



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ANA SÍLVIA SINCERO DOS REIS
DAIANE GABRIEL
DANIELE CRISTINA PERIN**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INTERNADAS NUM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA ESTADUAL**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

**ANA SÍLVIA SINCERO DOS REIS
DAIANE GABRIEL
DANIELE CRISTINA PERIN**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INTERNADAS NUM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA ESTADUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Betina H. Schlindwein
Meirelles.

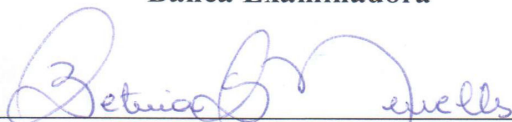
**FLORIANÓPOLIS
2009**

Ana Sílvia Sincero dos Reis
Daiane Gabriel
Daniele Cristina Perin

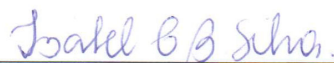
**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE PESSOAS
COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INTERNADAS NUM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

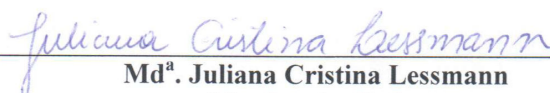
Banca Examinadora



Prof. Dr.ª. Betina H. Schlindwein Meirelles
Orientadora



Esp. Isabel Cristina Broering da Silva
Membro Avaliador



Md.ª. Juliana Cristina Lessmann
Membro Avaliador

Florianópolis, 29 de Junho de 2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Orientadora: Profa. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Alunas: Ana Silvia Sincero dos Reis, Daiane Gabriel, Daniele Cristina Perin

O Trabalho de Conclusão de Curso das alunas Ana Silvia Sincero dos Reis, Daiane Gabriel, Daniele Cristina Perin atendeu todos os requerimentos da disciplina. A seguir destacamos as diferentes etapas de realização do trabalho, salientando os pontos fortes apresentados ao longo da construção, bem como pequenas fragilidades as quais foram superadas e serviram para o crescimento profissional das acadêmicas.

Planejamento: o projeto apresentou coerência na estrutura e no conteúdo e atendeu os requisitos necessários para a realização das ações de forma sistematizada, orientando todo o processo de pesquisa, requerendo alguns pequenos ajustes, detectados com precisão e responsabilidade pelas alunas. Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Convém salientar a organização e a progressiva disciplina intelectual demonstrada pelas acadêmicas.

Coleta dos dados: como proposto pela disciplina, ocorreu paralelamente ao desenvolvimento das ações do Plano de Atividades do Estágio. As alunas seguiram o rigor científico estabelecido na metodologia do projeto de pesquisa, bem como atenderam todas as questões éticas necessárias para o desenvolvimento de uma pesquisa. Consideramos que o aprendizado possibilitado pelas primeiras entrevistas serviu como reorientador do processo, de forma a obter as informações adequadas. Esses aspectos foram analisados criticamente pelas alunas.

Análise dos dados: cabe destacar a maturidade, a seriedade, a organização e o interesse pela busca de conhecimentos, demonstrado pelas alunas neste processo da pesquisa. A análise dos

dados é um ponto crucial da pesquisa, exige aprofundamento de conhecimentos acerca do tema pesquisado, com domínio de referenciais teóricos.

Elaboração do TCC: a responsabilidade com a produção científica, a postura para análise crítica, o compromisso e a disposição, foram pontos que permearam a construção do artigo/trabalho de conclusão de curso. As orientações foram prontamente atendidas e superando muitas vezes o solicitado.

O trabalho de conclusão de curso “Cuidados de Enfermagem na Perspectiva de Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Internadas num Hospital de Referência Estadual” constitui um trabalho acadêmico importante em relação a pertinência de sua temática. O manuscrito apresenta coerência e responde ao objetivo da pesquisa. O desenho metodológico foi pertinente e os resultados estão apresentados de forma clara havendo discussão dos achados com literatura nacional e internacional. A conclusão destaca a importância desta pesquisa para a prática de enfermagem, bem como aponta para a possibilidade de realização de outros estudos. Apresenta os resultados da pesquisa em forma de um artigo, que foi revisado e formatado para encaminhamento a publicação em periódico de enfermagem de circulação internacional.

Por fim, a união, o espírito crítico, a responsabilidade, o compromisso com as atividades, o discernimento ético foram elementos plenamente vividos pelas estudantes refletindo na construção deste trabalho de conclusão de curso.

Florianópolis, 3 de julho de 2009.



Prof. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus... Pela presença constante em nossas vidas, pela força e sabedoria em todos os momentos e principalmente durante a realização deste trabalho.

A nossas famílias... Pelo apoio e amor incondicionais, que mesmo distantes estiveram sempre presentes para nos ouvir, acolher e consolar nos momentos difíceis e que vibram com nossas vitórias ao longo destes quatro anos.

Aos amigos... Que agüentaram nossos momentos de mau humor, lágrimas, ataques de bobeira e risos, que juntos sorriram, brincaram, choraram. Que juntos, a cada final de semestre comemoraram... Que mesmo separados por campos de estágio, não deixaram de se encontrar nos aniversários, churrascos, Happy hours, “reuniõezinhas”. Enfim... Por todos os momentos que passamos juntos e pelos que ainda vamos passar.

Aos amores... Que nos incentivaram, apoiaram e que souberam compreender nossa ausência... Pela paciência nos momentos difíceis. Pelo abraço apertado após semanas longe. Pelas ligações diárias, trazendo palavras de carinho e amor.

À nossa orientadora Betina... Pelos ensinamentos e incentivo, por acreditar em nossa capacidade e nos mostrar o caminho para alcançar nosso objetivo. Pelas várias horas de orientação, pelos e-mails respondidos de madrugada. Você faz parte dessa Vitória!

Aos nossos supervisores de estágio, Enfermeira Alzira, Enfermeiro Danton e em especial à Enfermeira Isabel... Pela paciência, atenção, confiança e compreensão. Por nos proporcionar oportunidades diárias de aprendizado e prática profissional. E principalmente pela amizade.

