DPOC, podendo ser essa a razão para existir uma maior prevalência na região norte do nosso país (Araújo, 2008).

Existem ainda fatores metabólicos que estão associados à doença, como o défice de alfa1-antitripsina (Reilly, Silverman e Shapiro, 2012), uma glicoproteína que afeta maioritariamente os pulmões e o fígado, provocando lesão tecidual. A nível pulmonar pode-se desenvolver enfisema pulmonar em indivíduos com idade inferior a 45 anos (Camelier *et al.*, 2008), que apesar de serem raros os casos, correspondem a uma taxa de 1% a 2% dos portadores da doença.

Segundo a ATS (2004) apresentação etiológica da DPOC é estabelecida por:

- Enfisema que traduz uma destruição e uma dilatação alveolar anormal dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais, por destruição das suas paredes e sem fibrose acompanhante;

- Bronquite crónica que resulta essencialmente da inalação de irritantes físicos ou químicos ou da sequência de infeções virais ou bacterianas, causando assim uma inflamação crónica das vias aéreas periféricas e centrais, parênquima e circulação pulmonar, gerando uma tosse crónica e produtiva de expectoração purulenta (Reilly, Silverman e Shapiro, 2012).

O agente irritante mais comum é o fumo do tabaco, existindo uma relação confirmada entre o tabagismo e o surgimento desta doença (Phipps, Sands e Marek, 2003). Esta constante agressão da rede brônquica tem como consequência uma

hipersecreção e estenose das vias aéreas, que resultam essencialmente em duas alterações, a hipertrofia das glândulas secretoras de muco e alterações inflamatórias nas pequenas vias aéreas (Bárbara, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2006).

A exposição constante das vias aéreas a agentes irritantes faz com que o organismo desencadeie uma reação inflamatória, através de mediadores químicos, que culmina na estimulação das glândulas secretoras de muco, edema da mucosa pulmonar e broncospasmo, numa tentativa de eliminar estes agentes do epitélio pulmonar (Bárbara, 2003). Esta reação inflamatória é normal e benéfica para a função pulmonar, na medida o organismo reage contra um corpo estranho. No entanto, se existir uma constante estimulação destas glândulas, vai dar origem a uma hipertrofia e hiperplasia das mesmas, o que conseqüentemente leva as células epiteliais ciliadas a sofrerem uma metaplasia, ou seja, serem substituídas por células secretoras durante a sua proliferação, causando uma diminuição da atividade mucociliar. Esta diminuição traduz-se num acumular de muco nas paredes brônquicas. Estas alterações são as primeiras a surgir na Bronquite Crónica e podem existir isoladamente durante anos (Bárbara, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2003).

Como consequência, o muco fica estagnado tornando-se cada vez mais espesso, aumentando o risco de infeção pulmonar e à medida que vai ficando acumulado diminui o calibre das vias aéreas, sendo esta a razão do broncospasmo, que devido ao aumento da resistência nas vias aéreas, resulta em alterações da ventilação/perfusão (Bárbara, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2003).

Em termos ventilatórios, ocorre uma hiperinsuflação, ou seja, aumento da Capacidade Residual Funcional (CRF) como consequência da obstrução das vias aéreas, que dificulta a saída de ar, diminuindo por esse motivo o volume corrente. Esta alteração ventilatória acarreta como consequência o acumular de dióxido de carbono no espaço alveolar, que não é eliminado, e que simultaneamente também é menos oxigenado.

Alterações da função respiratória têm consequências na oxigenação sanguínea e celular, pois a acumulação de muco diminui a área funcional do pulmão, conduzindo assim ao aumento do dióxido de carbono (hipercapnia) e diminuição do oxigénio (hipoxémia) causando assim um descontrolo do pH sanguíneo, originando uma acidose respiratória. Em resposta o organismo, face às necessidades de oxigénio, aumenta a frequência respiratória e a intensidade dos músculos respiratórios, no sentido de tornar a

ventilação mais eficaz. No entanto, apesar do esforço respiratório acrescido e prolongado, não trará melhorias significativas devido ao pulmão ser pouco funcional (Bárbara, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2003).

A Bronquite Crónica poderá estar na origem de complicações cardiovasculares como a hipertensão pulmonar, sendo esta uma agravante para a patologia de base. A hipoxémia e a hipoxia (baixa disponibilidade de oxigénio para determinado órgão) condiciona ao nível de alterações anatómicas e fisiológicas nos vasos pulmonares, ocorrendo não só uma vasoconstrição, mas também espessamento das paredes dos vasos sanguíneos, e conseqüente estenose do lúmen, promovendo um aumento da pressão sanguínea nos vasos pulmonares, obrigando ao esforço acrescido do lado direito do coração. Resultante desse esforço, existe uma hipertrofia desta estrutura, que ainda assim, não é suficiente para suprimir as necessidades, perdendo assim o efeito “bomba”, originando Insuficiência Cardíaca Direita (Bárbara, 2003).

À medida que a DPOC vai evoluindo, a pessoa vai apresentando cada vez mais sinais e sintomas de cansaço extremo, sendo que é normal para a pessoa associar à idade avançada, pelo que apenas recorrem ao médico quando existe uma limitação nas suas atividades básicas de vida diárias (vestir ou pentear), altura em que a doença possivelmente já se encontrará num estadio avançado.

O diagnóstico deverá ser feito cumulativamente na presença de indivíduos com idade superior a 40 anos e história de sintomas crónicos e progressivos como dispneia, tosse, expectoração, pieira com opressão no peito devido ou após esforço físico e/ou exposição a fatores de risco como tabaco, poeiras ou inalação de gases tóxicos (ATS, 2004; Celliet *et al.*, 2004). A espirometria permite confirmar a presença de uma limitação obstrutiva respiratória através da divisão do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo ( $VEF^1$ ) pela Capacidade Vital Forçada (CVF), após a administração de terapêutica broncodilatadora, sendo avaliada a percentagem da capacidade vital forçada que se consegue expirar no primeiro segundo após uma inspiração máxima ( $VEF^1/CVF$ ) inferior a 70% (DGS, 2005). Na tabela 1, coloca-se a classificação espirométrica do grau de gravidade da DPOC baseada na  $VEF^1$  após inalação de terapêutica broncodilatadora.

Tabela 1 - Classificação espirométrica da gravidade da DPOC baseada em VEF<sup>1</sup> pós-broncodilatador

Pós-Broncodilatador	
VEF <sup>1</sup> /FVC < 70%	Estadio I – Ligeiro VEF <sup>1</sup> ≥ 80%
	Estadio II – Moderado 50 ≤ VEF <sup>1</sup> < 80
	Estadio III – Grave 30 ≤ VEF <sup>1</sup> < 50
	Estadio IV – Muito Grave VEF <sup>1</sup> < 30% ou VEF <sup>1</sup> < 50% com insuficiência respiratória crónica

Fonte: GOLD (2007)

Com base nesta classificação é, então, definida a abordagem terapêutica para cada indivíduo, podendo ser esta farmacológica como a cessação tabágica que pode incluir tratamento farmacológico (p. ex. aplicação de transdérmico de nicotina de libertação prolongada), toma anual da vacina da gripe e vacina pneumocócica.

Como abordagem não farmacológica deve ser recomendada a prática de um estilo de vida mais saudável com a concretização de exercícios físico e bons hábitos alimentares, podendo ainda se associar a reabilitação respiratória e o mais importante a cessação tabágica (GOLD, 2017).

Outros Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) como radiografia do tórax, Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou Ressonância Magnética (RM), também estão recomendadas, por permitirem diferenciar qual a patologia base.

A pessoa com DPOC apresenta dificuldades impostas pela própria doença, sendo a mais limitante a dispneia, que inconscientemente leva o indivíduo a praticar um estilo de vida mais sedentário, vendo assim a sua atividade reduzida. Isto acarreta uma disfunção muscular que resulta posteriormente num agravamento da condição física e por conseguinte um aumento da sintomatologia, desencadeando ainda mais o sedentarismo (Campos, 2006).

No contexto deste trabalho importa também focar a bronquite, enquanto etiologia frequente da DPOC, que consiste numa doença de carácter crónico que contribui para a desproporção entre taxas de mortalidade e a morbilidade. É caracterizada por ser uma doença de longa duração, em que a intervenção terapêutica é apenas com o intuito de tratar toda a sintomatologia, ao invés de curar. Apresenta um efeito negativo na qualidade de vida do doente, bem como, nas pessoas que lhe são próximas (Fonseca e Paúl, 2001). O facto de ser uma patologia incapacitante conduz inevitavelmente a uma série de alterações na atividade quotidiana.

Segundo Fonseca e Paúl (2001), a definição avançada pela *International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps*, é que a pessoa com Bronquite Crónica tem uma elevada dificuldade em se adaptar às condições impostas pelo meio, sendo esta definida como uma “incapacidade do indivíduo que limita e/ou evita o desempenho do papel social que é normal e esperado para esse indivíduo, dependendo tal papel da sua idade e de variados fatores sociais e culturais” (p. 102).

Nesse contexto a pessoa vê-se forçada a desenvolver estratégias de forma a se adaptar, conseguindo assim tornar a otimizar o seu processo de saúde-doença.

O conceito de Adaptação é definido segundo Bolander (1998, p. 340) como “o ajustamento de um organismo às alterações do seu meio”.

O processo adaptativo da pessoa à doença cria alterações no projeto de vida pré-delineado pela pessoa, implicando um grande esforço de adaptação. Todas essas variantes vão depender dos recursos disponíveis, assim como do contexto biográfico em que surgiu a doença e como esta se desenvolve. Neste processo existem mecanismos de *coping*, como por exemplo, negação da gravidade da doença (fase inicial), busca de informação, assim como de suporte instrumental e emocional, conhecer a sua doença, estipular metas concretas, entre outros (Fonseca e Paúl, 2001).

