



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): ESTUDO DE CASO**

ISABELLA SIMÕES BABACHINAS
RACHEL DE SÁ BARRETO LUNA CALLOU CRUZ
CICERA CRYSLANY SOARES SALES PEREIRA
DIANE SALES VIEIRA
LUCIANA MARIA PEREIRA DOS SANTOS MORARIS
REGINA PETROLA BASTOS ROCHA

CRATO - CE

2018

ISABELLA SIMÕES BABACHINAS
RACHEL DE SÁ BARRETO LUNA CALLOU CRUZ
CICERA CRYSLANY SOARES SALES PEREIRA
DIANE SALES VIEIRA
LUCIANA MARIA PEREIRA DOS SANTOS MORARIS
REGINA PETROLA BASTOS ROCHA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): ESTUDO DE CASO**

Trabalho apresentado aos docentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), como requisito para obtenção de nota na disciplina de estágio Supervisionado em Enfermagem II

Preceptores: Prof^a. Luciana; Regina Petrola; Raquel Callou

CRATO – CE

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVOS.....	06
2.1 Objetivo Geral.....	06
2.2 Objetivos Especificos.....	06
3 MÉTODO.....	07
4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	08
4.1 Histórico de Enfermagem.....	08
4.2 Diagnósticos de Enfermagem.....	11
4.3 Resultados Esperados.....	11
4.4 Intervenções de Enfermagem.....	11
4.5 Evolução/Avaliação.....	14
5 DISCUSSÃO.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC caracteriza-se pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo de maneira progressiva. Esta enfermidade é causada a partir de uma resposta inflamatória à presença de partículas estranhas e/ou gases tóxicas que são inaladas durante a respiração, trazendo sérios desconfortos e problemas ao paciente acometido. Logo, é de fundamental importância a participação da equipe de enfermagem no processo de recuperação do paciente. Este estudo tem por objetivo realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE em um caso de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de um estudo de caso, o qual descreve aspectos vivenciados no cuidado de uma paciente com DPOC. Os dados foram coletados a partir de análise de documentos – prontuário da paciente, perguntas aos principais cuidadores do setor e avaliação da paciente. Os diagnósticos foram elencados de acordo com as necessidades da paciente e embasados conforme o livro Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - Definições e Classificações 2012-2014. Os diagnósticos elencados foram: Desobstrução ineficaz de vias aéreas, troca de gases prejudicada, risco de aspiração, risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, risco de resposta alérgica, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de queda. As intervenções foram elaboradas a partir de uma análise criteriosa, embasada na literatura e priorizando os cuidados principais, tais quais: Realizar aspiração do tubo traqueal, vias aéreas superiores e boca, avaliar alterações na respiração, como dispneia, saturação e outros sinais, administrar medicações Conforme Prescrição Médica (CPM), avaliação dos sinais vitais, realizar procedimentos com técnica asséptica, higienização oral e corporal diária, inspeção diária da pele, mudança de decúbito e manter grades de proteção do leito elevadas e registrar todos os cuidados realizados. A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é fundamental na formulação de um plano assistencial de cuidados ao paciente, sendo capaz de identificar necessidades humanas básicas, proporcionando dessa forma, uma atenção humanizada, segura e de qualidade a fim reduzir maiores danos à saúde.

Descritores: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Cuidados de Enfermagem, Respiração artificial

1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutivas Crônica (DPOC) trata-se de uma doença reversível e prevenível, porém em determinados casos não é totalmente reversível. A DPOC tem dois componentes, o enfisema pulmonar que é a destruição dos alvéolos, e a bronquite crônica a inflamação dos brônquios. Esta caracteriza-se pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo de maneira progressiva. Esta enfermidade é causada a partir de uma resposta inflamatória à presença de partículas estranhas e/ou gases tóxicos que são inaladas durante a respiração, sendo que sua causa primária é o tabagismo (SOUSA et al., 2011).

A principal característica da infecção restritas à mucosa brônquica, é uma alteração da secreção eliminada, que passa de mucóide para purulenta, de volume aumentado e acompanhada do aumento da dispneia do paciente. Além do comprometimento pulmonar, a DPOC pode causar efeitos sistêmicos, tais como: anormalidades nutricionais e a disfunção muscular periférica (JOAQUIM; FORTI, 2012).

