

Millenium, 2(9), 93-101.

pt

**A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO O AUTOCUIDADO**

**THE PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: HOW REHABILITATION NURSES PROMOTE SELF-CARE**

**LA PERSONA CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: COMO PROMUEVEN LOS ENFERMEROS DE REHABILITACIÓN EL AUTOCUIDADO**

*Ana Nabais<sup>1</sup>*

*Maria do Céu Sá<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital Santa Maria, Portugal

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UI&DE, Portugal

Ana Nabais – ana.nabais@esel.pt | Maria do Céu Sá – ceu.sa@esel.pt



**Autor Correspondente**

*Ana Nabais*

Av. do Brasil, 53 – B  
1700-063 Lisboa  
ana.nabais@esel.pt

RECEBIDO: 16 de fevereiro de 2019

ACEITE: 13 de março de 2019

## RESUMO

**Introdução:** O aumento da prevalência das doenças crónicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tem um elevado impacto social e económico, compromete a saúde das pessoas e consequentemente a forma como gerem a doença e promovem o autocuidado.

**Objetivos:** Sistematizar intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC.

**Métodos:** Este estudo consiste numa revisão sistemática da literatura. Para compreender e analisar este fenómeno foi utilizada a Teoria do Autocuidado de Orem.

**Resultados:** Os resultados salientaram que os programas de intervenção de enfermagem de reabilitação compostos por exercícios respiratórios, treino de exercício e uma forte componente educacional nomeadamente sobre o controlo dos sintomas e a gestão da terapêutica promovem o autocuidado, a autogestão e a autoeficácia.

**Conclusões:** O enfermeiro de reabilitação, no âmbito das suas competências, onde se destacam as estratégias educacionais, contribui para a gestão da condição de saúde destas pessoas.

**Palavras-chaves:** Autocuidado; DPOC; Enfermagem; Enfermeiro de Reabilitação

## ABSTRACT

**Introduction:** The increased prevalence of chronic diseases such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) has a high social and economic impact, compromises patient's health and consequently the way they manage the disease and promote self-care.

**Objectives:** Systematize rehabilitation nursing interventions that promote self-care in the person with COPD.

**Methods:** This study consists of a systematic review of the literature. To understand and analyze this phenomenon, Orem's Theory of Self-Care was used.

**Results:** The results showed that nursing intervention programs, consisting of respiratory exercises, exercise training and a strong educational component, especially on symptom control and therapeutic management, promote self-care, self-management and self-efficacy.

**Conclusions:** Rehabilitation's nurses, with their competences, where the educational strategies are highlighted, contributes to the management of the health condition of these patients.

**Keywords:** Self-care; COPD; Nursing; Nursing Rehabilitation

## RESUMEN

**Introducción:** El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene un alto impacto social y económico, compromete la salud de las personas y, consecuentemente, la forma en que gestionan la enfermedad y promueven el autocuidado.

**Objetivos:** sistematizar intervenciones de enfermería de rehabilitación promotoras del autocuidado en la persona con EPOC.

**Métodos:** Este estudio consiste en una revisión sistemática de la literatura. Para comprender y analizar este fenómeno se utilizó la Teoría del Autocuidado de Orem.

**Resultados:** Los resultados señalaron que los programas de intervención de enfermería compuestos por ejercicios respiratorios, entrenamiento de ejercicio y un fuerte componente educativo, sobre el control de los síntomas y la gestión de la terapia, promueven el autocuidado, la autogestión y la autoeficacia.

**Conclusiones:** El enfermero de rehabilitación, en el ámbito de sus competencias, donde se destacan las estrategias educativas, contribuye a la gestión de la condición de salud de estas personas.

**Palabras Clave:** Autocuidado; Enfermería; Enfermero de Rehabilitación; EPOC

## INTRODUÇÃO

Os indicadores demográficos nos países desenvolvidos como Portugal, revelam uma tendência crescente do envelhecimento populacional a par da melhoria das condições de vida e aumento das doenças crónicas. Devido à melhoria dos sistemas de saúde aquelas já não podem ser vistas de forma isolada, verificando-se um aumento de pessoas com múltiplas patologias de caráter crónico, nomeadamente diabetes, doenças cardiovasculares e doenças do foro respiratórias como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2015).

A doença crónica é definida pela OMS (2015) como uma doença de longa duração, com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de situações desde a doença cardiovascular, a diabetes, asma, DPOC, mas também, doença oncológica, mental e psiquiátrica, do sistema osteoarticular e VIH/SIDA.

