



**ESTUDOS SOBRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

Juciane Aparecida Furlan Inchauspe¹

Greisse da Silveira Maissiat²

Jamile Block Araldi Macagnan³

Édlimar Kátia Adamy⁴

Sandra Mara Marin⁵

Suellen Fincatto⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, tendo por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica conforme a taxonomia II da NANDA-I. A pesquisa foi realizada entre julho e agosto de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, com 12 pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, internados em hospital público no interior do estado de Santa Catarina. Os resultados mostraram que 75% eram homens, maiores de 60 anos, 64% abstinência do fumo de um mês há 30 anos e 64% sedentários. Foram identificados os diagnósticos de enfermagem: padrão respiratório ineficaz, desobstrução ineficaz de vias aéreas, mobilidade física prejudicada, fadiga, estilo de vida sedentário, nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais. Conclui-se que o sexo masculino, idade maior de 60 anos e tabaco em uso prolongado tem relação com o desenvolvimento de DPOC. Sendo que os diagnósticos de enfermagem encontrados são os esperados em pacientes com a doença.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Faculdade Dom Alberto. Departamento de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE). Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: jucianefurlan@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Supervisora de Estágio do Centro Universitário Vale do Taquari. Lajeado, RS. E-mail: greissem@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Professora colaboradora da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste, SC. E-mail: jamilemacagnan24@hotmail.com

⁴ Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. E-mail: katiadamy@hotmail.com

⁵ V Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. E-mail: sandrapeju@hotmail.com

⁶ Enfermeira, Especialista em Enfermagem do trabalho, São Miguel do Oeste, SC. E-mail: anelann@gmail.com



Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Doença pulmonar obstrutiva crônica. Cuidados de enfermagem. Processos de enfermagem.

ABSTRACT

This is a quantitative and qualitative study, aiming to identify the nursing diagnoses in patients with chronic obstructive pulmonary disease according to the NANDA Taxonomy II-I. The survey was conducted between July and August 2011, through semi-structured interviews with 12 patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to a public hospital in the state of Santa Catarina. The results showed that 75% were male, over 60, 64% smoking abstinence a month for 30 years and 64% sedentary. Were identified nursing diagnoses: ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance, impaired physical mobility, fatigue, sedentary lifestyle, imbalanced nutrition less than body requirements. It is concluded that male gender and age greater than 60 years and tobacco prolonged use is related to the development of COPD. ince the nursing diagnoses are found as expected in patients with the disease.

Keywords: Nursing diagnosis. Pulmonary Disease, Chronic Obstructive. Nursing Care. Nursing Process.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) consiste num problema de saúde pública por ser uma doença de caráter preventivo, embora as doenças crônicas sejam incuráveis e incapacitantes (FRANZEN, et al., 2007). Caracteriza-se por provocar limitação do fluxo de ar nas vias aéreas que é geralmente progressiva (TRZASKA-SOBCZAK; BROŽEK; FARNIK; PIERZCHAŁA, 2013). Além disso, está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de gases nocivos podendo ser irreversível (ARNOLDUS; GESTEL; JOERG; STEIER, 2010).

A DPOC apresenta sintomas e desconfortos oriundos do aparelho respiratório com efeitos pulmonares significativos que causam diminuição na qualidade de vida dos pacientes e problemas mais graves. Visto que esta entre as principais doenças crônicas em todo o mundo em relação a frequência que acomete a população, o impacto na qualidade de vida e mortalidade, sendo considerada a principal causa de mortalidade e morbidade dentre as doenças respiratórias (LAIZO, 2009). No Brasil, há 5,5 milhões de pessoas acometidas por DPOC e que, das 290 mil internações/ano de pacientes com doenças respiratórias, sejam devido a DPOC (LAIZO, 2009). O Sistema Único de Saúde tem um gasto alto com tais hospitalizações, sendo que alcançaram mais de 100 milhões de reais dos cofres públicos



(JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2013). A DPOC se desenvolve a partir de fontes genéticas e ambientais. Na origem genética, é causada pela deficiência de alfa-1-antitripsina e não está claro quais cromossomos são responsáveis pelo desencadeamento desta (LAIZO, 2009). Na origem ambiental, o desenvolvimento decorre da inalação da fumaça a partir da queima da lenha em fogões domésticos (LAIZO, 2009).