Reconhece-se pertinente que para se conseguir a adaptação à doença crónica a pessoa invista no desenvolvimento de três tarefas:

1. Aplicar uma tarefa relativamente à doença, em que o indivíduo tenta prevenir e lidar com os sintomas e com o diagnóstico;

2. Aplicar uma tarefa relativa à vida quotidiana relacionada com atividades/tarefas do dia-a-dia, relativas à casa, ao trabalho, aos filhos, *etc.*;
3. Aplicar uma tarefa de reconstrução biográfica no sentido de encontrar novo sentido para viver (Fonseca e Paúl, 2001, p.105);

Estas tarefas podem ser importantes para que o doente consiga obter uma melhor maneira lidar com a patologia. Caso necessite de auxílio, existem redes de apoio informal, como os grupos de autoajuda de maneira a melhorar a autoestima da pessoa e a proporcionar momentos de partilha de informação acerca da doença, bem como esclarecer dúvidas no que respeita a serviços de apoio (Fonseca e Paúl, 2001).

Todo este suporte e apoio pode ser estipulado no âmbito da enfermagem, nomeadamente na intervenção de Enfermagem Comunitária, cuja componente de um cuidado continuado de saúde, em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nas suas próprias residências permite assegurar uma forma de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 882). Deste modo, é agora essencial aprofundar o papel que o enfermeiro pode desempenhar perante esta população com este problema de saúde específico.

### **1.3. Papel do Enfermeiro na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS),

A prevalência da DPOC em Portugal atinge valores de 14,2% nos indivíduos com mais de 40 anos de idade (...) A DPOC é uma doença progressiva que pode conduzir à Insuficiência Respiratória e morte (...). Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ajudar os doentes e seus cuidadores no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença (...) é possível concluir que a perspetiva de controlo e tratamento desta afeção permitiria, não só a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias com a maior racionalização dos elevados custos envolvidos (Norma nº 28/2011 de 30/09 da DGS, citado por Filipe, 2014, p. 26).

O papel do enfermeiro em colaboração com os restantes elementos da equipa de saúde multidisciplinar centra-se na estruturação de um plano terapêutico global para o utente, em que este é o elemento principal da sua atuação e, como tal, requer a sua

participação ativa no que é a consciencialização da doença e a manutenção da sua saúde, enquanto ator privilegiado na tomada de decisão.

Neste sentido, o enfermeiro elabora diagnósticos de enfermagem e apresenta as devidas intervenções, centradas na relação terapêutica, como forma de garantir o autocontrolo e o autocuidado do utente, em que se promove a adoção de um estilo de vida mais saudável através do autocuidado que implica o recurso ao exercício físico, à alimentação saudável e à cessação tabágica (OE, 2012).

Na pessoa com DPOC depreende-se que a ação de enfermagem se foque na implementação de programas educativos e de reabilitação respiratória que visam reduzir a progressão natural da doença realçando a capacitação da pessoa na promoção da saúde e prevenção de complicações, salientado a sua consciencialização para a doença e habilidade de a controlar através da otimização do seu autocontrolo e autocuidado que influencia de forma direta a sua qualidade de vida (Magalhães, 2009 citado por OE, 2012).

A pessoa com DPOC vive um processo de transição de saúde/doença, resultante de alterações do processo do sistema respiratório e do padrão respiratório que conduz a diferentes respostas humanas e apela a um novo projeto de saúde.

Nos períodos de exacerbações da doença, o enfermeiro em parceria com a pessoa desenvolve a sua tomada de decisão, através do processo de conceção de cuidados, onde utiliza o processo de enfermagem, tendo como foco de atenção os seguintes diagnósticos de Enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2016):

1. Ventilação espontânea comprometida;
2. Dispneia;
3. Limpeza das vias aéreas comprometida;
4. Falta de conhecimento para a saúde;
5. Ansiedade.

O enfermeiro desenvolve este processo através da formulação do juízo diagnóstico, terapêutico e ético, através dos quais planeia intervenções profissionais de enfermagem específicas em parceria com a pessoa, sendo estas individualizadas e personalizadas para cada utente. Daí surge a necessidade da adesão ao regime terapêutico por parte do utente, no sentido de controlar sintomas e prevenir crises agudas da doença,

para que o utente consiga gerir a doença com vista à conservação da capacidade para realização dos autocuidados, ganhando assim um autocontrolo sobre a sua condição de saúde, uma diminuição da ansiedade e *stress* e um aumento da QV.

O *International Council of Nurses* define adesão como “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (2009, p. 1).

A adesão ao regime terapêutico não significa apenas o cumprimento da prescrição farmacológica, como também a aquisição de comportamentos promotores de saúde. Para isso o enfermeiro deverá perceber, de acordo com a vida da pessoa e cuidador, qual o melhor regime terapêutico a definir. Para tal compreensão, existem atividades indicativas de adesão ao regime terapêutico como: toma correta da terapêutica prescrita, marcação de consulta e comparência nas mesmas e mudança de estilos de vida (exercício, dieta, cessação tabágica e gestão de *stress*) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009). O enfermeiro de cuidados gerais desempenha um papel importante na prevenção da doença e suas agudizações, quando intervém em programas de educação para a saúde da população em risco, com o intuito de capacitar tanto a pessoa como o cuidador à adesão ao regime terapêutico. Dessa maneira o enfermeiro consegue providenciar todo o seu conhecimento tanto ao doente como ao cuidador, com a finalidade deste ganhar autonomia total na gestão da sua doença.

O autocuidado relaciona-se com o conceito de autogestão, na medida em que ambos são utilizados pelas pessoas como tentativa consciente de alcançarem o controlo da doença, em vez de serem elas próprias a ser controladas pela doença (Galvão & Janeiro, 2013).

Uma das teorias mais citada e que realça estes conceitos é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem. Esta teórica define o autocuidado como “o cuidado pessoal diário requerido pelos indivíduos para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (Orem, 1993, p. 4). O autocuidado é uma ação adquirida e interiorizada pela pessoa ao longo do seu desenvolvimento, com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar, a partir da ação do próprio (Padilha, 2013).

A TDAE de Orem é composta por três teorias interrelacionadas:

1. Teoria do Autocuidado: descreve como as pessoas cuidam de si próprias e porquê, em como o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações para benefício próprio com a finalidade de manter a vida e a saúde;
2. Teoria do Défice de Autocuidado: descreve e explica a necessidade da intervenção de enfermagem, quando existe uma incapacidade de a pessoa satisfazer o autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005);
3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem: integra as restantes teorias na medida em que existe um conjunto de ações de planeamento e execução que se destinam ao cuidado do indivíduo com diferentes graus de dependência, com vista à promoção do seu autocuidado (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

Com base nestes pressupostos, Dorothea Orem classificou a ação do enfermeiro de forma sistémica e assente em três possibilidades:

1. Sistema totalmente compensatório: pessoa totalmente dependente com necessidade que o enfermeiro substitua a ação de autocuidado.
2. Sistema parcialmente compensatório: pessoa dependente parcial, capaz de assegurar poucas/algumas ações do seu autocuidado, necessita apenas de um apoio no que é incapaz de realizar.
3. Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento: a pessoa necessita apenas de uma orientação/supervisão para uma otimização do seu autocuidado.

A preferência por este modelo conceptual torna-se pertinente na medida em que a DPOC é uma doença incapacitante, com efeitos que reduzem a concretização de atividades como o autocuidado. Como consequência da doença geram-se défices que o enfermeiro pode suprimir com as suas ações.

Por esta ordem de ideias, segundo a Teoria de Orem, a DPOC, pode ser concetualizada como um desvio de saúde, o que exige a necessidade de desenvolver estratégias para redução de energia com a finalidade de concretizar as atividades de autocuidado (Padilha, 2013).

Neste sentido, o enfermeiro apresenta-se como um parceiro no cuidar, nunca substituindo a pessoa, apenas a auxilia e a encoraja a identificar as suas necessidades,

assim como assiste na pesquisa de estratégias de resolução que melhor combinam com o seu ambiente. Fornece à pessoa informação e mestria necessárias à aplicação dessas estratégias.

Tendo em conta que a DPOC afeta a pessoa adulta muitas vezes ainda numa fase de grande atividade laboral, mas também de suporte familiar aos filhos e até aos pais, já mais envelhecidos, torna-se pertinente ter-se em consideração esta fase de ciclo vital aprofundando as tarefas de desenvolvimento expectáveis para este período da vida do ser humano.

À luz do que foi dito, Erik Erikson que delineou a teoria do desenvolvimento psicossocial, estipulou que este se compõe de oito estádios que pressupõe crises pelas quais o ego de cada indivíduo passa, ao longo do seu ciclo de vida. Estas crises são organizadas no sentido do sujeito conseguir sair delas com um ego mais sustentado ou mais frágil, dependendo da vivência do conflito, em que o final desta crise influenciará diretamente o próximo estádio, de forma que o crescimento e desenvolvimento do indivíduo está interligado com o seu contexto social. Nesta fase particular do adulto realça-se a fase de produtividade x estagnação, correspondente ao adulto (dos 40 anos até aos 60 anos de idade) (citado por Rabello e Passos (2018)).

Na fase de produtividade x estagnação o indivíduo preocupa-se com tudo o que é gerado. Dedicar-se à geração e ao cuidado com o que gerou, o que é bastante perceptível na transmissão de valores sociais entre pais e filhos.

Nesta fase o indivíduo sente que a sua personalidade foi enriquecida, e não modificada, com tais ensinamentos. Isto acontece derivado à necessidade característica desta fase que é ensinar, sendo esta a forma de fazer valer todo o esforço de uma vida. Isso impede a absorção do ser em si mesmo e também favorece a transmissão de uma cultura. Na eventualidade desta transmissão não acontecer o indivíduo dá conta de que tudo o que contruiu não tem um significado, já que não existe forma de dar continuidade. É aqui que a pessoa afetada pela DPOC se pode ver privada de concretizar as tarefas de desenvolvimento vendo-se remetida para uma estagnação que a consigna a um sentido de improdutivo ou acabado. É no alcançar a virtude estipulada para esta fase – a produção – que será possível assegurar a resolução da crise desta fase com sucesso e que se traduz na sua habilidade de fazer ser e cuidar de (Abrunhosa e Leitão, 2001).