Quanto à DPOC, estima-se que cerca de 328 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem desta condição respiratória crónica (Vos et al., 2015), com maior prevalência no género masculino, sendo a 4ª causa de morte no mundo e 5ª em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

A DPOC é definida pela Global Initiative for Chronic Obstrutuve Lung Disease (GOLD, 2017) como uma doença, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo de ar, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas, causadas pela exposição significativa a partículas ou gases nocivos. As primeiras manifestações são especialmente da função pulmonar e respiratória (dispneia, pieira, tosse e aumento da expetoração) com manifestações extrapulmonares, que podem surgir mediante a progressão da doença. As principais complicações são cardiovasculares (edema e dor torácica), musculo-esqueléticas (osteoporose e diminuição da força muscular), hematológicas (anemia) e, também psíquicas e emocionais (ansiedade e depressão).

O diagnóstico e prognóstico é estabelecido com base na espirometria, para determinar o grau de obstrução aérea. A sua classificação é estabelecida independentemente do grau de obstrução, mas com base na avaliação de sintomas e histórico de exacerbações/internamentos. (GOLD, 2017).

O tratamento é sobretudo a terapêutica farmacológica, especialmente inalatória (broncodilatadores e corticoides) e não farmacológica. Desta última, destacam-se a cessação tabágica, vacinação e reabilitação respiratória (GOLD, 2017). A reabilitação respiratória é definida como um programa de intervenção terapêutica multidisciplinar no qual o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro de reabilitação, tem uma intervenção de destaque. Esta baseia-se numa avaliação global do doente seguida de intervenções individualizadas que incluem reeducação funcional respiratória, treino de exercício e educação, de modo a melhorar a condição física e psicológica e promover a adesão ao longo do tempo de comportamentos promotores de saúde. A literatura é unânime em referir que a reabilitação respiratória na pessoa com DPOC reduz os sintomas, melhora a função muscular dos membros, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento, a autoeficácia e autocuidado. (Direção Geral de Saúde, DGS, 2015).

Face a doenças crónicas como a DPOC o autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença (Berbiglia & Banfield, 2014). O modelo de Autocuidado de Orem, baseia-se na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si e é definido como uma função humana reguladora, deliberada que é realizada pela pessoa ou cuidador no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). As atividades que realiza em favor de si estão relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas da própria ou dos seus agentes. Toda a pessoa pode ser considerada agente de autocuidado, pode ser o próprio quando este se encontra independente, ou pode ser outro como um familiar ou amigo. Quando a pessoa não possui capacidades para realizar o autocuidado, é também denominado agente dependente de cuidados, nesta situação pode necessitar de cuidados por parte dos enfermeiros (Berbiglia & Banfield, 2014; Orem, 2001).

Orem (2001), define os requisitos de autocuidado como grupos de necessidades do indivíduo, que se subdividem em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Berbiglia & Banfield, 2014; Orem,2001). Os requisitos universais comuns a todos os seres humanos, correspondem a ações que proporcionam as condições internas e externas que favorecem o desenvolvimento humano. Estão relacionados com manutenção suficiente de ar, água e alimentos; processos adequados de eliminação; equilíbrio entre atividade e descanso e entre solidão e interação social; prevenção de risco à vida, funcionamento e bem-estar e desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais. Quando estes decorrem de forma eficaz é promovida a saúde e o bem-estar (Silva et al., 2009; Orem,2001).

Os requisitos de desenvolvimento surgem da necessidade de adaptação a mudanças que surgem na vida da pessoa, ao longo de várias fases ou condições que afetam o mesmo.

Os requisitos de desvio de saúde, estão relacionados com a ocorrência de doenças que afetam os mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos, e o funcionamento integral do ser humano. Quando ocorre alteração permanente ou temporária do estado de saúde, e a pessoa se encontra dependente total ou parcialmente na satisfação das suas necessidades, muda de posição de agente de autocuidado para doente, recetor do cuidado (Orem,2001).