À equipe de enfermagem da Unidade de Pneumologia do hospital Nereu Ramos, que contribuiu também para nosso aprendizado. Pelos momentos de brincadeiras e descontração e também por confiar em nossa capacidade de atuação junto a eles.

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica está se tornando um grande problema de saúde pública, portanto o cuidado às pessoas com essa patologia é um importante campo de ação para a enfermagem. Desta forma é de extrema importância estudos relacionados a este tema, principalmente no que se refere ao aprimoramento dos cuidados de enfermagem prestados a essas pessoas. Este trabalho teve como objetivo conhecer as necessidades de cuidado de enfermagem que as pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica consideram essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida, em um serviço de referência estadual no atendimento em pneumologia. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade convergente assistencial e de natureza exploratória. A coleta de dados foi de março a abril de 2009, sendo realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, adultos e idosos, de ambos os sexos, com tempo de diagnóstico da doença igual ou maior que dois anos, internados no serviço durante o período de coleta dos dados. Foram abordadas questões envolvendo problemas de saúde e mudanças na qualidade de vida, percepção do cuidado recebido da equipe de enfermagem e de sua rede de apoio, como também questões sócio-econômicas e possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Após a análise dos dados, constatou-se que as pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica percebem como cuidados de enfermagem essenciais a atenção e o carinho resultando em uma assistência integral e humanizada. O cuidado de enfermagem à pessoa com DPOC, que considere o vínculo entre profissionais e pacientes, estimulando e considerando as escolhas do paciente relacionadas ao seu cuidado, traz o respeito a sua autonomia e, maior participação do sujeito no seu cuidado.

Palavras Chave: Enfermagem. Cuidado. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

LISTA DE SIGLAS

ATS	American Thoracic Society
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GOLD	Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HNR	Hospital Nereu Ramos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VEF1	Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil sócio-econômico das pessoas com DPOC submetidas à pesquisa.....	29
Quadro 2: Histórico saúde/doença das pessoas com DPOC submetidas à pesquisa.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)	13
3.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DPOC	15
4 METODOLOGIA	18
4.1 TIPO DE PESQUISA	18
4.2 LOCAL DE PESQUISA	19
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	19
4.4 COLETA DE DADOS	19
4.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	20
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	20
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 RESULTADOS	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	46
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica e demográfica no Brasil vem ocorrendo significativamente desde a década de 60, com o aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de natalidade, resultando em um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Em 1930, as doenças infecciosas eram responsáveis por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. Posteriormente, verificou-se uma redução progressiva, sendo que em 2003, essas doenças foram responsáveis por apenas, cerca de 5% das mortes (MALTA, 2006).

O alto índice de morbimortalidade causado pelas doenças infecciosas vem sendo substituído pelas doenças crônicas não transmissíveis, as quais atualmente, são responsáveis por 60% dos casos em todo o mundo. O crescimento é tão intenso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem decorrer de problemas crônicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Dentre os problemas crônicos de saúde mais freqüentes, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Segundo Campos (2007), cerca de 40% a 70 % dos pacientes com DPOC morrem em até cinco anos após o diagnóstico, motivo pelo qual, está sendo considerado um grave problema de Saúde Pública em ascensão, sendo dentre as principais causas de doença e morte, a única cujos indicadores vêm aumentando gradualmente. Conseqüentemente, se as taxas de mortalidade não se alterarem, em 2020 a DPOC estará em terceiro lugar no ranking global das causas de morte e de incapacitação.

Neste contexto global, a DPOC é responsável atualmente por um crescimento significativo no número de morbimortalidade também no Brasil.

Segundo Lorenzi (2004), em 2003, a DPOC foi a quinta doença na lista de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que somente em pessoas maiores de 40 anos gerou 196.698 internações e gastos de aproximadamente 72 milhões de reais. Nessa mesma perspectiva, a mortalidade por DPOC, vem aumentando significativamente nos últimos 20 anos, uma vez que a taxa de mortalidade passou de 7,88 para 19,04 em cada 100.000 habitantes entre os anos de 1980 e 1990, com um crescimento de 340%. Atualmente, no Brasil, a DPOC vem ocupando da 4ª à 7ª posição entre as principais causas de morte.

No Brasil, segundo o DATASUS (2008), de janeiro a julho de 2008, o número de internações hospitalares, causadas por “bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares

obstrutivas crônicas”, de pacientes do sexo masculino e feminino, acima de 40 anos, somaram 72.806. Na região sul do Brasil, no mesmo período, este número chegou a 28.942 internações, representando quase 40% das internações por DPOC no país. Em Santa Catarina, a mesma pesquisa mostra que houve 5.922 internações ocorridas em consequência da “bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas”.

Com base nos dados expostos anteriormente, nota-se que a DPOC está se tornando um problema de saúde pública, pois esta causa alterações expressivas na vida das pessoas, de forma que influencia diretamente na qualidade de vida destas (SILVA et al, 2005).

Portanto, é de extrema importância a realização de estudos relacionados a este tema, principalmente no que diz respeito ao aprimoramento dos cuidados prestados às pessoas acometidas pela DPOC, a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), as pessoas com doenças crônicas precisam de um plano de cuidado desenvolvido para atender especificamente suas necessidades, proporcionando uma atenção integrada, com apoio e treinamento para sua autonomia domiciliar.

Neste sentido surge-nos uma inquietação acerca do cuidado de enfermagem para pessoas com DPOC. Assim questionamos: Quais os cuidados de enfermagem que as pessoas com DPOC consideram importante para a melhoria da sua qualidade de vida?

A partir deste questionamento consideramos necessário um estudo acerca do tema, através de uma pesquisa qualitativa, convergente assistencial, com enfoque em entrevistas individuais semi-estruturadas, a fim de identificar as necessidades de cuidados de pessoas adultas e idosas com DPOC.