De todas as causas de morte no mundo, a DPOC representava 7,4% em 1990, e, em 2015 representava 6,0%, com queda de 19%. No Brasil em 1990 a DPOC representava 5,8% de todas as mortes, já em 2015 representava 5,5%. Logo percebe-se que a redução no Brasil foi inferior à apresentada em todo o mundo, com uma queda de 3,3%. Em relação às taxas de mortalidade por DPOC, estas caíram em 31% de 1990 para 2015 (SÃO JOSÉ et al., 2017).

Por ser uma causa que ameaça a qualidade de vida do paciente, é necessária a identificação precoce, a conduta da equipe de saúde deve condizer com a necessidade do paciente. A aplicação do processo de enfermagem é uma ferramenta que possibilita melhor qualidade da assistência da equipe de enfermagem e ações efetivas ao que concerne atender as necessidades do paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Além disso, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no cuidado ao paciente com DPOC contribui para a construção de evidências importantes para a prática profissional na atenção a saúde do paciente com acometimentos respiratórios (GOUVEIA et al., 2012).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a sistematização da assistência de enfermagem em um caso de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), de forma a contribuir com a melhor recuperação da paciente.

2.2 Objetivos Específicos

Coletar histórico do paciente

Adquirir conhecimentos a cerca da pneumonia e da Doença pulmonar Obstrutiva Crônica

Estruturar um plano de cuidados que atenda as necessidades identificadas

Melhorar a qualidade da assistência prestada

3. MÉTODO

Estudo desenvolvido durante o mês de Março, no decorrer das atividades práticas da disciplina de Estágio Supervisionado II, vinculada ao 10º período do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA. O cenário foi o setor de emergência de um hospital público, de grande porte, localizado no interior do Ceará – CE.

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por meio de um estudo de caso, o qual descreve aspectos vivenciados no cuidado de uma paciente com DPOC.

Os dados foram coletados a partir de análise de documentos – prontuário da paciente, perguntas aos principais cuidadores no setor e exames físicos diários. A análise ocorreu de forma criteriosa, sendo que os diagnósticos foram elencados de acordo com as necessidades da paciente e embasados conforme o livro Diagnóstico de Enfermagem da Nanda - Definições e Classificações 2012-2014.

4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

4.1 Histórico de Enfermagem

L.R.R.S. 41 anos, sexo feminino, foi admitida na unidade hospitalar no dia 10 de Março com queixa de dispnéia e apresentando edema periorbital bilateral mais evidente à esquerda. Fluxograma: dispnéia aguda e saturação de oxigênio muito baixa. Hipótese diagnóstica: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Síndrome psiquiátrica. Ao primeiro exame físico paciente apresentou hipossaturação e edema periorbital bilateral sendo mais evidente à esquerda, murmúrios vesiculares diminuídos em ambos hemitórax, SATO2 80%. Foi realizado nebulização com Berotec e Atrovent, Hidrocortisona IV e Fenérgan IM e sedação com Midazolam. Minutos após a medicação ser realizada a paciente evoluiu com melhora da dispneia e SATO2 100%. Segundo informações colhidas no prontuário da paciente, a mesma apresentava histórico síndrome psiquiátrica, com história de internação relacionado à problemas respiratórios e uso de ventilação mecânica anteriormente. A família alega que a mesma sofreu uma queda no período da manhã deste mesmo dia. Quanto aos hábitos de vida apresentou histórico de tabagismo. Após ser internada na unidade em seu 4º Dia de Internação Hospitalar (DIH), às 18:00hrs, paciente evoluiu para estado grave, apresentando rebaixamento do nível de consciência com Glasgow 09. Encaminhada para o setor de reanimação as 18:50hrs foi realizado entubação orotraqueal. As 23:52hrs foi passado Sonda Vesical de Demora (SVD). No dia seguinte as 12:28hrs foi realizado passagem de Sonda Nasoenteral (SNE). Posteriormente paciente foi encaminhada para intensiva, onde segue em estado geral grave. A alimentação da paciente segue dieta para pneumopata descompensado e hidratação com água potável e SF 0,225%. Faz uso do antibiótico: Levofloxacina e das seguinte medicações: Dipirona 500mg, se dor ou febre. Bromoprida 5mg: Substância que atua no estômago e no duodeno, levando ao seu relaxamento, o que facilita o processo de digestão, esvaziamento gástrico e evita refluxo. Enoxoparina 40mg/0,4ml: Anticoagulante para profilaxia de Trombose Venosa profunda (TVP). Glicose a 50%: 4 ampolas se glicose <70mg. Hidrocortisona 300mg: Antiinflamatório. Insulina regular: conforme esquema em Bomba de Infusão Contínua (BIC) Midazolam 5mg/ml 30ml em BIC:.. Para sedação. NAC (N-Acetilcisteína) 600mg: Suplemento dietético. Noradrenalina: Controle da Pressão Arterial (PA). Aerossol: nebulização 10 gotas de Fenoterol + 20 gotas de Brometo de Ipratropio + 5ml de Sf 0,9%, 4/4hrs. Cuidados especiais: protocolo de Pneumonia Associada à Ventilação