O tipo e a quantidade de requisitos a satisfazer, sofrem alterações de acordo com os fatores condicionantes básicos como a idade, género, etapas de desenvolvimento, o estado de saúde, orientação sociocultural, fatores ambientais, disponibilidade de recursos e adequação, sistema familiar e de sistema de saúde e padrão de vida (Molina & Valenzuela, 2009; Orem,2001). Orem (2001), refere que existem barreiras que dificultam a concretização do autocuidado como limitações físicas, carências de conhecimento, constrangimentos financeiros, agravamento de sintomas e múltiplos problemas com a medicação. Quando as exigências de autocuidado são superiores à sua capacidade de dar respostas, surge o défice de autocuidado (Orem, 2001). Face à existência de défice de autocuidado, Orem (2001) propõem a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em que a autora identificou três classificações. Esta assenta no planeamento e execução de um conjunto de ações com o objetivo da pessoa reassumir o seu próprio cuidado. Quando esta é totalmente incapaz para o autocuidado, e a intervenção de enfermagem é necessária para

compensar inteiramente essa incapacidade, é utilizado o sistema totalmente compensatório. Quando realiza algumas ações de autocuidado, mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar, estamos perante o sistema parcialmente compensatório. Quando é capaz de realizar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado, aplica-se o sistema de apoio-educação.

A DPOC, nomeadamente os sintomas a ela associados como a dispneia, levam ao compromisso do autocuidado necessitando a pessoa da intervenção do enfermeiro de reabilitação no âmbito dos diferentes sistemas de enfermagem. Um estudo de Gysels & Higginson (2009), comprovou a efetividade de um plano educacional individualizado numa consulta de enfermagem de reabilitação respiratória. Este plano consistia no fornecimento de orientações personalizadas de acordo com as necessidades identificadas e sintomas manifestados. Este plano melhorava a autogestão (*self-management*) da doença, controlo sintomático, diminuía os episódios de exacerbação e promovia o autocuidado. Frequentemente o conceito de autocuidado e autogestão são confundidos. A autogestão é considerada como uma componente do autocuidado, sendo a habilidade da pessoa de conjuntamente com familiares e profissionais de saúde, gerir de forma eficaz sintomas, tratamentos, consequências físicas, psicológicas, culturais e espirituais. Na autogestão está inerente a capacidade de mudança de hábitos de vida necessários para viver com doença crónica (Redman, 2007).

O estudo de Warwick, Gallagher, Chenoweth e Parbury (2009), concluiu que a autogestão dos sintomas promove o autocuidado e reduz os internamentos devendo os enfermeiros encorajar este comportamento nas pessoas com DPOC. Estes autores constataram a importante relevância da família na promoção do autocuidado e na gestão da doença.

Kasikçi (2010) salienta que para além da importância da reeducação funcional respiratória, composta por exercícios respiratórios dos músculos e relaxamento, as sessões educacionais como informações sobre a doença, instruções para o autocuidado e suporte social, aumentavam a autoeficácia e a capacidade para o autocuidado.

A evidência científica, salienta que os cuidados de enfermagem deverão ser orientados para a promoção das capacidades de autocuidado da pessoa promovendo a sua autonomia pessoal e o *empowerment*. O *empowerment* é um atributo dos grupos ou pessoas, gerado pelo conhecimento e confiança, para agirem em seu próprio benefício, para atingir da melhor forma os objetivos identificados (Anderson & Funnell 2010). Face às necessidades terapêuticas de autocuidado, o enfermeiro é o principal facilitador, enquanto *expert* (agente terapêutico) no processo de gestão da doença (Anderson & Funnell, 2010).

Disler et al. (2014) e a GOLD (2017), são da opinião que face às limitações que esta doença causa no dia-a-dia é necessário um sistema de saúde, de apoio familiar e social de forma a manter uma condição de saúde estável, a funcionalidade e o autocuidado. Cuidar destas pessoas, é atualmente um desafio para a enfermagem de reabilitação que implementa intervenções com o objetivo de promover o autocuidado.

Assim, o objetivo deste estudo é sistematizar intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC.

## 1. MÉTODOS

Para obter evidência científica referente à problemática em estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Esta metodologia permite de forma exploratória, estruturada e rigorosa compilar intervenções de enfermagem que contribuem para a prática baseada na evidência (Higgins & Green, 2017). Este tipo de revisão responde a uma questão formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes (Clark, 2001).

Para sistematizar o estado do conhecimento sobre as intervenções que promovem o autocuidado na pessoa com DPOC e, para uma compreensão mais ampla deste fenómeno, levou-se a efeito um estudo de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2017). Desta forma, quer ao nível da elaboração da questão de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários, com efeitos na constituição da amostra, foi utilizado o método PI[C]O (Quadro 1). Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação (Intervention) promotoras do autocuidado (Outcome), na pessoa com DPOC (Population)?