A escolha deste tema para a pesquisa deu-se a priori pelo desejo das acadêmicas de trabalhar com pessoas que possuam um diagnóstico de doença crônica. Posteriormente optou-se pelo estudo com pessoas com DPOC devido ao fato de ser uma doença com grande e crescente incidência, como já exposto anteriormente, além de que esta acarreta grandes prejuízos e mudanças na qualidade e estilo de vida das pessoas afetadas. Também, a experiência de cuidados dispensados às pessoas acometidas pela DPOC, vivenciada pelas acadêmicas no decorrer dos estágios de graduação, fez com que o tema fosse escolhido para o estudo.

Com esta proposta de estudo, temos a perspectiva de contribuir com produção de conhecimento científico na área do cuidado de enfermagem a pessoas com DPOC a partir do tema proposto, uma vez que existe uma carência de estudos desenvolvidos neste contexto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as necessidades de cuidado de enfermagem que as pessoas com DPOC consideram essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida, em um serviço de referência estadual no atendimento em pneumologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil das pessoas com DPOC internadas na unidade de pneumologia de um hospital de referência em infectologia e pneumologia.
- Averiguar o conhecimento das pessoas com DPOC acerca do seu diagnóstico.
- Identificar os cuidados de enfermagem que a pessoa com DPOC considera essencial no seu cuidado/tratamento.
- Desenvolver o cuidado de enfermagem na perspectiva das pessoas pesquisadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

A doença obstrutiva é caracterizada por um aumento da resistência ao fluxo de ar decorrente de uma obstrução parcial ou completa, em qualquer nível da traquéia e dos grandes brônquios até bronquíolos respiratórios e terminais. A limitação a este fluxo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos (ROBBINS et al., 2005).

As características fisiopatológicas mais frequentes na DPOC são o enfisema e a bronquite crônica, porém, frequentemente, um mesmo paciente tem os dois processos patológicos, por isso, o termo DPOC é mais adequado. No enfisema ocorre um permanente e anormal aumento dos espaços aéreos, distalmente aos bronquíolos terminais, acompanhado de destruição de suas paredes, sem fibrose óbvia (MARTINS, 2007).

O enfisema é classificado de acordo com sua distribuição anatômica dentro do lóbulo. O lóbulo é um grande grupo de ácinos, as unidades respiratórias terminais alveoladas. Existem quatro tipos: centroacinar, paracinar, parasseptal e irregulares, sendo o mais comum o centroacinar (ROBBINS et al., 2005).

Já a bronquite crônica é definida como uma condição na qual a tosse produtiva crônica está presente por no mínimo três meses por ano, durante pelo menos dois anos consecutivos (MARTINS, 2007).

Segundo Robbins (2005), as características da bronquite crônica são: hiperemia e edema das mucosas do pulmão; secreções mucinosas ou cilindros que preenchem as vias aéreas; aumento no tamanho das glândulas mucosas; presença de rolhas mucosas; inflamação e fibrose nos brônquios e bronquíolos; e metaplasia escamosa ou displasia do epitélio brônquico. Essas alterações acarretam limitações ao fluxo aéreo, identificada pela diminuição do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), sendo o principal motivo dos índices de morbidade e mortalidade.

Os mecanismos envolvidos na inflamação local e sistêmica da DPOC não são totalmente conhecidos, porém, este processo pode ser explicado pelo aumento do número de células inflamatórias, que resulta em produção anormal de citocinas pró-inflamatórias, desequilíbrio entre a formação de radicais livres e a capacidade antioxidante, resultando assim

em uma sobrecarga oxidativa (DOURADO, 2006).

A alteração mais característica na fisiopatologia da DPOC é a estenose das vias aéreas periféricas. A inflamação leva a ciclos repetidos de lesão e reparo das paredes podendo causar diferenciação tecidual, contribuindo ainda mais para uma estrutura pulmonar alterada e obstrução fixa das vias aéreas (GOLD, 2006).

A característica da limitação crônica do fluxo aéreo da DPOC é causada pela combinação de doença das pequenas vias aéreas e destruição do parênquima, com a contribuição de cada um deles variando de pessoa a pessoa. A inflamação crônica causa alterações estruturais e estreitamento das pequenas vias aéreas. A destruição do parênquima pulmonar, também por processos inflamatórios, leva a uma perda de ligação alveolar com essas pequenas vias aéreas e diminui a retração elástica pulmonar; por sua vez, essas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas de permanecerem abertas durante a expiração (GOLD, 2006).

Esses mecanismos acarretam prejuízos na mecânica pulmonar e na musculatura periférica. A expiração torna-se mais lenta impedindo que o esvaziamento pulmonar esteja completo quando se inicia a inspiração. Isto leva a um aumento de pressão adicional que é exigida aos músculos respiratórios para desencadear a inspiração e vencer a pressão de retração elástica que está aumentada devido ao maior volume pulmonar. A insuflação faz baixar e aplanar o diafragma colocando-o numa posição desfavorável para gerar forças; à medida que diminui a sua eficiência na ventilação, dá-se o recrutamento de músculos acessórios (WEST, 2002 apud KERKOSKI, 2007).

Os fatores que levam ao desenvolvimento da DPOC são diversos. A união entre os fatores externos e a resposta individual do organismo é o que conduz às alterações patológicas responsáveis pelo quadro clínico e evolução da doença. A inalação de partículas e gases tóxicos como a fumaça do cigarro, fumaça de lenha e gases irritantes, assim como exposições ocupacionais são os principais agentes causadores da DPOC. Alguns estudos têm demonstrado que fatores genéticos também estão presentes no desenvolvimento da DPOC (BAGATIN, 2006).

O diagnóstico da DPOC é feito com base nos sintomas, nos quais podem ser inclusos a irritação das vias aéreas (tosse e produção de secreção) e aqueles que refletem a alteração da mecânica pulmonar (dispnéia e sibilos), associados ainda a alterações espirométricas. A tosse é o sintoma mais encontrado, pode ser diária ou intermitente e pode preceder a dispnéia ou aparecer simultaneamente a ela. O aparecimento da tosse no fumante é tão freqüente que muitos pacientes não a percebem como sintomas de doença, considerando-a

como o “pigarro do fumante”. A tosse produtiva ocorre em aproximadamente 50% dos fumantes (LORENZI, 2004).