mecânica (PAV). Balanço hídrico. Exames realizados: Tomografia Computadorizada do crânio: Hematoma/edema subgaleal frontorbitário direito. Focos de hipodensificação da substância branca periventricular e dos centros semiovais, de aspecto inespecífico, podendo responder a glicose por microangiopatia ou desmielinização. Acúmulo de secreção em seios paranasais e mastóides.

Exame Físico

21/03

Paciente 51 anos, na Intensiva, 11º DIH, HD Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada e Síndrome psiquiátrica. Estado geral grave, consciente, desorientada. Pele íntegra. Presença de infiltração em membros superiores (MMSS). Acesso venoso periférico (AVP) membro superior esquerdo (MSE), ausência de sinais flogísticos. Em uso do ventilador mecânico, modo SIMV/PSV, com FiO₂ de 40%, em desmame ventilatório. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares diminuídos em ambos hemitórax. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em dois tempos. Dieta enteral por Sonda Nasoentérica (SNE). Abdômen e depressível a palpação. Em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD), com diurese registrada no momento inferior a 25ml de coloração alaranjada. Em uso de fraldas sem evacuação até o momento. Presença de edema (+) em membros inferiores (MMII). Segue em controle hídrico, com diurese de 24h de 550ml.

FC: 57bpm FR: 8rpm PA: 95X56mmHg T:36°C

22/03

Paciente 51 anos, na Intensiva, 12º DIH, HD Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada e Síndrome psiquiátrica. Estado geral grave, consciente, desorientada restrita ao leito, não verbaliza. Pele íntegra. Presença de infiltração em membros superiores (MMSS). Acesso venoso periférico (AVP) membro superior esquerdo (MSE), ausência de sinais flogísticos. Em uso do ventilador mecânico, modo A/C, com FiO₂ de 30%. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares diminuídos em ambos hemitórax. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em dois tempos. Dieta enteral por Sonda Nasoentérica (SNE). Abdômen depressível a palpação. Em uso de

Sonda Vesical de Demora (SVD), com diurese registrada no momento inferior a 25ml de coloração alaranjada. Em uso de fraldas, sem evacuações no momento. Presença de edema (+) em membros inferiores (MMII). Segue controle hídrico. Segundo informações colhidas (SIC) na noite do dia 21/03 paciente apresentou quadro de febre e na manhã do dia 22/03 apresentou quadro de diarreia e convulsão.

FC: 69bpm FR:12rpm PA: 115X65mmHg T:35,6 °c

23/03

Paciente 51 anos, na Intensiva, 13º DIH, HD Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exarcebada e Síndrome psiquiátrica. Estado geral grave, consciente, desorientada. Pele íntegra. Acesso Venoso Central (AVC) em Veia Jugular Direita (VJD). Presença de infiltração em membros superiores (MMSS). Em uso do ventilador mecânico, modo SIMV/PSV, com FiO₂ de 30%, em desmame ventilatório. Ausculta pulmonar: presença de murmúrios vesiculares diminuídos em ambos hemitórax. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em dois tempos. Dieta enteral por Sonda Nasoentérica (SNE). Abdômen flácido, ruídos hidroaéreos presente. Em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD), com diurese registrada no momento inferior a 25ml de coloração alaranjada. Em uso de fraldas, evacuação ausentes até o momento. Presença de edema (+) em membros inferiores (MMII). Segue em controle hídrico, com diurese de 24h de 50ml de cor alaranjada.