Após esta digressão pelo enleio concetual do desenvolvimento psicossocial, detenhamo-nos agora sobre a especificidade do que é estabelecido como uma necessidade humana fundamental – O respirar.

#### 1.4. Respirar – Necessidade Humana Básica

O Homem enquanto Ser Biopsicossocial necessita da satisfação de certas necessidades, sendo estas parte integrante do que nos caracteriza enquanto Seres Humanos (Bolander, 1998). As necessidades humanas são aspetos essenciais para a sobrevivência e a manutenção da saúde de um indivíduo (Potter e Perry, 2006), sendo que Abraham Maslow propõe uma hierarquização na satisfação das Necessidades Humanas Básicas (NHB's). Esta é ilustrada através da pirâmide da Hierarquia de Necessidades de Maslow, onde surgem cinco patamares, começando na base pelas necessidades fisiológicas, seguidamente a segurança, pertença e amor, estima e no topo a autorrealização. Das necessidades fisiológicas, faz parte a necessidade de *Respirar* (Bolander, 1998).



Figura 1 – Pirâmide de Maslow (Iyer, Tatpich e Losey, 1993)

É prioritária a satisfação das necessidades básicas que se encontram na base da pirâmide de maneira a alcançar a satisfação das necessidades dos níveis seguintes (Iyer, Tatpich e Losey, 1993).

A necessidade humana *Respirar* encontra-se na base da pirâmide, pois representa uma condição essencial à vida. Caso exista alguma alteração no que diz respeito à satisfação desta necessidade, a dinâmica de vida do ser humano altera-se, repercutindo-

se em todas as outras necessidades e, como é claro, na habilidade de prover o seu autocuidado.

A respiração é fundamental à manutenção da vida, pois é através deste mecanismo que a pessoa efetua as trocas gasosas entre a atmosfera e o organismo (Potter e Perry, 2006). Os pulmões têm diversas funções fulcrais à manutenção do organismo, como manter o equilíbrio entre os gases do sangue, através de trocas gasosas entre oxigénio e dióxido de carbono, manter o pH sanguíneo, assegurar o metabolismo celular, tudo fundamental à vida do organismo. O ato de respirar é involuntário, mas pode, no entanto, ser perceptível e controlado pela pessoa. A função respiratória altera-se conforme necessidade do organismo (Bolander, 1998).

O oxigénio é fundamental para a manutenção da vida, pois é um gás essencial no processo de formação de Adenosina Trifosfato (ATP) nas células, através do metabolismo aeróbio. O ATP constitui a principal fonte de energia necessária a um vasto conjunto de mecanismos químicos e mecânicos. Para além da ATP é libertado, no metabolismo aeróbio, dióxido de carbono como produto residual, que é eliminado pelo organismo posteriormente. Em caso de carência de oxigénio, o organismo recorre ao metabolismo anaeróbico, levando à formação de ácido láctico que, em grandes quantidades, se torna tóxico, causando assim morte celular (Esmond, 2005).

A respiração envolve três processos:

- Ventilação - caracterizada pela entrada e saída de ar do espaço alveolar, que se dá através de uma diferença entre a pressão intrapulmonar e a pressão atmosférica (pressão negativa) (Esmond, 2005);
- Perfusão - processo em que existe irrigação sanguínea dos tecidos. A perfusão ocorre inicialmente a nível pulmonar, para oxigenação do sangue e libertação de dióxido de carbono, dando início à circulação que o faz chegar posteriormente ao nível das células, o qual é utilizado para o metabolismo celular (Esmond, 2005);
- Difusão - ocorre nos alvéolos, através da membrana do alvéolo capilar, onde através dela o oxigénio se difunde para a corrente sanguínea, sendo transportado de duas maneiras distintas, dissolvido no plasma (3%) e transportado nos eritrócitos, ligado à hemoglobina (97%) (Esmond, 2005).

O controlo da respiração é da responsabilidade do centro respiratório, situado no bulbo raquidiano. Este centro recebe informações dos quimiorreceptores bulbares, corpos carotídeos e aórticos, relativamente às alterações das concentrações dos gases e do pH e dos receptores do estiramento pulmonar, presente nos brônquios e bronquíolos, relativamente à distensibilidade dos pulmões. Com estas informações o centro respiratório bulbar regula a frequência respiratória e a amplitude da inspiração (Seeley, Stephens e Tate, 2005)

Em situações patológicas, como na Bronquite Crónica, há alteração da função respiratória, e consequentemente da necessidade humana básica *Respirar* (Bolander, 1998). Em prol desta constatação e de tudo o que previamente foi mencionado considera-se que há uma premência de ter em consideração o impacto que a condição de DPOC impõe sobre a pessoa, naquilo que é claramente uma necessidade que mais do que básica se pode dizer imprescindível à vida do ser humano.

## 2. METODOLOGIA

Neste trabalho, o método escolhido foca-se na revisão *scoping* cujas etapas se baseiam na estrutura preconizada pelo Instituto Joanna Briggs (2015). Esta permite a obtenção e atualização de conhecimento relativo a uma temática específica, num período de tempo reduzido, com o intuito de expor o estado da arte. Contudo, permite igualmente relacionar e consolidar o conhecimento atual com o que está previamente estabelecido e indicar novos caminhos de investigação e aprimoramento do conhecimento que urge desenvolver face ao que é estabelecido com o conhecimento decorrente da revisão da literatura, que neste caso é do tipo *scoping*.

A pesquisa será integrada pelo diagrama PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (2020) de maneira a simplificar a verificação da estratégia de pesquisa.

A fase metodológica será dividida pelos seguintes subcapítulos:

- Importância da investigação em Enfermagem;
- Caracterização do estudo;
- Etapas de revisão *scoping* da literatura;
- Questão de investigação;
- Objetivos gerais e específicos;
- Critérios de Inclusão;
- Estratégia de pesquisa;
- Considerações éticas.

### 2.1. Importância da investigação em Enfermagem

A investigação científica tem um papel fundamental na manutenção e crescimento da profissão de Enfermagem, pois promove a tomada de decisão baseada na evidência

científica, bem como a consolidação do conhecimento acerca das práticas e o motivo pela qual são executadas (Martins, 2008).

Toda a investigação científica carece, como é claro, de uma grande responsabilidade ética. Sempre parte integrante daquilo que é a procura da *verdade*, exige rigor na conceção, persistência e humildade. Na investigação em enfermagem nada muda. É necessário um elevado grau de exigência e requisitos, devendo satisfazer os princípios éticos previamente estabelecidos, quer a nível nacional como internacional, com vista à defesa da pessoa bem como da sua dignidade (Martins, 2008).

Segundo a OE (2006), existem quatro eixos para a investigação em Enfermagem:

- adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão;
- educação para a saúde na aprendizagem de capacidades;
- estratégias inovadoras de inovação/liderança;
- formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

Com isto pressupõe-se um aumento da evidência científica na prática de Enfermagem. Deste modo, é partindo destes pressupostos que se estabelece a pertinência e orientação metodológica que conduz a consecução deste estudo.

## **2.2. Caracterização do estudo**

O estudo apresentado consiste numa revisão *scoping* da literatura, que compreende uma abordagem abrangente relativamente à literatura produzida, permitindo incorporar estudos experimentais e não experimentais, para assim compreender o fenómeno analisado na sua integridade. A inclusão de dados da literatura teórica e empírica tornam este método vantajoso devido a ser um método mais amplo (Souza *et al.*, 2010).

A revisão *scoping* da literatura tem como intenção reunir e sintetizar o resultado de uma pesquisa a determinado tema/questão, conseguindo assim aprofundar

conhecimentos relativamente ao tema a ser investigado. Este método permite tirar conclusões gerais relativamente a um tema em particular, devido a ser um estudo através da síntese de diversos estudos publicados, ponderando assim a necessidade de realização de novos estudos (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Para a Enfermagem, este tipo de estudo é bastante valioso pois potencia o conhecimento dos Enfermeiros, permitindo assim uma prestação de cuidados de qualidade e fundamentados. Permite ainda a possibilidade de obter várias pesquisas acerca de determinado tema, apenas em um único estudo.

### **2.3. Etapas da revisão *scoping* da literatura**

O processo para elaboração de uma revisão *scoping* da literatura encontra-se bem definido na literatura, apesar de alguns autores adotarem diferentes formas de subdivisão deste processo (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

No presente estudo serão respeitadas as seguintes etapas:

1. Questão preliminar de pesquisa (escolha e definição do tema, objetivos gerais e específicos, palavras-chave);
2. Pesquisa de literatura (critérios de inclusão e exclusão, pesquisa em base de dados, seleção de estudos);
3. Categorização dos estudos (extrair e organizar toda a informação recolhida dos artigos, formação do banco de dados);
4. Resultados (recomendações, discussão de resultados, sugestão para melhorar em futuras pesquisas);
5. Síntese de conhecimentos (resumo de evidências disponíveis, criação de um documento que escreve detalhadamente a revisão) (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

## 2.4. Questão de investigação

A questão de partida é um elemento fulcral e talvez o mais complicado de definir, por ser a questão guia para a realização do estudo. Após reflexão e análise da literatura científica definiu-se como questão de investigação:

“O que sabe na literatura atual acerca do impacto que a doença pulmonar obstrutiva crónica tem na qualidade de vida da pessoa adulta?”.

## 2.5. Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral do presente trabalho foi elaborado com o intuito de dar conta da totalidade do problema da pesquisa, devendo ser o mais preciso possível de maneira a evitar deturpações na interpretação. Deste modo, o **objetivo Geral** definido para este estudo é: compreender qual o impacto que a doença pulmonar obstrutiva crónica tem na qualidade de vida da pessoa adulta.

No que concerne aos **objetivos específicos**, que visam na sua formulação uma concretude nos resultados a alcançar foram definidos:

- (1) Identificar alterações na qualidade de vida da pessoa com DPOC;
- (2) Identificar qual o impacto da DPOC no quotidiano da pessoa;
- (3) Identificar estratégias de adaptação da pessoa com DPOC na satisfação das atividades de vida diárias.