A dispnéia é o sintoma que mais interfere nas práticas rotineiras da pessoa com DPOC, como nas atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária, propiciando o aparecimento de quadros de depressão e ansiedade, além da queda na qualidade de sua vida (VELLOSO, 2006). Geralmente a dispnéia é progressiva com a evolução da doença. Muitos pacientes só referem a dispnéia numa fase mais avançada, pois atribuem parte da incapacidade física ao envelhecimento e à falta de condicionamento físico (LORENZI, 2004)

A DPOC pode fazer com que o indivíduo sofra grandes alterações em sua capacidade de autonomia e auto-cuidado, deixando-o assim dependente da decisão de outras pessoas para realizar suas atividades diárias, o que pode gerar sentimentos de sofrimento e incapacidade.

Apesar da DPOC ser uma doença crônica e irreversível, esta pode ser controlada. Pelo fato de comprometer a qualidade de vida das pessoas, os profissionais da saúde devem focar suas atividades no cuidado às pessoas com DPOC a fim de suprir suas necessidades, sempre que possível, e conseqüentemente promover uma melhora da sua qualidade de vida.

3.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DPOC

Na busca pelo aperfeiçoamento do cuidado de enfermagem, o mesmo vem ao longo dos últimos anos tornando-se alvo de estudos, uma vez que é a essência da profissão da enfermagem.

A palavra cuidar pode ter diferentes significados, de acordo com o entendimento de cada pessoa frente a sua história de vida, assim cuidar pode corresponder a comportamentos e ações que tem a finalidade de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e fazer (COSTA et al, 2006).

Segundo Gasperi e Radünz (2006), cuidar ainda significa desenvolver atividades de apoio, facilitação, capacitação, ajuda, atenção, troca de idéias e tomada de decisões uma vez que essas atividades ajudam a promover o bem-estar. Afirmam também que cuidar é olhar com olhos interessados, falar com verdade e ouvir com compaixão.

Em enfermagem, cuidar consiste em empenhar esforços de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar

significados na doença, sofrimento e dor, e ainda, na existência (SOUZA, et al 2004).

O ato de cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa, a qual está calcada em valores e no conhecimento do ser que cuida "para" e "com" o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, visando promover o bem e, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa (GASPERI; RADÚNZ, 2006, pg. 02).

Assim uma prática assistencial em saúde mais efetiva e humana precisa entender que o cuidado é realizado para pessoas que são seres integrados, ativos e com sentimentos. É preciso estar comprometido com a qualidade de vida dessas pessoas, procurando estratégias que favoreçam um viver mais saudável, mesmo tendo uma doença crônica (SILVA et al 2005).

A limitação que uma doença respiratória venha causar pode ser superada, ou pelo menos, amenizada. Para isso, é preciso que os familiares ou a equipe que presta cuidados diretamente à pessoa com DPOC saibam quais os cuidados necessários em cada momento das suas atividades da vida diária, a fim de facilitar o processo de viver com uma doença crônica.

A DPOC e sua progressão promovem um ciclo de conseqüências físicas, sociais e psicológicas, as quais estão inter-relacionadas. Os pacientes vivenciam um estado de depressão, estado de humor alterado, isolamento social e estado funcional alterado. A atuação da enfermagem neste momento é fundamental, de modo que no processo de cuidar diário identifique esses ciclos, promovendo conseqüentemente os cuidados necessários para o melhor desempenho físico, estabilidade psicológica e emocional, e suporte social (SMELTZER; BARE, 2005).

Porém, torna-se extremamente importante que as pessoas com problemas respiratórios crônicos perceberem-se no controle de sua condição e, para isso, é preciso que estejam constantemente aprendendo como lidar com seu problema de saúde, que saibam como monitorizar sua condição e como fazer escolhas que favoreçam sua qualidade de vida (SILVA et al, 2005).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), as pessoas acometidas pela DPOC precisam ser cuidadas por uma equipe de enfermagem que não somente possua competências de avaliação e tratamento clínico eficaz, mas que também compreenda como esses distúrbios podem afetar a qualidade de vida do indivíduo.

Portanto, é imprescindível que ao prestar o cuidado de enfermagem à pessoa com DPOC, o mesmo seja feito, levando-se em consideração sempre que possível, as escolhas do

paciente relacionadas ao seu cuidado, de forma que respeite sua autonomia e proporcione bem estar no seu dia-a-dia.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, de natureza exploratória, na modalidade convergente assistencial. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular do objeto de estudo, não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (NOGUEIRA - MARTINS, 2004).

Os métodos qualitativos realizam explicações contextuais em pequenos números de casos, evidenciando o significado do acontecimento e não sua frequência. Relaciona-se geralmente com atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos dos pesquisados, sendo que estes podem, através de uma entrevista e da forma como falam, revelar como percebem o mundo e sua própria vida (SPENCER, 1993 apud NOGUEIRA - MARTINS, 2004).

A pesquisa qualitativa é utilizada em situações em que o fato a ser estudado não é óbvio, ou quando o número de sujeitos e/ou dados obtidos é insuficiente para análise estatística. O número de sujeitos pode variar de uma pessoa até grupos. Os métodos de investigação incluem entrevistas, observação e análise de material escrito (HOLMAN, 1993).

A pesquisa convergente assistencial (PCA) é indicada para resolver ou diminuir os problemas da prática ou para realizar mudanças e/ou introduzir inovações nas práticas de saúde, podendo assim levar a construções teóricas. Portanto, a pesquisa convergente assistencial é compreendida e realizada de forma com que pesquisadores e demais pessoas envolvidas na situação a ser pesquisada estabeleçam uma relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

A maior articulação na PCA com a prática assistencial acontece durante a coleta de dados, quando os pesquisadores e participantes se envolvem na assistência e na pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Desta forma, a coleta de dados desenvolveu-se durante o estágio curricular obrigatório da 8ª unidade curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no primeiro semestre do ano de 2009, associando o cuidado a pessoas com DPOC e a pesquisa.