Um fator de risco conhecido como o principal causador da doença é o tabagismo, sendo que 80 a 90% das pessoas que fumaram em torno de 20 anos desenvolve a doença (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2013). Estima-se que, até 2025, o tabagismo será o responsável por 75% das mortes decorrentes da DPOC (LAIZO, 2009). Ainda, fatores de risco como baixo peso ao nascer, asma, infecções do trato respiratório incluindo tuberculose podem interferir para a evolução da DPOC (BROEKHUIZEN et al., 2012).

Quanto aos principais sintomas das doenças respiratórias têm-se: a dispneia, a tosse, a expectoração, a hemoptise, a dor torácica e a rouquidão (AQUINO; BETTENCOURT; LOURENÇO; LEITE; FONSECA, 2011). O exame físico realiza-se através da inspeção, a palpação e a percussão, observados sibilos, roncos turgência jugular, hepatomegalia e edema de membros inferiores (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2013). No exame clínico, indica-se a radiografia torácica e a espirometria. A espirometria é do tipo não invasivo e tem o objetivo de quantificar o fluxo e volume da capacidade vital, ou seja, a quantidade de ar que pode ser inalado e exalado, verifica, ainda, a forma da curva de volume de fluxo espirométrico, para avaliar a qualidade e a reprodutibilidade das medições (JARDIM; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2013). Ainda, têm-se os exames laboratoriais, onde são verificadas alterações dos gases sanguíneos arteriais e hematócrito rouquidão (AQUINO; BETTENCOURT; LOURENÇO; LEITE; FONSECA, 2011). Nesta perspectiva, a detecção precoce da DPOC é fundamental para que a pessoa diagnosticada consiga iniciar o quanto antes um tratamento adequado, visando alcançar a promoção da saúde com qualidade de vida.

Este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica conforme a taxonomia II da NANDA-I.

REFERENCIAL TEÓRICO



O presente estudo aborda principalmente a etapa de diagnóstico de enfermagem, atualmente contemplada em várias instituições hospitalares e conceituada como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, fornecendo base para as intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Por meio do raciocínio clínico acerca de dados coletados no histórico de enfermagem (entrevista clínica e exame físico), podem ser identificados e classificados os diagnósticos de enfermagem (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). A NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), fundada em 1982 é uma organização que assumiu a responsabilidade de elaborar uma taxonomia para os diagnósticos de enfermagem, proporcionando aos enfermeiros uma universalização da linguagem de maneira a identificar as necessidades dos pacientes e melhorar a qualidade da assistência prestada (NANDA, 2010). A adoção de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia da NANDA, exige uma coleta completa de dados que aborde os múltiplos aspectos que envolvem o estado atual da doença, fator fundamental a evolução, bem-estar e prognóstico do paciente (MARIN et al., 2010). Nesse sentido, os sinais e sintomas devem permanecer constantemente monitorados pelo enfermeiro para que este elabore as ações de enfermagem voltadas as necessidades do paciente através dos diagnósticos de enfermagem, o qual consiste na segunda etapa da sistematização da assistência de enfermagem (AQUINO; BETTENCOURT; LOURENÇO; LEITE; FONSECA, 2011).

A sistematização da assistência de enfermagem representa uma melhoria do cuidado prestado e auxilia o enfermeiro na tomada de decisões e intervenções. Trata-se de uma etapa complexa e sistemática do processo de enfermagem que envolve avaliação clínica das respostas dos pacientes aos problemas de saúde que fornecem a base para a intervenção de enfermagem no intuito de se atingir os resultados esperados. Este sistema, compreendido



como uma dinâmica de ações contínuas e inter-relacionadas, distingue-se em fases que se interpoem, podendo ser classificadas em: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação ou evolução de enfermagem (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa realizada entre julho e agosto de 2011, com 12 pacientes com diagnóstico médico de doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica) internados em hospital público no interior do estado de Santa Catarina. O desenho de métodos de pesquisa mistos tem sido utilizado ao longo dos anos na medida em que as questões relacionadas aos cuidados de saúde se tornaram mais complexas (KEPTNER, 2011). Para descrever alguns aspectos do fenômeno que não podem ser medidos apenas em dados numéricos (MORSE; NIEHAUS, 2009). Para tanto, realizou-se no primeiro momento análise do prontuário dos pacientes internados no período para verificar os diagnósticos prescritos pela enfermagem, em seguida, os pacientes foram abordados e entrevistados pela pesquisadora, por meio de um instrumento desenvolvido em forma de check-list conforme a metodologia do Processo de Enfermagem proposta por NANDA 2010, contendo questões sobre anamnese e exame físico. Na entrevista foram consideradas as observações verbalizadas pelos pacientes. As entrevistas foram transcritas e os dados coletados foram organizados, sintetizados e agrupados em gráficos utilizando Microsoft Excel 2003 e utilizado a taxonomia II da NANDA para identificar os diagnósticos de enfermagem (MARIN et al., 2010). A pesquisa encontrou-se adequada aos requisitos da Resolução n.º 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o número 091/2011.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que os pacientes entrevistados tinham as seguintes características: 75% sexo masculino, 64,3% acima de 60 anos, 64% ensino fundamental