Quadro 1. Aplicação do Método PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoas com DPOC	Palavras Chave:
I	Intervenção	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Autocuidado; DPOC; Enfermagem;
C	Comparações	Podem existir ou não	-----	Enfermeiro de Reabilitação
O	Outcomes	Resultados/Efeitos ou consequências	Promoção do Autocuidado	

Para obter dados elegíveis face à questão de investigação e objetivo do estudo, estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão que são apresentados no quadro 2.

**Quadro 2.** Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos no estudo

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que refiram intervenções de enfermagem relacionadas com a promoção do autocuidado no adulto e idoso com DPOC;</li> <li>• Com metodologia quantitativa ou qualitativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com metodologia pouco clara;</li> <li>• Sem correlação com o objeto de estudo;</li> <li>• Repetidos nas diferentes bases de dados;</li> <li>• Escritos em língua não inglesa ou não portuguesa;</li> <li>• Não disponíveis em texto integral;</li> <li>• Com data inferior a 2008.</li> </ul>

### 1.1 Estratégia de Pesquisa

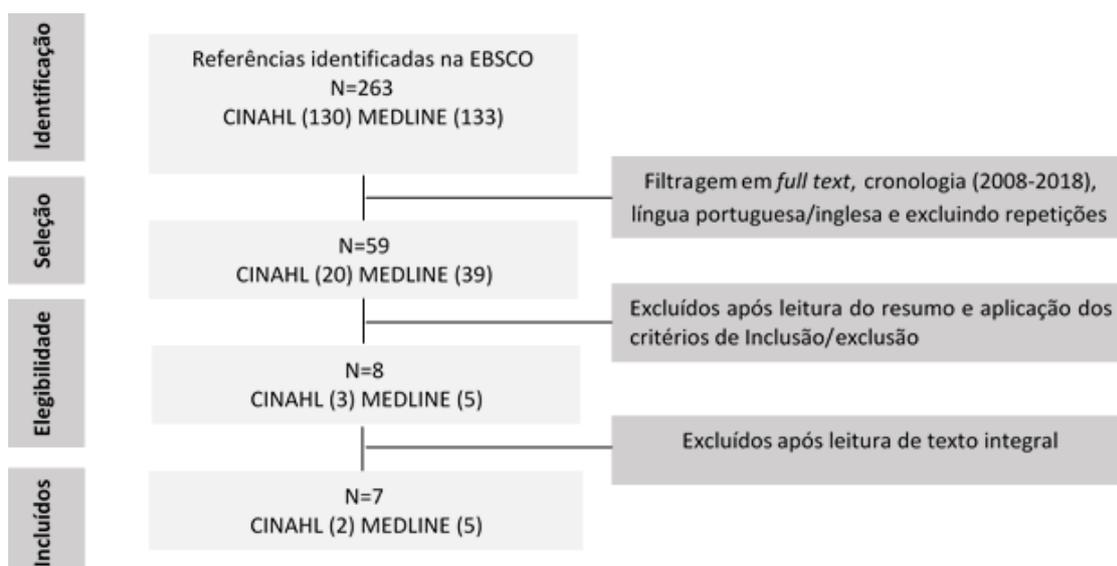
Para a identificação e seleção dos estudos a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levaria à obtenção de resultados relevantes para a investigação.

Foi efetuada uma pesquisa em base de dados eletrónica, na EBSCOhost Web em geral e, em particular na CINAHL (Plus with Full Text) e MEDLINE (Plus with Full Text). Os descritores foram retirados da MeSH Browser e os operadores booleanos foram utilizados com a seguinte orientação: [Nurs\* AND (Lung Diseases, Obstructive OR Pulmonary Disease, Chronic Obstructive OR COPD) AND (Rehabilitation) AND (Self Care OR Activities of Daily Living) AND ( Adult OR Aged OR Aged, 80 and over)].

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2018 e foram identificados na totalidade duzentos e sessenta e três (263) artigos. Após filtragem referente a artigos disponíveis em texto integral, escritos em língua portuguesa ou inglesa, publicados nos últimos dez anos e não repetidos nas duas bases de dados, foram excluídos duzentos e quatro (204) artigos. Do resultado desta filtragem resultaram cinquenta e nove (59) artigos, os quais foram analisados por dois revisores independentes aplicando os critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados sete (7) estudos. Estes foram avaliados quanto ao nível de evidência, utilizando as orientações segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2015).