FC: 103bpm FR: 14rpm PA: 120x79mmHg T:36,6°C

4.2 Diagnósticos, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES
Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionadas à DPOC evidenciado por sons respiratórios diminuídos.	Melhorar permeabilidade das vias aéreas Evitar desconforto respiratório	Realizar aspiração do tubo traqueal, vias aéreas superiores e boca. Administrar medicação Conforme Prescrição Médica (CPM).

		Posicionar o leito em semi-Fowler, mudar a posição frequentemente, para facilitar o trabalho respiratório Avaliar alterações na respiração, como dispneia, saturação e outros sinais. Manter água no ventilador para umidificação do ar, que pode ser empregada para amolecer as secreções e melhorar a ventilação; Registrar assistência prestada
Troca de gases prejudicada relacionada processo patológico evidenciado por respiração insuficiente.	Melhorar troca gasosa, Sat O₂ (92 a 100%), PO₂(80 a 100mmHg), PCO₂(35 a 45 mmHg); Evitar desconforto respiratório	Realizar aspiração do tubo traqueal, vias aéreas superiores e boca. Administrar terapia CPM Avaliar alterações na respiração, como dispneia, saturação e outros sinais. Observar a cor da pele, membranas, mucosas, cianose central e periférica Registrar assistência prestada
Risco de aspiração relacionado à presença de SNE e sedação	Paciente não apresentará quadro de broncoaspiração	Realizar aspiração do tubo traqueal, vias aéreas superiores e boca. Manter cabeceira de leito elevada a 30° incluindo período da dieta e pós-

		refeições. Sempre que possível lateralizar cabeça do paciente Registrar assistência prestada
Risco de infecção relacionada à assistência à saúde, às defesas primárias inadequadas e à diminuição ciliar devido doença pulmonar.	Paciente não apresentará quadro de infecção	Realizar procedimentos com técnica asséptica Atentar-se aos sinais vitais Inspecionar surgimento de sinais flogísticos em acesso venoso Realizar procedimentos corretos no manuseio de cateteres e sondas Realizar exame físico diariamente Higiene oral diária Higienização corporal diária Manter ambiente higienizado Registrar assistência prestada
Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à imobilidade	Evitar o aparecimento de lesão na pele	Evitar umidade no leito Mudança de decúbito a cada 2 horas Hidratação da pele Inspeção diária da pele Evitar pontos de pressão na pele Evitar contato com eliminações fisiológicas

		por muito tempo Higienização corporal diária Registrar assistência prestada
Risco de resposta alérgica relacionada à terapêutica polifarmacológica	Paciente não desenvolver processo alérgico	Verificar sinais vitais Analisar resposta a terapia farmacológica Registrar assistência prestada
Risco de queda relacionado a sedação	Paciente não apresentará queda	Verificar nível de consciência do paciente Manter grades do leito elevadas E contenção se necessário
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado à sedação e inatividade.	Paciente não apresentar hipotermia	Manter paciente aquecido com cobertor Verificar temperatura corporal Evitar os extremos de temperatura Registrar assistência prestada

4.3 Evolução/Avaliação

Paciente evoluiu bem após implementação do tratamento farmacológico e cuidados contínuos da equipe de enfermagem. Estado geral bom, consciente, em ar ambiente, sem auxílio de oxigenoterapia, respondendo bem a terapia farmacológica. Não houve desenvolvimento de infecções associada à ventilação mecânica ou a assistência prestada. Não ocorreram quadros de broncoaspiração, queda, lesão de pele e/ou desequilíbrio na temperatura. Evoluindo para alta hospitalar.

5 DISCUSSÃO

O cuidado para a enfermagem está devidamente associada à realização de procedimentos assistenciais, que necessitam do contato direto com o paciente na maioria dos cenários. Nesse, sentido a Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é fundamental na formulação de um plano assistencial de cuidados ao paciente, sendo capaz de identificar necessidades humanas básicas, proporcionando dessa forma, uma atenção humanizada, segura e de qualidade a fim reduzir maiores danos à saúde.(SILVA, 2015)

A SAE na DPOC e em outras doenças visa aliviar os sintomas, prevenir progressão da doença, aumentar a qualidade de vida do indivíduo, promover a satisfação do cliente e seu bem-estar prevenir e tratar complicações, prevenir e tratar exarcebações, e reduzir mortalidade.