incompleto, 64% sedentários, 64% abstinência do fumo, dos entrevistados com diagnóstico de DPOC, 57% tinham enfisema pulmonar e 28%, bronquite crônica. Quanto a profissão, verificou-se quatro agricultores, um encanador, um marceneiro, um segurança e três mulheres domésticas. Ainda, dos entrevistados quatro pacientes estavam aposentados e um encontrava-se afastado das atividades ocupacionais devido à doença.

No Quadro 1, apresenta-se os diagnósticos de enfermagem encontrados, o número (n) e percentual (%) de sujeitos, sendo que houve pacientes que apresentavam mais de um diagnóstico.

QUADRO 1 - Diagnósticos de Enfermagem encontrados na pesquisa

Diagnósticos de Enfermagem	n (%)*
Padrão respiratório ineficaz	12 (100)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	9 (75)
Ansiedade	9 (75)
Mobilidade física prejudicada	9 (75)
Fadiga	9 (75)
Estilo de vida sedentário	9 (75)
Intolerância a atividade	9 (75)
Dor Crônica	8 (66,6)
Troca de gases prejudicada	7 (58,3)
Nutrição desequilibrada: Menos do que as necessidades corporais	6 (50)
Risco de volume de líquidos deficiente	6 (50)
Integridade da pele prejudicada	6 (50)
Integridade Tissular Prejudicada	5 (41,6)
Risco de constipação	4 (33,3)
Padrão de sono prejudicado	4 (33,3)
Comunicação verbal prejudicada	2 (16,6)
Memória prejudicada	1 (8,3)



*Os pacientes apresentaram mais de um diagnóstico.

Fonte: Autores. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, 2011.

Conforme o Quadro 1, observou-se que todos os pacientes foram diagnosticados com “Padrão respiratório ineficaz” e em 75% dos pacientes houve diagnóstico de enfermagem de “Desobstrução ineficaz de vias aéreas”, “Ansiedade”, “Mobilidade física prejudicada”, “Fadiga”, “Estilo de vida sedentário” e “Intolerância a atividade”.

DISCUSSÃO

Neste estudo, 75% dos pacientes eram homens. A incidência da DPOC é maior em homens do que em mulheres. As diferenças em relação ao sexo podem estar relacionadas à maior prevalência do tabagismo e exposição ocupacional entre os homens (BAGATIN; JARDIM; STIRBULOV, 2006). Embora pesquisa realizada com 1.441 indivíduos de ambos os sexos e acima de 40 anos de idade no município de São Paulo, cujo objetivo foi estimar a prevalência e fatores associados à DPOC, encontrou 55,6% do sexo feminino (SOUSA et al, 2011). Em outro estudo internacional, os autores mencionam que as mulheres que fumavam menos, tinham menor incidência de tosse produtiva, menor índice de massa corporal, menores co-morbidades e menor número de internações, em comparação com os homens (JAIN; THAKKAR; JAIN; ROHAN, 2011). Além disso, foi encontrado nos resultados da mesma pesquisa que os homens eram mais propensos do que as mulheres a ter um fenótipo enfisema predominante, enquanto as doenças das vias respiratórias superiores eram mais predominante e comum entre as mulheres.

Em relação à faixa etária, a prevalência em pacientes com acima de 60 anos corrobora com um estudo realizado com o objetivo de sumarizar a epidemiologia e os fatores de risco para a DPOC que encontrou 25,7% dos portadores de DPOC são idosos com mais de 60 anos, o que torna uma situação preocupante se tratando de pacientes que apresentam diminuição da capacidade nas funções orgânicas (JARDIM; OLIVEIRA;



NASCIMENTO, 2013). Ainda, no estimar a prevalência e fatores associados à DPOC, estudo evidenciou que a idade ≥ 60 anos foi significativo no desenvolvimento de DPOC independentemente do quantitativo de cigarros fumados ao longo da vida (CAVALCANTE et al., 2012).