A PCA não generaliza os resultados, mas sim, tenta descobrir a realidade, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, nas situações da

prática assistencial. É uma pesquisa investigativa, pois reflete a assistência a partir das vivências no cenário do cuidado, podendo com isso incluir novas construções conceituais. Neste tipo de estudo o ato de assistir/cuidar é parte do processo de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada numa unidade de internação de um hospital de referência em infectologia e pneumologia, órgão da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, localizado em Florianópolis-SC. A unidade de internação possui capacidade para 38 leitos, sendo que no momento apenas 21 estão sendo utilizados. Atende pessoas de ambos os sexos, apresentando uma média de internações nos últimos quatro meses de 42,7 pacientes/mês, tendo a taxa de permanência variando de 10,7 a 14,0 dias/mês (SANTA CATARINA, 2008).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Da pesquisa participaram 6 sujeitos. A seleção ocorreu entre os pacientes adultos e idosos de ambos os sexos que se encontravam internados na unidade de pneumologia de um hospital de referência estadual, que tinham 2 anos ou mais de diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e que aceitaram participar espontaneamente do estudo. O processo de seleção e aceitação dos participantes da pesquisa foi facilitado através da criação de vínculo acadêmicas/pacientes, já que o estágio obrigatório da oitava fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi realizado no mesmo ambiente da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas individuais com roteiro

semi-estruturado contendo questões relacionadas aos dados pessoais e sócio-econômico-culturais, além de questões relacionadas ao histórico de saúde/doença, cuidado e qualidade de vida, nos meses de março e abril de 2009.

A entrevista consiste em uma conversação, caracterizada pela arte de fazer perguntas e ouvir o outro (FONTANA; FREI, 1994, apud TRENTINI; PAIM, 2004).

A entrevista constitui uma condição social de interação humana, sem a qual fica inviável produzir informações fidedignas. A receptividade e a espontaneidade do entrevistador resultarão na obtenção de informações importantes (TRENTINI; PAIM, 2004).

Baseando-se nestas informações é que se optou por realizar no presente estudo a entrevista individual, na qual o entrevistador interage face a face com o entrevistado e utiliza um roteiro pré-estruturado (Apêndice A). A entrevista foi agendada com antecedência e aconteceu em um ambiente privativo para facilitar a exposição das percepções do sujeito.

4.5 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Há várias formas de registrar as informações obtidas numa entrevista individual ou em grupos focais, como por exemplo, filmagem, gravação em fita cassete, fotografia e registro de diário (TRENTINI; PAIM, 2004).

No estudo em questão foi utilizado como forma de registro das informações obtidas, a gravação em áudio digital e registro em diário de campo.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Sabendo que a pesquisa convergente assistencial investiga fenômenos do contexto da prática assistencial de enfermagem que, em sua maioria são considerados complexos pelo fato de incluir dimensões de natureza humana e tecnológica, a análise dos dados obtidos neste tipo de pesquisa requer uma variedade de métodos e técnicas de análise. A coleta e análise dos dados devem ocorrer de forma simultânea a fim de constatar a necessidade de complementação dos dados obtidos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Ainda de acordo com Trentini e Paim (2004), a análise dos dados deve seguir quatro

processos:

- Processo de apreensão: inicia com a coleta das informações e conseqüentemente com a análise dos dados. O relato das informações deve ser organizado incluindo a identificação do tipo de informação.
- Processo de síntese: examina subjetivamente as associações e variações das informações. Para isso deve imergir nas informações trabalhadas na fase de apreensão e conseguir completa familiaridade com elas.
- Processo de teorização: desenvolvimento de um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese.
- Processo de transferência: consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e contextualiza-los em situações similares, sem que seja entendido como processo de generalização.

Seguindo estes passos, realizou-se com sucesso a análise dos dados obtidos a partir da leitura minuciosa de cada entrevista, agrupando os dados semelhantes, a fim de formar a categorização e posterior discussão a partir dos referencias consultadas. Na finalização da pesquisa, os resultados foram apresentados e discutidos no campo de realização da pesquisa, objetivando a transferência do conhecimento construído.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A PCA lida com a vida de seres humanos, para isso requer uma explicitação ética não somente para retratar as situações vividas, mas para descobrir os avanços possíveis do conhecimento e novas ações a partir dela (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para tanto, antes do início da pesquisa, o presente projeto foi encaminhado à Direção da instituição em que se realizou o estudo e após consentimento (Anexo 1), foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, para aprovação, com registro nº.363/2008 (Anexo 2). Desta forma, seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos, atendendo assim, aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 1996).

A aceitação ou não por parte da pessoa, relacionada com a participação e a

divulgação do material, esteve garantida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelas pesquisadoras e pelo participante antes do início da entrevista, que se encontra no Apêndice B.

5 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foram identificadas categorias que respondem às necessidades de cuidado das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, que serão apresentadas no texto a seguir “Necessidades de cuidado na perspectiva de pessoas hospitalizadas com doença pulmonar obstrutiva crônica”. O referido texto está em formato de artigo, a ser encaminhado para publicação em periódico nacional, de circulação internacional.

**NECESSIDADES DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PESSOAS
HOSPITALIZADAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA¹**

Ana Sílvia Sincero dos Reis²

Daiane Gabriel²

Daniele Cristina Perin²

Betina H. S. Meirelles³

Categoria do Artigo: Pesquisa

¹ Esta pesquisa faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON)

NECESSIDADES DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Resumo: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica está se tornando um grande problema de saúde pública, portanto o cuidado às pessoas com essa patologia é um importante campo de ação para a enfermagem. O objetivo foi deste estudo foi conhecer as necessidades de cuidado de enfermagem que as pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica consideram essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida, em um serviço de referência estadual no atendimento em pneumologia. A partir da pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade convergente assistencial e de natureza exploratória, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com seis indivíduos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, adultos e idosos de ambos os sexos, com tempo de diagnóstico da doença igual ou maior que dois anos. O período de coleta dos dados deu-se de março a abril de 2009. Foram abordadas questões envolvendo problemas de saúde e mudanças na qualidade de vida, percepção do cuidado recebido da equipe de enfermagem e de sua rede de apoio, como também questões sócio-econômico-culturais e possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Após a análise dos dados, constatou-se que os pacientes percebem como cuidados de enfermagem essenciais a atenção e o carinho resultando em uma assistência integral e humanizada.