Dos artigos apurados, quatro são estudos randomizados controlados com nível de evidência II (Nguyen et al.,2008; Trappenburg et al.,2009; Titova, Steinshamn, Indredavik & Henriksen,2015; Billington, Coster, Murrells & Norman, 2015), dois estudos são tipo coorte com nível de evidência IV (Cosgrove, MacMahon, Bourbeau, Bradley & O'Neill, 2013; Isselt, Sruit, Groenewegen-Spkema, Chavannes & Achterberg, 2014) e, um estudo qualitativo descritivo com nível de evidência VI (Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling, 2011).

A metodologia encontra-se representada na figura 1:



**Figura 1.** Método de Filtragem da Pesquisa Realizada.

## 2. RESULTADOS

Apresentamos os resultados obtidos nos estudos selecionados na pesquisa (quadro 3).

**Quadro 3 – Quadro resumo dos estudos selecionados**

Artigo	Tipo de Estudo/Nível de Evidencia	Intervenção/Evidência alcançada
Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Versus Face-to-Face Dyspnea Self-Management Program for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Pilot Study (Nguyen et al., 2008)	Estudo Randomizado Controlado Nível de Evidência – II	<b>Intervenção:</b> Implementado um programa educacional para a autogestão da dispneia em dois grupos de doentes idosos com DPOC. Ambos os grupos receberam educação para a saúde referente a estratégias de controlo da dispneia, plano de exercícios de endurance e fortalecimento muscular. Um grupo recebeu a intervenção presencialmente e reforço telefónico e outro on-line via internet. <b>Contexto:</b> Doentes em ambulatório recrutados a partir de uma clínica. <b>Conclusões:</b> Ambos os grupos revelaram após 6 meses melhorias significativas na auto-eficácia na gestão da dispneia e tolerância ao esforço com aumento de capacidade na realização do autocuidado.
Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients; a multicenter RCT (Trappenburg et al., 2009)	Estudo Randomizado Controlado Nível de Evidência - II	<b>Intervenção:</b> Foram prestados cuidados de enfermagem a um grupo de doentes com DPOC, utilizando as guidelines da DPOC, referente à otimização terapêutica, ensino sobre técnica de inaloterapia, exercício motor e respiratório, nutrição, cessação tabágica e controlo das exacerbações. Outro grupo recebeu intervenção de um plano individualizado com informação escrita e personalizada de acordo com as necessidades e descrição de comportamentos a adotar consoante o grau de agravamento dos sintomas. Ficavam programados com o familiar de referência contactos preferenciais e definidos os profissionais de saúde a quem poderiam recorrer em caso de agravamento. <b>Contexto:</b> Doentes em ambulatório recrutados a partir de hospitais e clínicas. <b>Conclusões:</b> Comprovou-se que os doentes que usufruíram do plano individualizado melhoravam de forma mais significativa a capacidade de autocuidado e autogestão, e precocemente identificavam os sinais de exacerbação e acionavam medidas de controlo sintomático aprendidas e/ou recorriam a apoio de saúde.
Developing a structured education programme for clients with COPD - Clients' perceptions of self-management following a PRINCE (SEPRP) (Casey et al., 2011)	Qualitativo-Descritivo Nível de Evidência – VI	<b>Intervenção:</b> A intervenção foi implementada por enfermeiros de cuidados de saúde primários que consistiu na educação e treino de gestão terapêutica, controlo da respiração, conhecimento e gestão e exacerbação de sintomas, e reconhecimento do stress e ansiedade. A intervenção também incluía programa de exercícios motores e respiratórios. <b>Contexto:</b> Doentes seguidos em cuidados de saúde primários. <b>Conclusões:</b> O programa melhorou a capacidade de controlo da doença nomeadamente o controlo sintomático da dispneia, a capacidade de autogestão terapêutica, incitando também a aquisição de capacidades para o autocuidado. O estudo revelou que os enfermeiros de cuidados de saúde primários têm grande importância na promoção da autogestão e autocuidado.
Facilitating education in pulmonary rehabilitation using the Living Well with COPD programme for pulmonary rehabilitation a process evaluation (Cosgrove et al., 2013)	Estudo Coorte Nível de Evidencia IV	<b>Intervenção:</b> A intervenção consistia em adaptar um programa educacional de autogestão em doentes com DPOC no âmbito do programa de reabilitação respiratória. Este, consistiu na informação sobre controlo da dispneia, técnicas de conservação de energia, gestão das exacerbações, da terapêutica inalatória, do stress, ansiedade ou depressão e exercício físico. Foram introduzidas outras temáticas à posteriori: oxigenioterapia, desobstrução das vias aéreas, cessação tabágica e alimentação saudável. <b>Contexto:</b> Doentes seguidos em meio hospitalar e em centros de saúde. <b>Conclusões:</b> A introdução deste programa educacional traduziu-se para além de maior satisfação nas sessões de reabilitação, em maior entendimento da doença e melhoria na autoeficácia e autogestão da mesma.
Geriatric rehabilitation for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (Isselt et al., 2014)	Estudo Coorte Nível de Evidência – IV	<b>Intervenção:</b> Programa de reabilitação para idosos com DPOC, incluía exercícios respiratórios, treino de exercícios de endurance e fortalecimento muscular, controlo da respiração, <i>huffing</i> , técnicas de relaxamento, avaliação nutricional e ensino aos doentes e famílias sobre estratégias de autogestão da doença. <b>Contexto:</b> Doentes internados com alta após uma exacerbação com DPOC. <b>Conclusões:</b> A implementação do programa melhorou a capacidade funcional respiratória e capacidade para o autocuidado.
Long term effects of an integrated care intervention on hospital utilization in patients with severe COPD a single center controlled study (Titova et al., 2015)	Estudo Randomizado Controlado Nível de Evidência – II	<b>Intervenção:</b> Intervenção de cuidados integrados domiciliários pós alta através contacto telefónico para monitorização de sintomas, fornecimento de educação sobre autogestão da DPOC em <i>e-learning</i> e plano escrito individualizado sobre controlo de sintomas e gestão terapêutica. <b>Contexto:</b> Doentes internados em hospital por exacerbação da DPOC e após alta recebiam visitas domiciliárias para validação do programa educacional. <b>Conclusões:</b> Nos doentes que receberam esta intervenção verificou-se menor taxa de reinternamentos e redução da duração do internamento quando este acontecia.
Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Randomized Feasibility Study (Billington et al., 2015)	Estudo Randomizado Controlado Nível de Evidência – II	<b>Intervenção:</b> Um grupo de doentes recebeu cuidados padrão de um programa de autogestão da DPOC (reconhecimento de sintomas, exacerbações, gestão terapêutica e uso dos serviços de saúde). O grupo de intervenção para além do programa de autogestão, recebeu intervenção telefónica 2x, onde os conteúdos do programa de autogestão eram reforçados e fornecido aconselhamento. O programa decorreu durante 12 semanas. <b>Contexto:</b> Contexto domiciliário. <b>Conclusões:</b> Os doentes com intervenção telefónica, viram reduzidos os seus sintomas em relação ao grupo controlo.