No que tange aos diagnósticos médicos dos pacientes, nota-se que 12 (85%) pacientes receberam o diagnóstico de DPOC, entre eles 8 (57%) encontravam-se com enfisema pulmonar e 4 (28%) com bronquite crônica. O enfisema pulmonar estava presente em todos os pacientes que foram ou ainda são fumantes de longa data e também em agricultores que relataram o uso de agrotóxicos sem uso de equipamento de proteção individual. Infere-se que os trabalhadores agricultores estão expostos a uma ampla gama de agentes químicos como as poeiras e gases orgânicos e inorgânicos (WIJNAND; NEIL; JEROEN, 2009).

Já a bronquite crônica foi referida por um pacientes, o qual verbalizou que adquiriu a doença das sucessivas vezes em que inalou pó das madeiras utilizadas na fabricação de móveis pelo não uso de equipamento de proteção individual, e também, devido ao tabagismo, caso em que o paciente encontra-se afastados das atividades por doença ocupacional.

A inalação de partículas e gases tóxicos produz uma resposta inflamatória nos pulmões, sendo esta resposta proporcional ao total da inalação ocorrida. A inalação de fumaça do cigarro, exposições ocupacionais ao pó, fumaça de lenha e gases irritantes são os mais conhecidos agentes desencadeadores da DPOC (BAGATIN; JARDIM; STIRBULOV, 2006).

Importante salientar que 64% dos entrevistados tinham histórico familiar de problemas pulmonares em pai, mãe ou irmão. Nesse caso, vale lembrar que a DPOC se origina de fatores genéticos, porém sem poder ser comprovado nos referidos casos. Reitera-se que os pacientes com diagnóstico de DPOC possuem risco de mortalidade por doença cardiovascular, independentemente, também, do tabagismo (MORSE; NIEHAUS, 2009).

Verificou-se que os pacientes que desenvolveram DPOC apresentavam um histórico de fumo prolongado de pelo menos 1 maço de cigarros/dia, durante 20 anos, embora tenha se encontrado histórico de 38 anos. Porém, a abstinência ao uso do tabaco pelos pacientes



entrevistados varia de 1 mês há 30 anos. Percebe-se pelo relato dos entrevistados que a maioria deles começou a fumar, bastante cedo, entre os 10 aos 17 anos de idade, pois segundo eles era a cultura imposta pela sociedade da época, onde crianças e adolescentes para estar na “moda” deveriam ter o hábito tabagista.

A grande maioria 90% dos fumantes começa a fumar antes dos 19 anos de idade, sendo 15 anos a idade média de iniciação, numa fase de construção de personalidade em que estão susceptíveis às mensagens e exemplos ao seu redor. Essencialmente, a indústria do tabaco desenvolve publicidade de seus produtos voltada para os jovens, seu público alvo predileto, estimulando-os a fumar, seduzidos por códigos e símbolos do mundo adulto (BRASIL, 2008). Um entrevistado referiu ser tabagista há 79 anos e fuma em média dois maços de cigarro/dia e não tem intenção de diminuir ou cessar o vício. Outro caso, a entrevistada acredita ter desenvolvido bronquite crônica sendo tabagista passiva devido ao marido ser tabagista.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, infere-se que estes são importantes indicadores da necessidade de cuidados de enfermagem e oferecem base científica e segura para a assistência de enfermagem, uma vez que as intervenções elaboradas são direcionadas às características definidoras e fatores relacionados, elementos constituintes do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (NANDA, 2010).

Ao verificar os diagnósticos de enfermagem, pode-se inferir que “Padrão respiratório ineficaz” é um diagnóstico de enfermagem que se encontra no total de pacientes que sofrem de distúrbios respiratórios e consiste na inspiração e expiração sem ventilação adequada relacionada a produção excessiva de secreção traqueobrônquica irritante das vias aéreas movimento diafragmático ineficaz deformidade da parede do tórax (BROEKHUIZEN et al., 2012). Está relacionado a causas diversas, que podem incluir problemas cardíacos, neurológicos, psicológicos, levando ao comprometimento da função pulmonar. Encontra-se inserido no domínio atividade/repouso definido como: “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos”; e nas classes cardiovasculares/pulmonares, definido por “mecanismos cardiopulmonares que dão suporte à atividade/repouso (NANDA, 2010). Considera-se que tal diagnóstico precede o desenvolvimento de diagnósticos que se



sobrepõem pela piora clínica, como: troca de gases prejudicada e desobstrução ineficaz das vias aéreas. (NANDA, 2010).