Segundo Farias (2013), a DPOC traz intenso sofrimento físico e emocional na vida dos enfermos, que muitas das vezes os impossibilita de usufruir as capacidades ainda existentes, sendo favorável para a redução da qualidade de vida. Nesse sentido, a dispneia é um dos principais sintomas da doença, que interfere diretamente na realização das atividades de vida diária, nos aspectos familiares e sociais, sendo isso fator contribuinte para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade e baixa autoestima. (COUTO, 2010)

Algumas pesquisas mostram que a DPOC predomina em pacientes do sexo masculino, porém estudos mais atuais realizados em países desenvolvidos referem que a DPOC tem prevalência semelhante tanto no sexo masculino quanto no feminino, justificado pelo aumento do numero de mulheres tabagistas (CEDANO, 2013). Parar de fumar é a decisão mais importante que um paciente com DPOC pode tomar, ademais o enfermeiro pode orientar a participação e inclusão do sujeito em um grupo de apoio à cessação do tabagismo, essa ação pode ser decisiva para o sucesso da melhora do paciente.

Farias (2013) afirma que além do historial tabágico as variáveis clínicas como número de readmissões hospitalares, antiguidade da doença e estágio da doença, estão intimamente relacionadas com a má qualidade de vida dos portadores da DPOC.

Desse modo, resultados apontam que o numero de internamentos influencia diretamente na piora do quadro clínico. Sendo, portanto importante que o profissional cuidador possa identificar a história pregressa do doente precocemente no intuito de desenvolver intervenções precoces e eficientes capaz de sanar possíveis complicações.

O enfermeiro ao cuidar de um indivíduo com DPOC fortalece sua capacidade de tomada de decisão, por meio da elaboração de um processo de cuidados, tendo como prioridade o processo do sistema respiratório, psicológico e ambiental. Essa gama de cuidados efetiva-se através da produção do critério diagnóstico, terapêutico e ético pelos quais garante a concepção de intervenções profissionais, a exemplo do programa de reabilitação respiratória como recurso da ação de enfermagem. (MAGALHÃES, 2009)

A reabilitação respiratória consiste na educação terapêutica do autocontrole respiratório promovendo tolerância ao exercício, causando diminuição da dispneia, fadiga e sinais de ansiedade e depressão. Desse modo, é importante enfatizar que a terapêutica respiratória seja implementada não apenas durante o internamento, mas que posteriormente seja praticada no ambulatório ou em domicílio.

Além desses cuidados, deve-se apontar a terapia medicamentosa. Nesse sentido os pacientes assintomáticos ou pouco assintomáticos recebem medicações de curta duração e apenas quando necessário, os outros doentes, com um pouco mais de complicação devem usar brondilatadores de longa duração, e os pacientes graves, além de receber broncodilatadores de longa duração é adicionado corticoide inalatório. A administração desses medicamentos é de total responsabilidade da equipe de enfermagem, devendo o profissional ficar atento a devidas reações e orientar o paciente quando no domicílio sobre a importância da conclusão do tratamento e a forma correta de usar a medicação. (COSTA, RUFINO; 2013)

Na fase mais avançada da DPOC o paciente apresenta hipoxemia e hipercapnia, que associadas levam a intensa dispneia, podendo causar diminuição do nível de consciência e confusão mental, nesse caso é indicado a utilização da oxigenoterapia. Essa intervenção aumenta a sobrevida, eleva a tolerância ao exercício, reduz o tempo de hospitalização, dispnéia e pressão da artéria pulmonar e resistência pulmonar, melhora o desempenho psicomotor e proporciona melhor qualidade de vida.

A oxigenoterapia de primeira escolha na exacerbação da DPOC é a ventilação mecânica não invasiva (VNI), porém ela não atende as necessidades de todos os pacientes, preconizando, portanto o uso da ventilação mecânica invasiva (VMI) por intubação endotraqueal, nos pacientes com estado geral mais grave, hipoventilação alveolar e acidemia. É menos frequentemente a utilização da VMI naquelas com hipoxemia grave não corrigida pela oferta de oxigênio suplementar. O enfermeiro pode atuar na monitorização do VMI, identificando possíveis alterações, pode atuar na aspiração das vias aéreas, impedindo dessa forma o acúmulo em grade quantidade de secreções capazes de interferir na ventilação e oferta de oxigênio. (JEZLER, 2007)

Ademais é função da enfermagem, promover higiene adequada para o paciente, sendo de suma importância a limpeza da cavidade oral para impedir o desenvolvimento bacteriano na região e possível aspiração de conteúdo através das vias respiratórias inferiores, que podem causar piora do quadro clínico e desenvolver de infecções.