### 3. DISCUSSÃO

Da análise dos diferentes artigos, todos enfatizam que a *educação para a saúde* realizada por enfermeiros de reabilitação é uma intervenção promotora do autocuidado na pessoa com DPOC. Os autores consideram que capacitar estas pessoas para a *gestão de sintomas* (Titova et al., 2015; Billington et al., 2015) é fundamental para o *controlo da dispneia* (Casey et al., 2011; Cosgrove et al., 2013; Nguyen et al., 2008). Neste controlo, destaca-se o ensino das *técnicas de conservação de energia* (Cosgrove et al., 2013). A *toilete brônquica* (Cosgrove et al., 2013; Isselt et al., 2014), é importante na limpeza das vias aéreas, dando ênfase ao ensino da técnica do *huffing*. A estas intervenções podem associar-se as *técnicas de descanso e relaxamento* (Isselt et al., 2014), diminuindo a tensão muscular, o stress e a ansiedade, facilitando a realização de atividades de autocuidado, como a manutenção de uma quantidade suficiente de ar e o equilíbrio entre atividade e repouso (Orem, 2001).

A *gestão do regime terapêutico* (Trappenburg et al., 2009; Casey et al., 2011; Titova et al., 2015; Billington et al., 2015) é uma intervenção promotora de autocuidado, que facilita a gestão da doença, diminuindo as exacerbações. A *inaloterapia* e a *oxigenioterapia* (quando necessária) são componentes do regime terapêutico fundamentais para o controlo sintomático e bem-estar destas pessoas (Cosgrove et al., 2013; Trappenburg et al., 2009). As intervenções identificadas para além de aumentarem a capacidade para executar ações de autocuidado, apresentam como *outcome* a capacidade de autogestão da doença (Ng & Smith, 2017).