Reconhecer tal diagnóstico é importante para o enfermeiro prestar intervenções que favoreçam a melhora do quadro sintomatológico. As intervenções de enfermagem a idosos com diagnóstico de Padrão Respiratório Ineficaz, pode diminuir o número de internações e uso de serviços de saúde de alta complexidade, restringir a possibilidade de diagnósticos posteriores potenciais na idade avançada, além de poder ser resolutivo na atenção básica (CAVALCANTE et al., 2012).

A supervisão durante as atividades físicas em qualquer estágio da doença é indicada e recomendada na reabilitação pulmonar, a fim de otimizar a performance física, social e autonomia do paciente (SOUSA et al., 2011). Os benefícios obtidos com a reabilitação pulmonar nos indivíduos com DPOC envolvem: melhora da capacidade de exercício e da qualidade de vida relacionada à saúde; redução da sensação de falta de ar e do número de hospitalizações (SOUSA et al., 2011).

Entende-se por “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” a incapacidade do aparelho respiratório em eliminar as secreções e manter as vias aéreas desobstruídas (NANDA, 2010). Este diagnóstico é característico de portadores de DPOC, identificado a partir da ausculta dos sons respiratórios anormais como o sibilo e roncos da árvore brônquica, causado pelo acúmulo de secreções nas vias aéreas superiores.

Esse diagnóstico foi percebido nos pacientes que continuavam com o vício do tabaco mesmo com DPOC, sendo percebido devido à tosse ineficaz para eliminar o excesso de muco traqueobrônquico, comprometendo assim a comunicação verbal do paciente. Outros sintomas aferidos, sob esse diagnóstico, durante a ausculta pulmonar foram encontrados em seis pacientes, sibilo, em cinco indivíduos houve presença de respirações brônquica e três indivíduos apresentaram estertores, sendo que houve apresentação de mais de um destes sintomas em cada paciente. Para o diagnóstico de “desobstrução ineficaz das vias aéreas”, são recomendadas as seguintes ações: fazer inalação, estimular deambulação e ingestão hídrica, sentar na poltrona, estimular a tosse, a expectoração e a aspiração das vias aéreas, além disso é recomendado a monitoração e verificação de sinais vitais e monitoração com



oximetria de pulso (JAIN; THAKKAR; JAIN; ROHAN, 2011).

A “Ansiedade” identifica-se por sentimento de desconforto ou temor relacionado às alterações no ambiente, secundário a hospitalização (NANDA, 2010). Para conseguir reduzir este desconforto recomendam-se ações que promovam o conforto do paciente, dentre os itens sugeridos em estudos temos: promoção de decúbito aceitável pelo paciente ou mudança de decúbito, massagens nas costas, bem como, exercícios de relaxamento (NETO; AMARAL, 2003). Desse modo entende-se que tais medidas podem vir a contribuir na redução da ansiedade do paciente e proporcionar um ambiente agradável para seu tratamento e reabilitação.

A “Fadiga”, “Mobilidade física prejudicada”, “Estilo de vida sedentário” e “Intolerância a atividade” são fatores que estão interligados e foram diagnósticos de enfermagem frequentes na pesquisa realizada. Sabe-se que pacientes com disfunções respiratórias apresentam fatores limitantes à tolerância ao exercício e às atividades funcionais, como pouca flexibilidade, anormalidades da coluna vertebral torácica, caixa torácica, esterno e articulações, devido a má postura, diminuição dos níveis de atividade e diminuição da força dos músculos respiratórios, além do provável avanço da idade (WIJNAND; NEIL; JEROEN, 2009).

Quanto ao sedentarismo, percebe-se que 64% dos entrevistados permanecem nesta situação. Apesar de ser comum o sedentarismo, devido à doença causar limitação ventilatória e conseqüente diminuição do aporte sanguíneo periférico, é difícil a inserção desses pacientes em atividades físicas regulares (SOUSA et al., 2011). Além disso, oito pacientes apresentavam lordose quanto ao exame físico da simetria corporal, fato que dificulta a prática de atividades físicas.