Palavras Chave: Enfermagem. Cuidado. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

NECESSIDADES DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

INTRODUÇÃO

Nos últimos 60 anos vêm ocorrendo uma significativa mudança no perfil das morbimortalidades no Brasil. As doenças infecciosas, que predominavam no cenário nacional, foram substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e as doenças respiratórias. O aumento da expectativa de vida e a queda nas taxas de fecundidade e natalidade têm contribuído para tal fato.¹

Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 60% dos casos de morbimortalidade em todo o mundo. No ano 2020, 80% das doenças ocorridas nos países em desenvolvimento devem decorrer de problemas crônicos.² Entre esses problemas a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das mais frequentes. “A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença evitável e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes que podem contribuir para um agravamento em alguns pacientes. Seu componente pulmonar é caracterizado pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo geralmente é progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão, a partículas ou gases nocivos”.³

De acordo com a Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, a DPOC é um importante problema de saúde pública no mundo.³ Um número significativo de pessoas convive com essa doença durante anos e morre precocemente pela própria doença ou decorrente de suas complicações. A DPOC é classificada atualmente como sendo a quarta causa mais importante de mortalidade no mundo, e a previsão é de que ocorra um aumento em sua prevalência e mortalidade nos próximos anos.

Cerca de 40% a 70 % dos pacientes com DPOC morrem em até cinco anos após o diagnóstico⁴. Consequentemente, se as taxas de mortalidade não se alterarem, em 2020 a DPOC estará em terceiro lugar na lista mundial das causas de morte e de incapacitação.

Neste contexto, a DPOC é responsável atualmente por um crescimento significativo no número de morbimortalidade também no Brasil. Em 2003, a DPOC foi a quinta doença na lista de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que somente em pessoas maiores de 40 anos gerou 196.698 internações e gastos de aproximadamente 72 milhões de reais.⁵ Nessa mesma perspectiva, a mortalidade por DPOC, vem aumentando significativamente nos últimos 20 anos, uma vez que a taxa de mortalidade passou de 7,88 para 19,04 em cada

100.000 habitantes entre os anos de 1980 e 1990, com um crescimento de 340%. Atualmente, no Brasil, a DPOC vem ocupando da 4ª à 7ª posição entre as principais causas de morte.

Com base nos dados expostos acima, nota-se que a DPOC está se tornando um problema de saúde pública, pois esta causa alterações expressivas na vida das pessoas, de forma que influencia diretamente na qualidade de vida destas.⁶ Este fato demonstra que progressivamente tenhamos um importante campo de ação para a enfermagem no que diz respeito a prevenção e controle da doença e de seus agravos, bem como no cuidado de enfermagem dispensado às pessoas portadoras da DPOC.

Neste sentido, ao cuidar de pessoas com DPOC considera-se que “O ato de cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa, a qual está calcada em valores e no conhecimento do ser que cuida "para" e "com" o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, visando promover o bem e, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa.”⁷

Portanto, é de extrema importância a realização de estudos relacionados a este tema, principalmente no que diz respeito ao aprimoramento dos cuidados prestados aos pacientes acometidos pela DPOC, a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Neste sentido surge uma inquietação a cerca do cuidado de enfermagem prestado para pessoas com DPOC frente às necessidades que apresentam. Assim questiona-se: Quais os cuidados de enfermagem que as pessoas com DPOC consideram importantes para a melhoria da sua qualidade de vida?

De acordo com a American Thoracic Society - ATS, ao avaliar a qualidade de vida tenta-se determinar como as condições de saúde influenciam no estilo de vida da população.⁸ Muitos dos conceitos sobre qualidade de vida enfatizam os efeitos da doença no funcionamento físico, social, psicológico/emocional, e cognitivo.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo apreender as necessidades de cuidado de enfermagem que as pessoas com DPOC consideram essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida, em um serviço de referência estadual no atendimento em pneumologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, de natureza exploratória, na modalidade convergente assistencial. A pesquisa qualitativa destina-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas,

representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias.⁹

A pesquisa convergente assistencial (PCA) é compreendida e realizada de forma com que pesquisadores e demais pessoas envolvidas na situação a ser pesquisada, estabeleçam uma relação de cooperação mútua. É indicada para resolver ou diminuir os problemas da prática ou para realizar mudanças e/ou introduzir inovações nas práticas de saúde, podendo assim levar a construções teóricas.¹⁰

A maior articulação da PCA com a prática assistencial acontece durante a coleta de dados, quando os pesquisadores e participantes se envolvem na assistência e na pesquisa.¹⁰ Desta forma, a coleta de dados desenvolveu-se durante o estágio curricular obrigatório da 8ª unidade curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no primeiro semestre do ano de 2009 e constituiu-se de entrevistas individuais semi-estruturadas gravadas, a fim de identificar as necessidades de cuidados de pessoas adultas e idosas com DPOC.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada nos meses de março e abril de 2009, contando com a participação de 6 entrevistados, sendo encerrada a partir da saturação dos dados. Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser adulto ou idoso de ambos os sexos, com diagnóstico de DPOC de 2 anos ou mais, atendidos em uma unidade de internação de um hospital de referência em infectologia e pneumologia, órgão da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina e que aceitaram participar do estudo.