Outras *intervenções educacionais* como: a *cessação tabágica* (Trappenburg et al., 2009; Cosgrove et al., 2013); *exercício físico* (Nguyen et al., 2008) e *hábitos alimentares* (Isselt et al., 2014) foram também salientadas como intervenções promotoras do autocuidado, estando relacionadas com mudanças de comportamentos salientando-se a motivação para adoção de estilos de vida saudáveis.

O estudo de Baker & Fatoye (2017) evidencia os efeitos positivos das intervenções promotoras da autogestão na autoeficácia das pessoas com DPOC. Promover a autoeficácia contribui para a adoção de comportamento de saúde a longo prazo e na pessoa com DPOC é um preditor de redução do impacto psicossocial da doença e aumento do bem-estar e qualidade de vida (Baker & Fatoye, 2017).

Os estudos de Clari et al. (2017) e Efraimsson, Hillervik e Ehrenberg (2008), constataram que introduzir programas de educação para a saúde, traduz uma maior motivação para adotar estilos de vida saudáveis, nomeadamente a cessação tabágica (Efraimsson et al., 2008). O estudo de Areias et al. (2012), comprovou que a educação para a saúde relacionada com o exercício físico promove o bem-estar destes doentes.

A utilização das tecnologias da informação nos programas educacionais como o telefone (Nguyen et al., 2008) e email (Nguyen et al., 2008; Titova et al., 2015; Billington et al., 2015) tem grande importância no *follow-up* dos programas de educação para a saúde verificando-se redução das exacerbações e de reinternamentos (Titova et al., 2015).

Para Casey et al. (2011) e Isselt et al. (2014) os *exercícios respiratórios* e o *treino de exercício* (exercícios de endurance e fortalecimento muscular), são intervenções essenciais num programa de reabilitação respiratória e que permitem melhorar a função pulmonar e tolerância à atividade física. Estes melhoram a capacidade para que a pessoa possa assumir-se como agente de autocuidado. Quando não possuem essa habilidade tornam-se agentes dependentes de cuidados, necessitando de cuidados de um familiar/cuidador ou de enfermeiros. Envolver a família, especialmente no âmbito do plano educacional é benéfico para promover a adesão ao regime terapêutico (Isselt et al., 2014). Neste sentido, Kasikçi e Alberto (2007), demonstraram existir uma correlação positiva entre o suporte familiar e a capacidade em realizar o autocuidado.

Em síntese, verificamos nos resultados dos estudos que a intervenção do enfermeiro de reabilitação engloba predominantemente o sistema apoio-educação. Assim sendo, os exercícios respiratórios, treino de exercício, gestão de sintomas ajudam nestes doentes/família ao cumprimento do requisito universal *manutenção suficiente de ar*. As orientações fornecidas sobre a alimentação e hidratação adequadas melhoram a satisfação do requisito *manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos e de líquidos*. O ensino de técnicas de conservação de energia, exercício físico e técnicas de relaxamento melhoram o *equilíbrio entre solidão e interação social*. As orientações dadas sobre a gestão da ansiedade e stress e importância da cessação tabágica contribuem para a *prevenção dos perigos à vida, ao funcionamento e bem-estar*.

Pela análise dos estudos verificou-se que o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro de reabilitação, presta cuidados no sentido de minimizar os efeitos do défice de autocuidado, capacitando a pessoa e promovendo estratégias de apoio e educação com o objetivo de dar resposta às suas necessidades de autocuidado.

### CONCLUSÕES

As necessidades de autocuidado comprometidas nas pessoas com DPOC podem ter repercussões na satisfação dos diferentes requisitos de autocuidado. Da intervenção do enfermeiro de reabilitação salienta-se a sua importância como educador e agente de mudança na pessoa e família no sentido de promover e contribuir de forma mais efetiva para melhorar a autoeficácia e autogestão da doença crónica.