## 2.6. Critérios de inclusão

Após o estabelecimento dos objetivos específicos há que definir concretamente e de modo preciso os critérios que irão delinear o modo como os artigos serão selecionados e incluídos nesta revisão. Como critérios de inclusão definiu-se:

- População: Homens e Mulheres com DPOC com idades compreendidas entre 18 e 65 anos;
- Conceito: Qualidade de vida;
- Contexto: Qualquer contexto;
- Tipos de estudos: estudos qualitativos, quantitativos, e mistos, bem como revisões da literatura. Excluem-se artigos de opinião;
- Língua: estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa;
- Datas de publicação: estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2015 e 30 de Junho de 2021.

## 2.7. Estratégia de pesquisa

A partir da metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) concretizaram-se 2 fases de pesquisa. A primeira pretendeu determinar os termos relevantes para incluir na segunda fase de pesquisa para que seja possível identificar o número máximo de artigos elegíveis para esta revisão *scoping*. Assim no dia 28 de junho de 2021 fez-se uma primeira pesquisa na base de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) com os termos de busca iniciais: chronic obstructive pulmonary disease AND quality of life AND adult. Esta pesquisa produziu 59 artigos que foram analisados ao nível das palavras contidas no título e resumo dos documentos extraídos e dos termos indexados utilizados para descrever esses artigos. Daqui conseguiu-se obter mais termos para identificar o maior número de estudos relevantes e foi elaborada uma tabela para estruturar a equação booleana de pesquisa a integrar (tabela 2).

No dia 30 de junho de 2021 foi efetivada a segunda etapa. Esta teve como procedimento a pesquisa individual de cada um dos termos identificado na tabela 2, cujos resultados foram depois combinados através de operadores *Booleanos* “OR” e “AND” (apêndice 1). As bases de dados incluídas mantiveram-se restritas à CINAHL. Para restringir a pesquisa, aplicámos os seguintes limitadores:

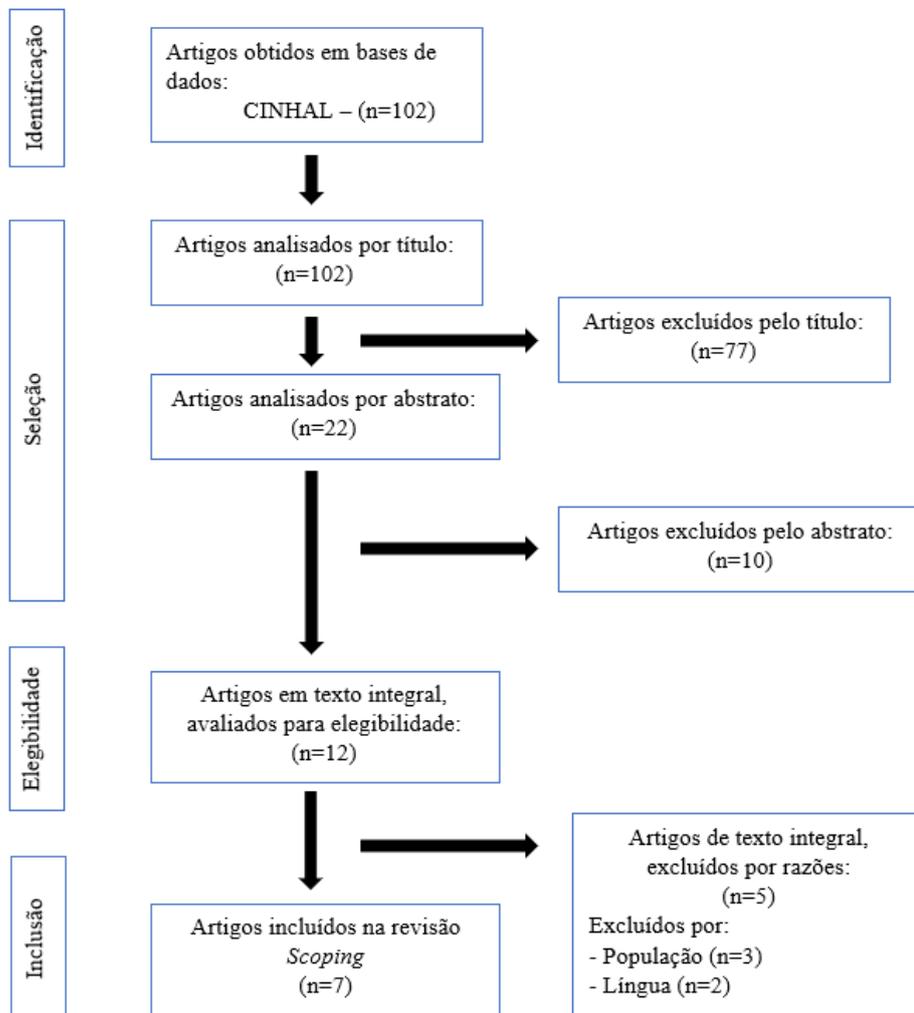
- Data de publicação - 1 de Janeiro de 2015 e 30 de Junho de 2021;
- Idioma - português e inglês.

**Tabela 2** – Termos utilizados na revisão *scoping* da literatura.

População	Conceito	Conceito
Adults*	chronic obstructive pulmonary disease	quality of life
Middle aged	copd	well being
Patients*	chronic obstructive airway disease	well-being
	chronic obstructive lung disease	health-related quality of life

Desta pesquisa resultaram 102 documentos que foram primeiramente rastreados ao nível do título e do resumo. Daqui foram eliminados 93 artigos. Os restantes 12 artigos foram analisados ao nível do texto integral, sendo que três foram eliminados por abrangerem uma população maior que 65 anos e outros 2 por estarem redigidos em espanhol. Foram então considerados pertinentes para inclusão no estudo um total de 7 artigos. De forma a facilitar a compreensão do modo como foi realizada a pesquisa e seleção dos artigos, é apresentado o diagrama PRISMA, abaixo ilustrado.

**Figura 2** - Esquematização do protocolo de pesquisa, de seleção de artigos e de discussão de resultados.



FONTE: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

## 2.8. Considerações éticas

Existem questões éticas em investigação que por vezes podem ser associadas a impedimentos para o desenvolvimento do estudo. Ainda se pode considerar que há estudos que implicam de antemão algumas limitações, porém podem mesmo assim contribuir para potenciar a investigação respeitando o objeto em estudo, uma vez que em Enfermagem o foco é a pessoa humana em resposta às situações de saúde/doença. Por esse motivo, tornando-se indispensável uma reflexão ética (Martins, 2008).

Nesta perspetiva, é primacial, na investigação em Enfermagem, que a sua orientação se reja pelos princípios do respeito à autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, devendo estes princípios ser respeitados, assim como os direitos humanos e a pessoa humana (Martins, 2008).

Contudo para a realização de um trabalho científico é necessário existir honradez, no sentido de evitar plágios, alteração ou falsificação de dados, *etc.*

Para a realização do presente trabalho é assegurado o cumprimento de todas as condições ético-legais, apresentando sempre referências nas citações diretas ou indiretas de autores.

### 3. RESULTADOS

Seguidamente à pesquisa, com vista em determinar quais os artigos elegíveis a incluir nesta revisão scoping, todos os selecionados foram meticulosamente lidos na íntegra de modo a marcar quais os dados mais pertinentes, de maneira a estruturar os resultados obtidos neste estudo.

Foi elaborada a tabela 3 de maneira a apresentar todos os dados considerados relevantes, nos artigos escolhidos.

Como campos de extração foram definidos os seguintes itens:

- Ano/Autor/Pais
- Objetivos
- População
- Metodologia
- Resultados

**Tabela 3** – Resultados extraídos de artigos elegidos para a revisão *scoping*.

Autor/ Ano/ País	Objetivos	População	Metodologia/ Métodos	Principais Resultados
Dignani, Lucia; Tocaceli, Andrea; Guarinoni, Milena Giovanna; Petrucci, Cristina & Lancia, Loreto/ 2015/ Itália	Explorar o conceito de qualidade de vida em pessoas com DPOC no contexto da prática de enfermagem	Consideradas apenas pessoas com idade $\geq 18$ anos na população em estudo. Apenas os indivíduos com DPOC foram incluídos.	Revisão Sistemática - nas bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus e PsycINFO com os seguintes marcadores booleanos “Doença crónica AND Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica AND Enfermagem AND Qualidade de Vida AND Análise do Conceito Evolutivo de Rodgers” entre os anos de 2008 e 2013, com um total de 75 artigos analisados a fim de evidenciar os	Segundo os autores a qualidade de vida mostra-se como um conceito dinâmico e multidimensional, possui características subjetivas e objetivas, elementos intrínsecos e extrínsecos, que se vão modificando dependendo do curso tomado pela patologia e como isso pode comprometer o estado de saúde. Esta análise fornece uma visão geral do conceito de qualidade de vida relacionado a pacientes com DPOC, sendo útil