Então a assistência de enfermagem é caracterizada como essencial no processo de cuidar, ofertando cuidado mais qualificado e humano, garantindo o bem-estar e melhor qualidade de vida tanto em pacientes no âmbito hospitalar quanto em domicílio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a DPOC é uma doença com elevada taxa de mortalidade crônica, promove perda da qualidade de vida e causa mortalidade, a enfermagem desempenha papel fundamental na manutenção da capacidade funcional do enfermo com DPOC, com o desempenho de ações capazes de restaurar a vitalidade e a saúde.

Medidas de prevenção da doença devem ser pensadas, como o estímulo a redução do consumo do tabaco, efetivar as ações de educação em saúde a respeito dos malefícios causados pelo uso do cigarro, ademais, os profissionais da saúde devem receber treinamento, que garanta conhecimentos, atitudes e capacidades para agir e direcionar de forma correta os pacientes tabagistas portadores da doença obstrutiva pulmonar crônica.

A enfermagem de reabilitação torna-se primordial para melhorar ou suprimir as dificuldades sentidas por estas pessoas no desempenho das suas atividades

de vida diária; nesse sentido precisam de lhes garantir todos os recursos e informações disponíveis, para promover ao máximo as suas funções e atividades, através de uma orientação individualizada baseada num suporte físico, emocional e educacional.

Entretanto, para que haja um melhor resultado na prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes com DPOC é imprescindível o trabalho multidisciplinar e multiprofissional no qual diferentes profissionais atuam em seus diferentes saberes, considerando o doente como um todo, numa atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CEDANO. S, et al. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em oxigenoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 21(4):[08 telas] jul.-ago. 2013.

COSTA C.H, RUFINO.R. Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. **rev. Hospital universitário Pedro Ernesto**, vol.12, n.2, abr/jun 2013.

COSTA F.J.A, Ganhos em saúde com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com DPOC. Dissertação de mestrado. Vila Nova de Gaia, julho de 2016.

GALVEZ D.S, et al. Avaliação do aprendizado de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica em um programa de reabilitação pulmonar. **Rev. bras. fisioter., São Carlos**, v. 11, n. 4, p. 311-317, jul./ago. 2007.

GOUVEIA, M. T. O.; et al., The implementation of nursing diagnosis in an intensive care unit. **Rev Enferm UFPI**. v. 1, n. 3, p. 222-5, 2012.

JEZLER. S, HOLANDA M.A, JOSÉ. A, FRANC.S. Ventilação mecânica na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada. **J. bras. pneumol.** vol.33 suppl.2 São Paulo Jul 2007.

JOAQUIM, V. G; FORTI, E. M. P. Repercussões do estresse oxidativo sistêmico na doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev. Saúde**, Piracicaba, v. 12, n. 31, p. 69-76, maio-ago. 2012.

MAGALHÃES M.M.A. O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crônica. **rev. Investigação em enfermagem**, ago 26-39, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PADILHA J.M.S.C, et al. Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.44, n.4, São Paulo Dec. 2010.

PAMPLONA.P, MENDES.B, Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. **Rev Port Pneumol**, v.15, n.6 ,Lisboa nov. 2009.

PINCELLI M.P, et al. Características de pacientes com DPOC internados em UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias no Brasil. **J Bras Pneumol.**;37(2):217-222, 2011.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* v. 64, n 2, p. 355-358, 2011.

SÃO JOSÉ, B. P. et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev. bras. epidemiol.** Maio, 2017.

SBPT-Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro Sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, Nov, 2004.

SILVA J.F.C; et al. Sistematização da assistência de enfermagem a uma idosa portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica: um estudo de caso. **CIEH** , vol. 2, n.1, 2015.

SOUSA, C. A. et al. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública.* São Paulo, 2011.