Reforça-se ainda que os resultados desta revisão estão em sintonia com as competências do enfermeiro de reabilitação, que *preveem* *cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida*, *capacitar a pessoa com limitação da*

atividade e restrição na participação social” e “maximizar a sua funcionalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Face às competências destes enfermeiros e os diferentes contextos em que a pessoa se insere, torna-se deste modo clara, a importância da articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, relativamente a programas de reabilitação respiratória, facilitando a reinserção familiar e social da pessoa com DPOC após a alta hospitalar. Será pertinente futuramente realizar pesquisas/estudos sobre a efetividade da continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação entre estes dois contextos, com o objetivo de melhorar a prática de cuidados neste âmbito.

Relativamente às implicações para a prática, este estudo cumpre não apenas o propósito de sistematizar intervenções que promovem o autocuidado nestas pessoas, mas também oferece uma análise reflexiva à luz do modelo conceptual de Orem sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R. & Funnell, M. (2010) Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79, 277–282.
- Areias, V., Ferreira, D., Martins, A. & Matias, I. (2012). Evolução da capacidade funcional e estado de saúde dois anos após programa de reabilitação respiratória. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18 (5), 217-225.
- Baker, E., & Fatoye, F. (2017). Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 71, 125-138.
- Berbiglia, A. & Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing in Nursing. In M. Alligood. *Theorists and their work* (pp. 175-183). St. Louis: Elsevier.
- Billington, J., Coster, S., Murrells, T. & Norman, I. (2015). Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Randomized Feasibility Study. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 395-403.
- Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L. & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*, 16 (5) 231-237.
- Cosgrove, D., MacMahon, J., Bourbeau, J., Bradley & O’Neill, B. (2013). Facilitating education in pulmonary rehabilitation using the Living Well with COPD programme for pulmonary rehabilitation a process evaluation. *BMC Pulmonary Medicine*, 13 (50) 1-10.
- Clari, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2016). Measurement properties of instruments evaluating self-care and related concepts in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Heart & Lung*, 45(5), 441-448.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* (DPOC). Lisboa: DGS.
- Disler, R. T., Green, A., Lockett, T., Newton, P. J., Inglis, S., Currow, D. C., & Davidson, P. M. (2014). Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease: metasyntesis of qualitative research. *Journal of pain and symptom management*, 48(6), 1182-1199.
- Efrainsson, E., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2) 178-85.
- Gysels, M. H., & Higginson, I. J. (2009). Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation. *Chronic respiratory disease*, 6(3), 133-140.
- 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.
- Higgins, J., Green, S (2009). – *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2* [em linha]. The Cochrane Collaboration, [Consult. 2018-03-26]. Disponível e WWW:< URL:www.cochrane-handbook.org>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). Causas de Morte 2015. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Isselt, E., Sruit, M., Groenewegen-Spkema, K., Chavannes, N. & Achterberg, W. (2014). Geriatric rehabilitation for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respiratory Disease*, 11(2), 111–119.
- Kasikçi, M. (2010). Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: A case study of 1-year follow-up. *International Journal of Nursing Practice*, 17 1-8.
- Kasikçi, M. & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16. 1468-1478.

- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in Nursing & Healthcare - a guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Molina, A. & S, Valenzuela, S (2009). Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(4) 613-619.
- Nguyen, H., Nonesky-Cuenco, D., Wolpin, S., Reinke, L., Benditt, J., Paul, S. ... Carrieri-Kohman, V. (2008). Randomized controlled trial of na internt-based versos face-to-face dyspnea self-management Program for Patients whith cronic obstructive pulmonary disease: Pilot Study. *J Med Internet Res* .10 (2) e9. doi: 10.2196/jmir.990.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde. Organização Mundial da Saúde.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Redman, B. (2007). Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics*. 21 (5) 243-250.
- Richard, A. & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of nursing scholarship. Sigma Theta Tau*. 43 (3) 255-64.
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, E., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E. & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43 (3) 697-703.
- Titova, E., Steinshamn, S., Indredavik, B. & Henriksen, A. (2015). Long term effects of an integrated care intervention on hospital utilization in patients with severe COPD a single centre-controlled study. *Respiratory Research*, 16 (8) doi: 10.1186/s12931-015-0170-1.
- Trappenburg, J., Koevoets, L., Oene, G., Monninkhof, E., Bourbeau, J., Troosters, T. ... Schri jvers, A. (2009). Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients. *BMC Pulmonary Medicine*. 9 (52) 1-10.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... & Duan, L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.
- Warwik, M., Gallagher, R., Chenoweth, L. & Parbury, J. (2009). Self-management and symptom monitoring among older adults with chonic obstructive pulmonary disease. *Journal of advanced nursing*. 66 (4), 784-791.