			principais temas relacionados com o conceito de qualidade de vida.	tanto para pesquisas de enfermagem como para a prática clínica.
Alves, Nayara Carolina; Basso-Vanelli, Renata P.; Gatti Regueir; Eloisa Maria & de Toledo Durand, Marina / 2018 / Brasil	Identificar o impacto da oxigenoterapia de longa duração (OLD) na QV da pessoa com DPOC.	Consideradas apenas pessoas com idade $\geq 18$ anos na população em estudo. Estão incluídos indivíduos com DPOC sob OLD por um período mínimo de 15 horas/dia a 1.4 litros/min, indivíduos com hipoxemia grave ( $VEF1 \leq 50\%$ ), indivíduos com DPOC estável (em repouso - $SpO_2=89\%$ a $93\%$ ), indivíduos com dessaturação $< 88\%$ , além de dispneia limitando assim as suas Atividades de Vida Diárias (AVD's). Deveria descrever a idade	Revisão Sistemática - nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo, com os seguintes marcadores <i>booleanos</i> : “COPD AND Oxygen therapy AND quality of life”, sendo incluídos ensaios clínicos randomizados, quasi experimentais, e observacionais, nos idiomas de inglês e português, publicados 2000 a 2017.	É possível constatar que a maioria dos estudos demonstram que qualidade de vida diminui com o uso de OLD, em que apenas um estudo demonstra uma melhoria na QV. Os autores atribuem este resultado positivo ao cumprimento e aderência ao tratamento por parte dos utentes. Contudo não existe um aumento da QV devido a uma fraca adesão por parte dos utentes ao OLD, podendo afirmar que geralmente o tempo que fazem uso da terapia é diminuto, devido ao impacto negativo que inclui não apenas as restrições físicas, mas também o desconforto provocado pelas cânulas nasais.
Shilpa Dogra & Joshua Good; Matthew P. Buman; Paul A. Gardiner; Jennifer L. Copeland & Michael K. Stickland / 2018 / Canadá	Determinar qual a relação entre o sedentarismo e a atividade física, assim como relacionar os resultados clinicamente relevantes obtidos através da espirometria, entre adultos com baixos valores de VEF1 e aqueles com ou sem doença pulmonar obstrutiva autorreferida (asma ou DPOC).	Estão incluídos neste estudo 51.338 homens e mulheres canadenses de idade compreendida entre 45 e 65 anos capazes de ler e escrever francês ou inglês. Foram excluídos residentes em algumas regiões remotas, pessoas que vivem em reservas federais das Primeiras Nações e outros assentamentos das Primeiras Nações nas províncias e membros em tempo	Estudo Longitudinal - Os dados dos participantes da foram recolhidos por meio de questionários, exames físicos e amostras biológicas. Estes participantes vivem num raio de 25-50 km de um dos 11 locais de coleta de dados em todo o Canadá. Os participantes foram recrutados entre os anos de 2012 e 2015.	Concluiu-se que o aumento da atividade física, ou seja, diminuição do sedentarismo, pode estar associado a uma menor utilização dos serviços de saúde e a um aumento da qualidade de vida. Contudo é possível relacionar o aumento da qualidade de vida entre adultos com DPOC ou espirometria prejudicada com a prática de atividade física.

		integral das Forças Armadas canadenses, ou com compromisso cognitivo.		
Brandl, Magdalena; Böhmer, Merle M.; Brandstetter, Susanne; Finger, Tamara; Fischer, Wiebke; Pfeifer, Michael & Apfelbacher, Christian / 2018 / Germany	A QVRS fica prejudicada em utentes com a DPOC, mas os fatores determinantes da QVRS ainda não são bem explícitos. Este estudo avalia a QVRS em pacientes com DPOC e tem como objetivo determinar os fatores que são associados à QVRS.	Estão incluídos neste estudo 206 homens e mulheres com diagnóstico de DPOC com duração >3 meses, com idade $\geq$ 18 anos, sem doença psiquiátrica ou neurológica aguda (exceção para depressão ou transtornos afetivos) capazes de ler e escrever em alemão.	Estudo Quantitativo - Realizado um estudo de Coorte da QVRS que foi avaliada por meio do Short-Form 12 (SF-12) Health Survey Questionnaire, que engloba tanto a componente física com a mental. As variáveis independentes abrangem fatores sociodemográficos, específicos da doença, relacionados com o tratamento e fatores psicológicos. De maneira a abranger uma maior população com a doença foram utilizados como locais de estudo três clínicas e quatro hospitais centrais.	Do ponto de vista dos resultados relatados pelos utentes, percebe-se que o tratamento da ansiedade bem como da depressão têm ganhos positivos no que respeita ao aumento da QVRS em utentes com DPOC.
Zijing Chen; Fan, Vincent S.; Belza, Basia; Pike, Kenneth; Nguyen, Huong Q. & Chen, Zijing / 2017 / EUA	Determinar como um suporte social estruturado e funcional influencia comportamentos de autocuidado em indivíduos com DPOC.	Estão incluídos neste estudo 282 participantes, maioritariamente homens (80%) com DPOC de estadio II a IV (GOLD, 2007).	Estudo Longitudinal – com foco na depressão e funcionamento na DPOC. Comportamentos de autocuidado incluíram cumprimento de terapias de reabilitação pulmonar, cessação tabágica, aceitação do plano de vacinação contra os vírus influenza e S. pneumoniae, assim como adesão à terapêutica. Os indicadores estruturais de suporte social incluíram condição	É notório que um suporte social estruturado, com relação próxima de amigos/familiares ou ter um cuidador, está associado a um aumento dos níveis de atividade física, maior participação e sucesso no autocuidado em adultos com DPOC. É importante a existência de crítica no ambiente social para o desenvolvimento enquanto doentes.

			de vida, estado civil, número de amigos / familiares próximos e presença de um cuidador familiar. O suporte social foi avaliado segundo a Medical Outcomes Social Support Survey (MOSSS).	
Teresa To; Jingqin Zhu; Kristian Larsen; Jacqueline Simatovic1, Laura Feldman; Kandace Ryckman; Andrea Gershon; M. Diane Lougheed; Christopher Liciskai; Hong Chen; Paul J. Villeneuve; Eric Crighton; Yushan Su; Mohsen Sadatsafavi; Devon Williams & Christopher Carlsten/ 2016 / Canadá	Determinar se indivíduos diagnosticados com asma e expostos a elevados níveis de poluição do ar têm maior risco de vir a desenvolver a <i>Asthma-COPD Overlap Syndrome</i> (ACOS).	Estão incluídos neste estudo 6.040 adultos com idade $\geq$ 18 anos com asma incidente entre os anos de 1996 e 2009.	Estudo Quantitativo - Realizado um estudo de Coorte utilizado para modelar os efeitos a poluição do ar com ozono e partículas de 2.5mm, sendo pequeno o suficiente para invadir a via aérea inferior, e qual o impacto no desenvolvimento da DPOC realizado numa província do Canadá com mais de treze milhões de residentes.	Com o estudo contactou-se que indivíduos mais expostos ao ar poluído tinham cerca de três vezes maior probabilidade de vir desenvolver ACOS. Que a redução dessa exposição esta inteiramente relacionado um uma redução do risco de desenvolver ACOS. A ACOS está associada a piores níveis de qualidade de vida, comparativamente com pessoas com DPOC ou asma isoladas.
Dhamane, Amol D.; Witt, Edward A. & Su, Jun / 2016 / EUA	Entender qual a associação entre os vários estadios de gravidade da DPOC e a produtividade, qualidade de vida e uso de recursos de saúde em adultos.	Estão incluídos neste 60.389 adultos com idade compreendia entre os 40-50 anos com diagnóstico de DPOC. Todos os adultos com idade $>$ 18 são elegíveis para o estudo.	Estudo descritivo com análise de dados transversais da <i>National Health and Wellness Survey</i> (NHWS) entre 2010 e 2012, com recurso a inquérito <i>online</i> . É fornecido e preenchido por todos os participantes um consentimento informado e	Do total de participantes 4.1% com diagnóstico de DPOC em que 55.4% desses relatam a gravidade da DPOC como leve, 37.6% como moderada e 7.0% como grave. Conclui-se que a gravidade da DPOC está associada a resultados cada vez mais negativos na produtividade, maior

			esclarecido antes de poder participar.	grau de sedentarismo e aumento da utilização dos serviços de saúde. Compreende-se ainda que existe um prejuízo cada vez mais acrescido conforme a gravidade da DPOC.
--	--	--	--	--

Após a extração de dados dos sete artigos selecionados, encontrou-se conteúdo pertinente para dar resposta aos objetivos delineados para este estudo. De modo a auxiliar na compreensão dos mesmos, destacam-se quatro temas, sendo eles:

1. Efeitos da DPOC na qualidade de vida;
2. Estratégias utilizadas por pessoas com DPOC para satisfazer as AVD's;
3. Perceção de alterações, que obrigam a uma nova adaptação no quotidiano, em pessoas com DPOC;
4. Progressão da DPOC.

Dos sete artigos analisados, dois remetem para os **efeitos da DPOC na qualidade de vida**. Dignani, *et al.* (2015) menciona três grupos de consequências:

- Relacionadas ao cuidado;
- Relacionadas ao cuidador;
- Relacionadas à pessoa.

Segundo Dignani, *et al.* (2015) a QV é um conceito dinâmico e multidimensional que, em pessoas com DPOC, está inteiramente dependente da progressão da doença, assim como, da maneira como esta compromete o estado de saúde. Como referido anteriormente, a QV relacionada à DPOC poderá ser resultado do cuidado, considerado um conceito com mensurabilidade, podendo ser empregue como ferramenta de avaliação da intervenção clínica em pessoas com DPOC. No que concerne ao cuidador, a DPOC prejudica em grande parte a QV do cuidador, destacando assim a evidência de que os cuidadores de pessoas com DPOC são parte indispensável no planeamento de saúde. Já quanto à pessoa, a QV poderá ser prejudicada por agudizações da própria doença, originado por fatores intrínsecos da DPOC ou extrínsecos como incumprimento terapêutico, má adesão ao tratamento, *etc.*, comprometendo a pessoa psicossocialmente. Os enfermeiros são o elemento de união entre esses três grupos, pois são capazes de

utilizar ferramentas de avaliação da QV nas pessoas e aplicar intervenções dirigidas à pessoa assim como aos seus cuidadores em ambiente hospitalar, no domicílio ou em unidade de saúde comunitária (Dignani, *et al.*, 2015).

Já em Magdalena *et al.* (2018) a QVRS é cada vez mais investigada, ou seja, tem a mesma definição que a QV em geral, apenas é determinada pela saúde da pessoa. Segundo os autores foram utilizados instrumentos gerais e específicos para poder quantificar o impacto da doença nas pessoas. A QVRS em pessoas com DPOC não é apenas prejudicada pela idade ou pela dispneia, sendo que cerca de 20% das pessoas no estudo relataram sintomatologia depressiva e cerca de 25% sintomas compatíveis com ansiedade. Afirma ainda que na prática clínica, a procura de sintomatologia depressiva ou de ansiedade em pessoas com DPOC e o encaminhamento das mesmas para uma avaliação psicológica, poderá ser vantajoso, na medida em que é uma abordagem promissora a melhorar a QV da pessoa.