A partir das entrevistas e do cuidado às pessoas com DPOC, abordaram-se questões envolvendo problemas de saúde e mudanças na qualidade de vida, percepção do cuidado recebido da equipe de enfermagem e de sua rede de apoio, como também questões sócio-econômico-culturais e possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

A presente pesquisa foi aprovada pela direção da instituição onde foi realizada, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob registro n.363/2008. A pesquisa segue as recomendações da resolução que regulamenta investigações envolvendo seres humanos, atendendo assim aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa.¹¹

Os registros das informações foram feitos por meio de gravações das entrevistas em arquivos de áudio digital e a utilização destas foi autorizada pelo TCLE assinado pelos participantes e pesquisadores. Anteriormente a assinatura do TCLE, foi informado aos sujeitos o objetivo do trabalho, assegurando o anonimato de suas identidades e respostas, assim como o seu direito de não participar do estudo ou se negar a responder qualquer

questionamento. Para garantir o sigilo, o nome dos participantes foi substituído por nomes de flores.

A análise das informações, em qualquer tipo de pesquisa qualitativa consta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, sendo que estes ocorrem de forma seqüencial.¹⁰ Desta forma, a análise dos dados deu-se pela leitura minuciosa de cada entrevista, agrupando os dados semelhantes, a fim de formar a categorização e posterior discussão a partir dos referenciais teóricos consultados, seguindo assim os quatro processos para análise da pesquisa qualitativa. Na finalização da pesquisa, os resultados foram apresentados e discutidos no campo de realização da pesquisa, visando a transferência do conhecimento construído.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, emergiram três categorias temáticas: Possibilidades e limites de viver com a doença e a qualidade de vida; Conhecimento da doença como facilitador do cuidado; e Avaliação do cuidado recebido e perspectivas para o cuidado na DPOC, que serão apresentadas e discutidas, considerando também as características da população estudada.

Caracterização dos Sujeitos

Sabe-se que a DPOC é responsável por altos índices de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Sua prevalência é maior em indivíduos do sexo masculino, ocorrendo maior incidência em países desenvolvidos e em desenvolvimento.¹² Estes dados são constatados na tabela 1, a qual mostra o perfil sócio-econômico dos portadores de DPOC participantes da pesquisa.

Quadro 1: Perfil sócio-econômico das pessoas com DPOC submetidas à pesquisa.

Pseudônimo	Idade	Sexo	Estado Civil	Religião	Profissão	Renda Familiar Mensal*
Cravo	62	M	Casado	Católico	Auxiliar Serviços Gerais Aposentado	2,1 SM
Antúrio	55	M	Casado	Evangélico	Pescador	2,1 SM
Tulipa	63	M	Casado	Católico	Forneiro Aposentado	1,5 SM
Crisântemo	68	M	Casado	Católico	Funcionário Público Aposentado	2,1 SM
Rosa	66	F	Casada	Evangélica	Pescadora Aposentada	1,7 SM

Lírio	73	M	Casado	Católico	Agricultor Aposentado	1,9SM
-------	----	---	--------	----------	-----------------------	-------

Fonte: Pesquisa de campo, 2009. Florianópolis - SC

* Renda Familiar calculada a partir do salário mínimo vigente, com valor de referência de R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais).

O diagnóstico médico geralmente é feito a partir da quinta ou sexta década de vida.¹² Assim, constata-se esta informação nesta pesquisa, pois dos 6 sujeitos pesquisados, 2 foram diagnosticados com DPOC na quinta década de vida, enquanto 3 foram diagnosticados na sexta década de vida, conforme Tabela 2:

Quadro 2: Histórico saúde/doença das pessoas com DPOC submetidas à pesquisa.

Pseudônimo	Idade	Diagnóstico Médico	Tempo de diagnóstico	História de tabagismo
Cravo	62	Enfisema pulmonar	17 anos	Sim
Antúrio	55	Enfisema pulmonar	4 anos	Sim
Tulipa	63	Enfisema pulmonar	13 anos	Sim
Crisântemo	68	Enfisema pulmonar	6 anos	Sim
Rosa	66	Bronquite crônica	4 anos	Sim
Lírio	73	Enfisema pulmonar	10 anos	Sim

Fonte: Pesquisa de campo, 2009. Florianópolis – SC.

Os fatores que levam ao desenvolvimento da DPOC são diversos. A união entre os fatores externos e a resposta individual do organismo é o que conduz às alterações patológicas responsáveis pelo quadro clínico e evolução da doença.¹³ No caso, observa-se o consumo de tabaco como um fator geral.

Em todo o mundo, o tabagismo é o fator de risco predominante para a DPOC, porém em muitos países, a poluição do ar resultante de queima de lenha e outros combustíveis e biomassas também têm sido identificados como fatores de risco para a DPOC.³ Concordando com essas informações, foi unânime nos sujeitos pesquisados a prática tabagista de longa data, numa média de 40 anos e 20 cigarros ao dia. Dentre os pesquisados 2 apresentaram histórias de exposição ocupacional à fumaça de lenha e poeira, uma vez que um trabalhava como forneiro e outro em uma fábrica de rações.

Outro dado explorado durante as entrevistas foi a renda familiar dos participantes, que variou de 1,5 a 2,1 salários mínimos, o que acarreta dificuldade de acesso ao tratamento, pois alguns medicamentos utilizados são de alto custo, assim como o acesso às consultas médicas, que na maioria das vezes são realizadas na rede privada devido ao déficit de conhecimento por parte dos usuários em relação ao atendimento de especialidades oferecidas pelo SUS, bem

como o longo tempo de espera por uma consulta com o especialista no serviço público de saúde.

Ainda na caracterização dos sujeitos verificou-se que o grau de escolaridade limita-se à quarta série do ensino fundamental, o que pode prejudicar a adesão e a adequabilidade de conduta às demandas de tratamento.

Possibilidades e Limites de Viver com a Doença e a Qualidade de Vida

Devido ao seu caráter progressivo e incapacitante, a DPOC acarreta um considerável impacto econômico e social, pela redução na produtividade, mortes prematuras, comprometimento do orçamento familiar, aposentadorias precoces e alto custo com o tratamento e com as internações, que são muito freqüentes.¹²

As internações de pacientes acometidos pela DPOC além de serem muito freqüentes, são recorrentes e muitas vezes ocorrem por um longo período, aumentando assim os gastos dispensados para a realização do cuidado:

[...] vivia mais internada do que em casa [...] (Rosa).