Diante da incapacidade provocada pela doença e limitação da mobilidade nas atividades diárias, para diminuir dores e sintomas os pacientes com DPOC permanecem na posição sentada na maior parte do tempo (SOUSA et al., 2011).

A “Mobilidade física prejudicada” é definida como uma limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2010). Devido a isso os pacientes com DPOC não conseguem participar de atividades sociais, o que



os coloca em uma posição de relativo isolamento social.

Ainda, a perda da mobilidade e as consequências causadas por esta, remete a importância de incentivar os pacientes a criarem hábitos de praticar exercícios físicos que visem à preservação da mobilidade e prevenção de atrofia muscular. Ainda, essas práticas devem ser motivadas como estímulo a movimentação, deambulação, alongamento, equilíbrio e força muscular (MARIN et al., 2010).

Além disso, as diretrizes da American College of Sports Medicine e American Heart Association, sobre as atividades físicas para adultos, recomendam o mínimo de 30 minutos de exercícios físicos em intensidade moderada cinco vezes por semana, ou 20 minutos de exercícios em intensidade avançada três vezes por semana, já é suficiente para a manutenção e promoção da saúde e reduz o risco de desenvolvimento da DPOC (SOUSA et al., 2011).

Em estudo com 61 pacientes internados, 50,74% apresentavam diagnóstico de Mobilidade física prejudicada caracterizada pela postura inadequada, flexibilidade limitada dos movimentos, prejuízos sensorio-perceptivos, neuromusculares e musculoesqueléticos, enrijecimento das articulações, contraturas, diminuição da integridade das estruturas ósseas e presença de doenças crônicas degenerativas ou agudas¹⁹. Ressalta-se que a osteoporose é comum em pacientes com DPOC, mas as causas multifatoriais provavelmente contribuem para esta condição, por exemplo, o sexo, idade, tabagismo. Além do que Homens com DPOC tiveram uma maior prevalência de osteoporose e osteopenia (DUCKERS et al., 2011) A “Fadiga” não é causada apenas pelo excesso de atividades, mas é encontrada, também, em pacientes que mantêm um estilo de vida sedentário. Esta relacionada a oxigenação tissular inadequada, secundária a DPOC, a diminuição prolongada de atividade, a capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental e falta de energia”. (DUCKERS et al., 2011)

Estudo realizado com 1.441 indivíduos de ambos os sexos e acima de 40 anos de idade no município de São Paulo, cujo objetivo foi estimar a prevalência e fatores associados à DPOC encontrou em seus achados um valor da prevalência para DPOC de 2,6 vezes maior para os pacientes que cansam facilmente comparados aos que não se cansam com facilidade (SOUSA et al., 2011).



A “Dor crônica” consiste num diagnóstico comum em pacientes que permanecem por mais de seis meses em uma situação de doença, principalmente em idosos. É secundário a DPOC caracterizado por relato verbal, alteração do apetite e da ingestão alimentar, mudanças no padrão de sono, feições contraídas (WIJNAND; NEIL; JEROEN, 2009).

Em uma pesquisa cujo objetivo foi identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II de NANDA, de um grupo de idosos encontrou a dor crônica presente em 59,7% dos idosos relatou, ainda, que a dor é uma dos principais sintomas apresentados por pacientes em idade avançadas, sendo que os idosos vivem o dia-a-dia com muito sofrimento, as atividades são restringidas e há pouca interação com outras pessoas (BROEKHUIZEN et al., 2012). Desse modo o uso de uma classificação universal possibilita que os profissionais participem de processos de tomada de decisões relacionadas à assistência e às políticas de saúde por propiciar dados autênticos e que realmente descrevem as necessidades do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a DPOC está associada ao uso de tabaco, inalação de fumaça do cigarro, inalação de pó nas atividades ocupacionais sem equipamento de proteção individual, fatores genéticos e idade acima de 60 anos. Ainda, hábitos de vida sedentários podem agravar a doença. Orientações quanto ao estilo de vida e necessária para se evitar a doença. Sugere-se que continuem sendo fornecidas informações sobre autocuidado, prática de atividades físicas regulares, e abandono ao tabagismo. Acredita-se que a sensibilização da comunidade possa diminuir os gastos da saúde pública com internações e tratamento prolongados, podendo reverter o valor para doenças não previsíveis e de difícil tratamento.