Dos sete artigos analisados, apenas um remete para **estratégias utilizadas por pessoas com DPOC para satisfazer as AVD's**.

Segundo Zijng Che *et al.* (2017) estes afirmam que o apoio social/familiar/cuidador estruturado a pessoas com DPOC é essencial para satisfazer as suas necessidades. Viver acompanhado apresenta uma grande associação ao aumento da atividade física, associado a um aumento significativo de mais de 900 passos/dia, comparado com pessoas que vivem sós. Confirmam que o suporte social estruturado está associado a uma maior participação no autocuidado em adultos com DPOC, reforçando a importância crítica de um ambiente social enriquecido e como isso poderá ser positivo para o autocuidado da pessoa. Concluem ainda que deve existir um esforço de forma a motivar as pessoas com DPOC para esses comportamentos essenciais de autocuidado, devendo existir uma avaliação periódica no sentido de constatar qual a assistência necessária, com o propósito de melhorar a QV das pessoas com DPOC (Zijng Che *et al.*, 2017).

Contudo é possível pressupor que a proximidade física de coabitar com outras pessoas, aumenta o envolvimento da pessoa em atividades de autocuidado, sendo possível afirmar que adultos com DPOC que vivam com pessoas mais ativas, apresentam níveis de atividade física mais elevados que aqueles que vivem com pessoas mais sedentárias.

Embora seja expectável que a atividade física diminua de acordo com a evolução da doença, conviver com outras pessoas poderá ser um fator importante, na medida em que contribui para um aumento do estímulo para a atividade física diária. Por conseguinte, é importante considerar um suporte social ou interações sociais visando aumentar a atividade física, e, por conseguinte, evitar assim o compromisso de muitas das AVD's (Zijing Che *et al.* 2017).

Dos artigos analisados, uma parte considerável remete para a **perceção de alterações, que obrigam a uma nova adaptação no quotidiano, em pessoas com DPOC**, correspondendo a três dos artigos incluídos.

Segundo Dhamane *et al.* (2016) a DPOC tem um impacto negativo na produtividade da pessoa, por consequência das limitações impostas pela própria doença (cansaço extremo, necessidade de oxigénio de longa duração, *etc.*). Segundo Wheaton (2015), citado por Dhamane, *et al.* (2016) existe uma maior percentagem de relatos de pessoas com DPOC que não conseguem trabalhar, apresentando limitações na sua atividade, em comparação com pessoas sem DPOC. Refere ainda que existe uma elevada taxa de desemprego associado à DPOC, especialmente com níveis de gravidade da DPOC mais elevados, associados ainda ao aumento do absentismo.

No artigo de Shilpa Dogra *et al.* (2018) se apresenta como principal descoberta, que tanto o sedentarismo como a atividade física estariam ambos associados ao elevado risco de hospitalização em pessoas com DPOC. A atividade física de baixa intensidade, assim como exercícios de fortalecimento estão associados a uma diminuição da recorrência aos hospitais, contrariamente ao que acontece com a prática de exercício físico de moderada intensidade ou a ausência de atividade por um período  $\geq 14$  h/dia que estão associadas a elevadas taxas de internamento por agudização da doença.

Segundo Nayara *et al.* (2018) a hipoxemia em pessoas com DPOC deve-se a alterações ao nível da ventilação/perfusão tecidual. De modo a compensar essa necessidade de oxigénio a solução será oferecer uma fração inspiratória de oxigénio. Embora aumente a sobrevida, o uso de Oxigénio de Longa Duração (OLD) aumenta a dependência, assim como reduz a liberdade da pessoa. O OLD é o tratamento de eleição para a pessoa com DPOC com apresentação grave e muito grave, no sentido de minorar a incidência de comorbilidades. Segundo Ferreira *et al.* citado por Nayara *et al.* (2018) as

peessoas com hipoxemia grave e/ou hipercapnia, para além de dispneia e baixa tolerância ao exercício, apresentam uma pior QV, observada no domínio físico e social. Acresce ainda a agravante por serem pessoas no limiar da pobreza.

No estudo realizado por Lacasse *et al.* citado por Nayara *et al.*(2018) a QV é bastante prejudicada em pessoas com DPOC dependentes de OLD, mostrando ainda que mesmo com a mesma gravidade da doença, todos aqueles dependentes de OLD por longas horas, são os que se encontram menos ativos, ou seja com maior taxa de sedentarismo.

Segundo Eaton *et al.* (2004) citado por Nayara *et al.* (2018) apenas um estudo demonstra uma melhoria na QV, assim como um aumento da tolerância de exercícios físicos, associando esse resultado a uma boa adaptação ao tratamento, objetivada através do correto número de horas utilizado diariamente. Os autores afirmam que a adesão ao tratamento é menor ao indicado, devido ao impacto negativo a nível físico, mas também ao desconforto provocado pelas cânulas nasais.

É possível constatar que o uso de OLD prejudica a QV, no sentido que se torna limitante e desconfortável ao nível físico e social (Nayara *et al.*,2018).

Para finalizar um dos artigos selecionado, remete para a **progressão da DPOC**, que corresponde a 14.2% dos artigos.

Segundo Teresa To *et al.* (2016) indivíduos com a síndrome de sobreposição Asma-DPOC (ACOS), apresentam declínio da função respiratória mais rápido, agudizações da doença mais frequentes, maior morbidade e uma menor QV em comparação com aqueles que apresentam Asma ou DPOC isoladas. Existe um aumento da prevalência com a idade e é superior no sexo feminino.

Segundo o estudo existe uma relação entre a exposição à poluição do ar por partículas de PM2.5, material fino com um diâmetro aerodinâmico médio de 2,5 mm ou menos, pequeno o suficiente para invadir as vias aéreas inferiores, e a ocorrência de impactos adversos na saúde. É daqui que se estabelece a origem da ACOS, sendo que essa exposição poderá ser aguda (horas a dias) ou crónica (meses a anos), podendo ter como consequência uma pequena reação apenas no sistema respiratório superior ou um impacto na morbidade de doenças respiratórias crónicas (asma e DPOC), patologia cardiovascular, neoplasia do pulmão, *etc.* (Teresa To *et al.*, 2016).

No presente estudo constatou-se que pessoas com asma têm um risco acrescido de vir a desenvolver DPOC, triplicando quando exposto a níveis de PM2.5 elevados, sendo possível afirmar ainda que existe uma maior procura por parte das pessoas com ACOS aos serviços de saúde, incluindo hospitalizações frequentes (Teresa To *et al.*, 2016).

Em modo de conclusão, existe um maior risco de vir a desenvolver ACOS em pessoas com asma prévia e expostas a níveis elevados de PM2.5 (Teresa To *et al.*, 2016).

#### 4. DISCUSSÃO

Em inúmeros estudos analisados é perceptível a grave implicação da DPOC, na pessoa enquanto ser e em todas as suas vertentes (Teresa To *et al*, 2016; Nayara *et al.*,2018; Dhamane, *et al.* 2016).

A qualidade de vida é um conjunto de aspetos transversais ao Homem, que são afetados em quase toda a totalidade pela DPOC. A simples NHB respirar, está intimamente ligada a toda uma panóplia de outras NHB.

A DPOC é uma doença com taxa de maior incidência no jovem adulto e que progressivamente vai agravando com o avançar cronológico do tempo, de forma mais rápida ou mais lenta, dependendo de fatores externos, sendo possível tratar e prevenir (ONDR, 2018).

Esta é fortemente influenciada pelo comportamento humano e está associada a fatores modificáveis e evitáveis, provocando alterações ao nível da qualidade de vida das pessoas ao longo do ciclo vital. Para além da diminuição da qualidade de vida, isto resulta em dispendiosos gastos para a saúde e conseqüentemente em baixa produtividade (Dhamane *et al.*, 2016).

Existem inúmeros fatores que desencadeiam o início da doença, fortemente influenciada pelo comportamento humano, assim como a fatores de modificáveis e evitáveis, que progressivamente desencadeiam um agravamento da sintomatologia, e como consequência, acabará por afetar qualidade de vida. O espectro da qualidade de vida é afetado no dia-a-dia devido aos comportamentos modificáveis e fatores externos que a pessoa vivencia. Se não existir uma cessação tabágica ou caso exerça algum tipo de função num ambiente de atmosfera tóxica ao aparelho respiratório, a progressão da doença será mais rápida e mais nociva à saúde (Teresa To *et al.*, 2016).

Por sua vez, devido ao avanço da ciência médica ao longo dos séculos, com o intuito de um aumento da esperança média de vida, assim como um aperfeiçoamento do tratamento aplicado e conseqüentemente melhoria da prestação de cuidados, há a ambição

de desenvolver melhores padrões de qualidade de vida. Segundos os estudos, percebe-se que existem vários tratamentos que melhoram a NHB respirar e por conseguinte a vida da pessoa e família (Bolander, 1998; Iyer, Tatpich e Losey, 1993; Potter e Perry, 2006).

No entanto, por vezes, este tratamento, se não houver uma correta adesão e utilização, pode comprometer o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa. Uma má gestão dos meios terapêuticos pode originar exacerbações ou descompensação frequente da patologia de base, causando um impacto negativo no setor da saúde com um maior número de internamentos, maior utilização de serviços de saúde com, consulta ou entradas no serviço de urgência, que se traduz num aumento dos gastos relacionados à saúde (Dignani *et al.*, 2015), sendo que por vezes um dos fatores que compromete a adesão ao regime terapêutico é a incorreta utilização de terapêutica, em grande parte associada a um fraco uso de terapêutica inaladora ou OLD. Neste caso de não utilização correta pode ter consequências no bem-estar físico, psicológico e social da pessoa. Segundo Nayara *et al.*, (2018) o correto uso terapêutico traduz-se numa melhoria da QV, demonstrado com um aumento da tolerância ao exercício físico, mas também é referido que a adesão ao tratamento é menor ao indicado, devido ao impacto negativo a nível físico, mas também ao desconforto provocado pelas cânulas nasais (Nayara *et al.*, 2018).

Devido à DPOC ser uma doença crónica, torna-se importante a pessoa encontrar estratégias de adaptação, quer para a doença, quer para o regime terapêutico. Idealmente a pessoa deve ser capaz de gerir progressivamente a sua doença de forma autónoma e eficaz, porém, tendo em conta a doença, a pessoa facilmente pode incorrer num estado de desmotivação, de anedonia ou mesmo depressivo, sendo muito prejudicando o autocuidado (Zijing Che *et al.*, 2017).

Para tal a pessoa tem de ser capaz de se adaptar e compreender o processo de saúde e doença que enfrenta. O papel do Enfermeiro é aqui preponderante, no sentido em que incute conhecimentos e capacidade à pessoa, tornando-se importante dar essa informação de forma clara e sucinta, através de uma correta relação terapêutica e eficaz, para que a pessoa a compreenda corretamente e a aplique da melhor maneira. Esta aquisição de conhecimentos deve sempre ser validada e supervisionada por profissionais competentes, para diminuir o risco de complicações e os prejuízos que daí advêm para a qualidade de vida (OE, 2012).

Um dos maiores impactos nas dificuldades da pessoa com DPOC é a sua resiliência, assim como o enorme poder de adaptação as adversidades com que se vai deparando. Segundo o autor supracitado Dhamane, *et al.* (2016) a incapacidade produzida pela doença leva, em grande parte, a que pessoa deva compreender o quão limitante pode ser a doença, assim como qual impacto real na sua vida no momento e a longo prazo. Esta aceitação vai permitir a pessoa ser capaz de projetar a sua vida, de acordo com a sua doença, sendo esta capaz de se adaptar à sua própria dinâmica pessoal e às limitações que podem advir com a doença ao longo do tempo (Dhamane *et al.*, 2016).

A dispneia é o principal fator que interfere na qualidade de vida, sendo o que demonstra maior impacto na realização das AVD's, diminuindo também a produtividade, devido à fraca capacidade física para desempenhar certas funções. Contudo esta aceitação é um processo difícil e moroso pois implica um grande nível de autoconhecimento a aceitação de si próprio e da sua nova auto imagem. Portanto, pode-se compreender que a DPOC afeta facilmente o bem-estar emocional da pessoa, assim como do possível cuidador, compreendendo um prejuízo imposto pela doença na saúde mental (Dignani *et al.*, 2015; Magdalena *et al.*, 2018).

Por conseguinte é bastante importante a pessoa estar inserida num contexto social e familiar estruturado, de maneira a que todo o processo de doença inclua ao máximo as pessoas de referência, pois são estas que funcionam como suporte e alicerces para uma evolução mais favorável da doença (Zijing Che *et al.*, 2017). A intervenção de Enfermagem deve incidir na pessoa como um todo, sendo esta um ser holístico, que está sempre inserido numa família que deve ser suportada e ajudada a melhor aceitar, compreender e adaptar-se a todo este processo (Teresa To *et al.*, 2016).

Posto tudo o apresentado anteriormente, impõe-se ressaltar a importância do enfermeiro enquanto profissional privilegiado para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, capacitando a pessoa e família para melhor compreender o processo de doença e adquirirem estratégias de adaptação e *coping*. Este deve estar munido duma panóplia de conhecimentos e competências científicas e humanas de maneira a ser este elemento de referência.

#### **4.1. Implicações para a Enfermagem**

A enfermagem é uma área da saúde em constante evolução, na medida em que utiliza todo o conhecimento científico no cuidar da pessoa.

Sendo a DPOC uma patologia crónica que acarreta limitações físicas e sociais, causa uma diminuição progressiva das atividades desempenhadas pela pessoa, prejudicando em grande parte o seu autocuidado, é ao Enfermeiro que, segundo Dorothea Orem, cabe suplementar de modo total, parcial ou educacional os défices que se vão instalando com a progressão da doença na pessoa.

A sociedade moderna apresenta uma tendência excessiva de busca pelo aumento da esperança média de vida, com pouca consciência da relação que a mesma tem, por vezes, com a qualidade de vida estabelecida. Neste sentido, cada vez mais é requerido aos enfermeiros, um grande envolvimento na implementação e gestão de serviços de saúde, de maneira a melhorar a prestação de cuidados de saúde a estas pessoas, utilizando o rigor científico, através da implementação de técnicas terapêuticas que promovam o suprimir das necessidades da pessoa.

A QV não é um conceito novo na prática de enfermagem, sendo que o maior interesse da enfermagem na QV de pessoas com DPOC é gerado pelo facto de ser uma patologia crónica e sem cura. A natureza multidimensional do conceito de QV carece de uma abordagem específica e individualizada para o cuidado.

É necessário o empenho em desenvolver intervenções de enfermagem específicas para a redução do sofrimento causado pela DPOC.

A avaliação do impacto da DPOC nas AVD's revela-se fundamental para uma melhor abordagem da pessoa com DPOC, de maneira a contribuir efetivamente, para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais em Enfermagem, que contribuam para o aumento ou manutenção da QV dessas pessoas.

## CONCLUSÃO

A DPOC tem a particularidade de ser caracterizada pela obstrução do fluxo de ar ao nível pulmonar, não sendo totalmente reversível e que se mantém ao longo de anos inalterado, tendo como consequência a incapacidade progressiva, comprometendo assim a qualidade de vida. Apesar de existir uma elevada incidência da doença na população com mais de 40 anos, todavia é na faixa etária acima dos 70 anos que, derivado a modificações biológicas, funcionais e psicológica, tem a maior incidência.

Sendo a DPOC uma doença crónica, tem associada a ela consequências físicas que podem incluir dificuldade respiratória, insónias, alterações dos padrões de sono, perda do controlo de esfíncteres, perda de apetite, *etc.*, que derivado à sua progressão vai se tornando cada vez mais incapacitante para pessoa na execução de atividades essenciais ou necessárias, especialmente no autocuidado, levando a um impacto negativo na capacidade de sobrevivência.

Quando a atividade do autocuidado não é adequada ao seu desempenho, em específico pelas necessidades terapêuticas, existe um prejuízo na relação entre o que a pessoa deve fazer e o que na realidade é exequível. Esta relação é relatada como défice de autocuidado, sendo este indicativo de que a pessoa necessita de ajuda, para que as suas necessidades sejam cumpridas.

Na prática de enfermagem é fundamental a utilização de instrumentos, especificamente, no processo de enfermagem que pode ser mais robusto que se recorrer as questionários ou escalas que avaliem a qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde.

Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde/ doença é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem, que resulta no aumento da capacidade funcional e consequentemente de uma maior participação a nível familiar, social e profissional, melhorando assim a qualidade de vida. Logo, uma melhor gestão dos recursos e

fragilidades da pessoa contribuirá na redução de gastos em saúde através da diminuição do número de internamentos, consultas e de deslocações aos serviços de urgência por exacerbação da doença. O enfermeiro trabalha no sentido de a pessoa atingir o máximo grau de independência funcional na realização as suas AVD's.

Na globalidade dos resultados obtidos acerca da perceção da QV em pessoas com DPOC com o presente estudo, é previsível um agravamento do mesmo, que se vai sobressaindo cada vez mais à medida que vai existindo uma progressão da doença. A velocidade de progressão da doença está inteiramente associada à gestão da mesma, tendo como agravante a prática de comportamento de risco, como o tabagismo ou a trabalhar diretamente com materiais tóxicos ou libertadores de fumos ou poeiras.

Como apresentado inicialmente a necessidade humana respirar encontra-se na base das nossas necessidades e tem de obter a sua satisfação primeiramente, pois esta funciona como base para satisfação de todas as outras necessidades. A não satisfação da mesma vai sempre impossibilitar a satisfação das restantes necessidades do ser humano.

A QV é um conceito multidimensional que compreende a satisfação de várias necessidades humanas e que é essencial integrar na prática clínica da enfermagem e seus *settings* clínicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

Abrunhosa, M. A., & Leitão, M. (2001). *Psicologia*. Porto: Areal Editores.

American Thoracic Society [ATS] & American College of Chest Physicians [ACCP] (2004). ATS/ACCP. Standards for the Diagnosis and Management with COPD (Guidelines). Consultado a 01/07/2021 em: <http://www.thoracic.org/clinical/copdguidelines/resources/copddoc.pdf>

Araújo, A. T. (2007). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão. Consultado a 01/07/2021 em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2007.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2007.pdf).

Araújo, A. T. (2008). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão. Consultado a 01/07/2021 em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2008.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2008.pdf).

Bárbara, Cristina – Patogenia e Fisiologia. In: Marques, Maria; Sotto-Mayor, Renato - Tratado de Pneumologia. Vol. I (2003). ISBN: 972-733-139-4

Bolander, Verolyn Barnes - Sorensen e Luckmann, Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

Brandl, M., Böhmer, M. M., Brandstetter, S., Finger, T., Fischer, W., Pfeifer, M., & Apfelbacher, C. (2018). Factors associated with generic health-related quality of life (HRQOL) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a cross-sectional study. *Journal of thoracic disease*, 10(2), 766.

Camargos, A.C., Cópio, F.C., Sousa, T.R., & Goulart, F. (2004). O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 8(3), 267-272.

Camelier, A.A., Winter, D.H., Jardim, J.R., Barboza, C.E., Cukier, A., & Miravittles, M. (2008). Deficiência de alfa-1 antitripsina: diagnóstico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(7), 514-527.