A partir do histórico de enfermagem foram identificados os diagnósticos de enfermagem, conforme a taxonomia II da NANDA, sendo os achados mais frequentes nesses pacientes: Padrão respiratório ineficaz, devido a esses pacientes apresentarem uma perda da ventilação adequada; desobstrução ineficaz das vias aéreas, devido ao acúmulo de secreção nas vias aéreas; troca de gases prejudicadas (dificuldade em manter as



concentrações de dióxido de carbono e oxigênio certas para o bom funcionamento do organismo humano); mobilidade física prejudicada; fadiga; estilo de vida sedentário e intolerância a atividade devido ao paciente com distúrbio respiratório crônico tem dispneia intensa e cansaço durante a realização de atividades físicas e a dor crônica mais intimamente ligada a ansiedade e limitação física.

Ressalta que, nesta investigação, percorreram-se apenas duas etapas do processo de enfermagem (o histórico de enfermagem, e identificação dos diagnósticos de enfermagem), mas entende-se que consiste no início de uma proposta para sistematizarmos a assistência de enfermagem prestada ao paciente com distúrbio pulmonar crônico. Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico.

Verifica-se que os DE contribui para a implantação de novas estratégias assistências, mais humanizadas e holísticas capaz de desenvolver um plano terapêutico que reduza as complicações e agravamento deste quadro de morbidade, proporcionando uma melhor qualidade de vida os pacientes com distúrbios pulmonares crônicos. Permite também o desenvolvimento de pesquisas, a construção do conhecimento e o aprimoramento do ensino.

REFERÊNCIAS

AQUINO RD, FONSECA SM, LOURENÇO EPL, LEITE AL, BETTENCOURT ARC. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. **Acta Paul Enferm.** 2011;24(2):192-8.

ARNOLDUS JR VAN GESTEL; JOERG STEIER. Autonomic dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **J Thorac Dis.** 2010;2(4): 215–222.

BAGATIN E, JARDIM JRB, STIRBULOV R. Doença pulmonar obstrutiva crônica ocupacional. **J Bras Pneumol.** 2006;32:(supl2):53-8.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia da Bahia. Simpósio Emergência em



Pneumologia. 2008;2(spe):1-8.

BROEKHUIZEN BDL. et al. Diagnostic management of chronic obstructive pulmonary disease. **The journal medicine.** 2012;70(1):6-11.

CAVALCANTE AMRZ et al. Análise de atividades não realizadas pela equipe de enfermagem para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz em idosos. **Rev. esc. enferm.** 2012;46(3):604-611.

DUCKERS JM et al. Low bone mineral density in men with chronic obstructive pulmonary disease. **Respir Res.** 2011;12(3):1-8.

FRANZEN E, et al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista HCPA.** 2007;27(2):28-31.

JARDIM JR, OLIVEIRA JCA, NASCIMENTO O. II Consenso de doença pulmonar obstrutiva crônica. **SBPT.** Disponível em: <<http://www.sbpt.org.br>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

JAIN NK, THAKKAR MS, JAIN N, ROHAN KA, Sharma M. Chronic obstructive pulmonary disease: Does gender really matter? **Lung India.** 2011;28(4):258-62.

KEPTNER KM. Mixed methods design: a beginner's guide. **The Qualitative Report.** 2011;16(2):593-95.

LAIZO A. Doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma revisão. **Rev Port Pneumol.** 2009;15(6):1157-1166.

MARIN MJS, et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enferm USP.** 2010;44(1):47-52.

MORSE JM, NIEHAUS L. Mixed Method Design: principles and procedures. **Walnut Creek:** Left Coas Press; 2009.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA** (North American Nursing Diagnoses Association) Definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NETO JECM, AMARAL RO. **Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes.** DPOC. Lato e Sensu. 2003;4(1):3-5.

ROCHA LA, MAIA TF, SILVA LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm.** 2006;59(3):321-26.

SAKANO LM, YOSHITOME AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm.** 2007;20(4):495-498.



SOUSA CA, et al. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. **Rev Saúde Pública.** 2011; 45(5):887-896.

TRZASKA-SOBCZAK M, G BROŻEK, FARNIK M, PIERZCHAŁA W. Evaluation of COPD progression based on spirometry and exercise capacity. **Pneumonol Alergol Pol.** 2013;81(4):288-93.

WIJNAND E. NEIL P. JEROEN D. Chronic Bronchitis, COPD, and Lung Function in Farmers: The Role of Biological Agents. **Chest Journal.** 2009;136(3):716-25.