- Campos, H. S. (2006). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: mais do que apenas uma doença pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 14(1), 27-32.
- Celli, B.R., Gote, C.G., Martin, J.M., Casanova, C., Oca, M.M., Mendez, R.A. et al. (2004). The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The New England Journal of Medicine*, 350, 1005-1012.
- Chachamovitch, E., & Fleck, M.P. (2008). Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck, M.P. & Colaboradores. *Avaliação de Qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*, (pp.74-82). Porto alegre: Artmed
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., & Nguyen, H. Q. (2017). Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419-1427.
- Connolly, M. J., & Yohannes, A. M. (2016). The impact of depression in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Maturitas*, 92, 9-14.
- Cunha, A.; Cardoso, L. & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*, 61 (7), 36-40.
- Dhamane, A. D., Witt, E. A., & Su, J. (2016). Associations between COPD severity and work productivity, health-related quality of life, and health care resource use: a cross-sectional analysis of national survey data. *Journal of occupational and environmental medicine*, 58(6), e191-e197.
- Dignani, L., Toccaceli, A., Guarinoni, M. G., Petrucci, C., & Lancia, L. (2015, July). Quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: An evolutionary concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 50, No. 3, pp. 201-213).
- Direção Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Consultado a 01/07/2021 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

- Dogra, S., Good, J., Buman, M. P., Gardiner, P. A., Copeland, J. L., & Stickland, M. K. (2018). Physical activity and sedentary time are related to clinically relevant health outcomes among adults with obstructive lung disease. *BMC pulmonary medicine*, 18(1), 1-13.
- Esmond, Glenda - Enfermagem das Doenças Respiratórias. Lisboa: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-91-6.
- Ferreira, P.L., & Ferreira, L.N. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 5-14.
- Filipe, Nuno Ferreira. Reabilitação respiratória à pessoa com DPOC. 2014. Tese de Doutoramento
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305, 1074-1077.
- Fleck, M.A. & Colaboradores (2008). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. (1ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, António M.; Paúl, Constança – Psicossociologia da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN – 972-796-008-1.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Galvão, M. & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem* 17(1): 225-230 DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.
- Garratt, A.M., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patients assessed health outcomes measures. *British Medical Journal*, 324, 1417-1432.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2017). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2007) Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Consultado a 01/07/2021 em: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport07\\_0108.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport07_0108.pdf).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. 2019 Report. Retirado de: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKETGUIDEFINAL\\_WMS.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKETGUIDEFINAL_WMS.pdf).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2011
- Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*. 1987;42(10):773-8.
- Higgins, M. D., Green, R. J., & Leeson, M. S. (2011). Optical wireless for intravehicle communications: A channel viability analysis. *IEEE Transactions on Vehicular Technology*, 61(1), 123-129.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: Copyright ©.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- International Council of Nurses. (2009). Nursing Matters: Adherence to Long Term Therapy. Consultado a 10/06/2021 em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/8a\\_FS-Adherence\\_Long-Term\\_Therapy.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/8a_FS-Adherence_Long-Term_Therapy.pdf)
- Iyer, Patrícia; Tatpich, Barbara; LOSEY, Donna – Processo e diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. ISBN – 0-7216-5614-5.
- Jones, P., Lareau, S., & Mahler, D.A. (2005). Measuring the effects of COPD on the patient. *Respiratory Medicine*, 99, 11–18.

- Kerkoski, E., Broenstein, M.S., Gonçalves, L.O., & Francioni, F.F. (2007). Grupo de Convivência com pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Sentimentos e Expectativas. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(2), 225-32.
- Kilian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2001). Assessment the impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital in patients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213
- Kimura, M., & Silva, J. V. (2009). Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp), 1098-1104.
- Kühl, K., Schürmann, W., & Rief, W. (2008). Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(4), 727–736.
- Litvoc, J., & Romano, M.A. (2007). Avaliação de Qualidade de Vida. - In: Greve, J.M. A. (1ª Ed.), *Tratado de Medicina de Reabilitação*, (pp. 233-236). São Paulo: Roca.
- Martins, J. (2008) *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar em Enfermagem*, vol.12. Portugal. Consultado a 12/06/2021 em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf) consultado a 30/06/2021
- Mendes, K. Silveira, R. Galvão, C. (2008) Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis. Consultado a 10/06/2021 em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009).
- Nascimento, O. A. (2006). Avaliação do diagnóstico e tratamento da DPOC na região metropolitana de São Paulo (SP) – Estudo PLATINO – Uma amostra de base populacional. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor apresentada à Universidade Federal de São Paulo
- Neto, A. M., & Conde, D. M. (2008). Qualidade de vida. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(11), 535-6.

- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018). 13º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes. Lisboa. Consultado a 10/06/2021 em: [https://www.ondr.pt/files/Relatorio\\_ONDR\\_2018.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2006) Investigação em enfermagem – tomada de posição. Lisboa, Portugal. Consultado a 01/07/2021 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue».
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem, Conceptos de enfermeira en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Padilha, J. (2013). Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Paredes, T., Simões, M.R., Canavarro, M.C., Vaz-Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M.J., et al. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M., Franceschini, S.C., Ribeiro, R.C., Sampaio, R.F., Priore, S.E., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38

- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau;
- Phipps, W. J. (2003). Intervenções em Pessoas com Problemas das Vias Aéreas Inferiores. Avaliação do Sistema Respiratório. In Phipps, W.J., Sands, J.K. e Marek, J. F. (6ª Ed.), Enfermagem Médico- Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica, (pp. 1045-1171). Loures: Lusociência
- Phipps, Wilma J.; Sands Judith K.; Marek, Jane F. - Enfermagem Médico Cirúrgica, 6ª edição, volume II. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8383-65-7
- Pires, M.J. (2009). Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelasl. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.
- Pitta, F., Troosters, T., Probst, V., Lucas, S., Decramer, M., Gosselink, R. (2006). Possíveis consequências de não se atingir a mínima atividade física diária recomendada em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica estável. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(4), 301-8
- Potter, Patricia A., Perry, Anne Griffin - Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos. 5ª ed. Loures: Lusociencia, 2006. ISBN 972-8930-24-0.
- Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ª Ed.), Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lta
- Reilly, J. J., Silverman, E. K., & Shapiro, S. D. (2012). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In *Harrison's: Principles of Internal Medicine*, (18ª Ed.), (pp.2151-2170), Rio de Janeiro: Ed McGraw-Hill Interamericana.
- Ribeiro, K., Toledo, A., Costa, D., Pegas, J., & Reyes, L. (2005). Efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). *Revista biociências*, Taubaté, 11(1-2), 63-68.
- Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., . . . Herrerias, C. (Maio de 2007). Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST*, 131 (5), pp. 4S-42S.

- Rochester, C.L. (2003). Exercise training in chronic obstructive. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(5), 59-80.
- Rodrigues, S.L., Viegas, C.A. & Lima, T. (2002). Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal de Pneumologia*, 28(2), 65-70.
- Sant'Ana, C.A. & Cukier, A. (2006). Avaliando a DPOC pela perspectiva do paciente. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 32(2), vii-viii.
- Scattolin, F.A. (2006). Qualidade de vida. A evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8(4), 1-5.
- Seeley, Rod R.; Stephens, Trent D.; Tate, Philip - *Anatomia e Fisiologia*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8930-07-0
- Seidl, E.M., & Zannon, C.M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2),580-588.
- Souza, M. Silva, M. Carvalho, R. (2010) Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. Consultado a 10/06/2021 em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102).
- Souza, R.A. & Carvalho, A.M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.
- Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette – *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, 4ª ed. Loures, Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-05-3.
- Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M., & Alligood, M.R., *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, (pp. 211-235). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tomer, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5º ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN – 972-8383-74-6.

- Vaz-Serra, A.; Canavarro, M.C.; Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J. et al. 2006. Estudo psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 31-40.
- Velez, R.R. (2007). Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Ciências de la Salud Bogotá (Colombia)*, 5(1), 90-100.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Statistics – OMS 2008. Consultado a 01/07/2021 em: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf). Acesso em 30/06/2021.

# APÊNDICES

**Apêndice I – Histórico da segunda fase de pesquisa na base de dado CINAHL.**

<b>Search ID#</b>	<b>Search terms</b>	<b>Results</b>
#17	S12 AND S13 AND S14	(102)
#16	S12 AND S13 AND S14	(109)
#15	S12 AND S13 AND S14	(223)
#14	S8 OR S9 OR S10 OR S11	(177,173)
#13	S4 OR S5 OR S6 OR S7	(28,286)
#12	Adult* OR Pacient* OR "Middle aged"	(342,657)
#11	"health-related quality of life"	(66,772)
#10	“well-being”	(45,605)
#9	"well being"	(45,584)
#8	AB "quality of life"	(117,367)
#7	"chronic obstructive lung disease"	(16,625)
#6	"chronic obstructive airway disease"	(16,304)
#5	“Copd”	(24,017)
#4	"chronic obstructive pulmonary disease"	(23,345)
#3	"Middle aged"	(14,626)
#2	“Pacient*”	(12,245)
#1	“Adult*”	(321,073)

**Apêndice II – Cronograma**

Etapas	Fase Conceptual					Fase Metodológica				Fase de pesquisa e análise de artigos					
	Escolha do tema e questão preliminar	Revisão da literatura	Elaboração do problema de investigação	Formulação de um processo de investigação	Enunciado do objetivo	Escolha de desenho de investigação	Definição de critérios de elegibilidade	Estratégias de pesquisa e identificação dos estudos	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	Extração de dados	Síntese dos dados	Colheita de dados nas bases de dados	Análise de artigos	Interpretação de resultados	Difusão dos resultados
<b>Prazo</b>															
Set. 2019															
Out. 2019															
Nov. 2019															
Dez. 2019															
Jan. 2020															
Fev. 2020															
Mar. 2020															
Abr. 2020															
Mai. 2020															
Jun. 2020															
Jul. 2020															
Ago. 2020															
Set. 2020															
Out. 2020															
Nov. 2020															
Jan. 2021															

Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida do Adulto- Licenciatura em Enfermagem

2021															
Fev. 2021															
Mar. 2021															
Abr. 2021															
Mai. 2021															
Jun. 2021															
Jul. 2021															

Impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica na Qualidade de Vida do Adulto- Licenciatura em Enfermagem