...eu tenho fardo assim de internamento [...] E este ano pra cá eu tô... Paro mais no hospital do que em casa, esse ano não fiquei nem 8 dias em casa [...] (Cravo).

Em relação ao acesso ao tratamento, verificou-se que três dos entrevistados não fazem acompanhamento clínico da doença, procurando o serviço de emergência quando ocorre a exacerbação dos sintomas. O argumento apresentado pelos participantes é de que não há especialistas em pneumologia na rede de atenção básica para um acompanhamento periódico da doença, como visto nas falas de Antúrio:

Olha... se for pra depender dos postos de saúde, pra nós mesmos, nós "tamo" morrendo na mesma hora, no mesmo dia, pra gente que está com problema pulmonar [...] Se eu dependesse de um médico do posto de saúde, pra ser encaminhado ou se eu não tivesse pago uma consulta, com todo esse problema financeiro que eu tô, eu não estaria aqui internado, me tratando [...] (Antúrio).

São atribuições da regulação do acesso à saúde: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e construir e viabilizar as grades de referência e contrareferência.¹⁴

Porém, como visto na citação apresentada, a assistência que recebem é considerada deficiente, sendo que quando necessitam de atendimento especializado, o que deveria acontecer através da referência, parece não acontecer adequadamente, pois, todos relatam

que quando precisam de atendimento, procuram o serviço de emergência hospitalar ou realizam consultas médicas particulares.

Três dos participantes relatam que procuram o Sistema Único de Saúde, nas unidades básicas de saúde, como visto nas falas:

Lá no posto X, o doutor Y, eles vão todo fim de mês lá em casa (Cravo).

Eu vou cada mês [...] Eu consulto no posto de saúde (Lírio).

No entanto, assim como os pacientes que não realizam acompanhamento periódico, os que o fazem também recorrem ao atendimento médico especializado e as emergências na exacerbação dos sintomas da DPOC. Essa exacerbação é definida como um aumento da intensidade da dispnéia, tosse e/ou expectoração comum ao paciente portador de DPOC.³

O principal sintoma referido pelos pacientes entrevistados quando procuraram pelo serviço de saúde foi a dispnéia, relatada por todos como falta de ar e também cansaço e dor torácica:

Se tu tentar pegar um pesinho, você não agüenta, ataca o fôlego, a pessoa fica sem força, sem nada. Não tem como. É difícil (Cravo).

A dispnéia é também a principal causa de limitações funcionais entre os portadores de DPOC:

[...] se eu começar mexer com o braço assim, bater o prego com o martelo eu tenho que descansar [...], tenho vontade de trabalhar e não dá. Então, eu só tiro o leitinho e cuido das galinhas (Lírio).

A gente são, é uma coisa: a gente trabalha, a gente luta, planta. E agora o que a gente pode fazer? Não faz nada. Então... a doença tira tudo o trajeto da pessoa, a vida, os... É ruim, é triste [...] minha saúde se foi, levou tudo, não pude mais trabalhar, não pude mais ajudar minha velha fazer o serviço de casa e é assim (Cravo).

[...] eu perdi a minha capacidade de... Desde que eu fiz a cirurgia eu perdi, aí agora com esse negócio do pulmão, como fui fumante grande eu tentava mergulhar mais, nadar mais, mas não era a mesma coisa (Antúrio).

Não posso mais fazer nada do que eu gostava, é muito triste (Tulipa).

Ah, a minha esposa, é só eu e ela. Ela me ajuda muito. É ela que me dá banho, eu não consigo mais sozinho (Tulipa).

A dispnéia é o sintoma que mais interfere nas práticas rotineiras da pessoa com

DPOC, como nas atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária, propiciando o aparecimento de quadros de depressão e ansiedade, além da queda na qualidade de sua vida.¹⁵

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁸ Nesta perspectiva, abordaram-se neste estudo as implicações na qualidade de vida dos sujeitos pesquisados decorrentes da progressão da doença. Apesar das limitações vivenciadas, alguns dos participantes referem ter uma boa qualidade de vida:

Apesar do problema considero boa, porque tô vivo, considero... Como eu falei, considero uns 30% de perda, mas tá bom, tô vivo ainda, tem mais coisa pela frente, tô vivendo bem... Em casa nunca falta nada, nunca faltou [...] (Antúrio).

[...] eu acho que pra viver bem é só ter saúde, não precisa ter rio de dinheiro. Ter saúde, ter assim... Comer tranqüilo o que ele gosta, o que a pessoa pode comer e o mais é a saúde, essas duas coisas [...] a gente vive tranqüilo [...] (Cravo).

Assim, ao relacionar a qualidade de vida e o cuidado, com as possibilidades e limites da doença crônica, salienta-se que a palavra cuidar pode ter diferentes significados, de acordo com o entendimento de cada pessoa frente a sua história de vida.¹⁶ Cuidar pode corresponder a comportamentos e ações que tem a finalidade de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e fazer, sendo importante o conhecimento que o sujeito tem a respeito de sua doença.

Conhecimento sobre a Doença como Facilitador do Cuidado

No que se refere ao conhecimento sobre a DPOC, observou-se que o mesmo é precário. A causa desse déficit de informação é referida pelos pacientes como sendo a falta de explicação por parte da equipe de saúde, ou a explicação com termos desconhecidos. Muitos dizem que só sabem o nome da doença e ainda alguns não sabem pronunciá-la, bem como tem informações errôneas a respeito do seu diagnóstico. Esse déficit de conhecimento em relação ao diagnóstico é reconhecido no relato abaixo:

A doença que eu tenho é e... Eczema, né? [...] só sei o nome mesmo (Tulipa).

A baixa escolaridade de todos os pacientes contribui para maior dificuldade em apreender sobre a doença. Entretanto, alguns dos sujeitos procuram se informar e aumentar seu conhecimento, buscando fontes diversas:

Eu li alguma coisa, nesses informativos que tem pelo hospital [...] eu gosto de saber é o nome das doenças, o termo certo, se tem isso, se tem aquilo [...] (Antúrio).

Contudo, todos afirmam saber sobre a causa principal da sua doença, pois quando questionados sobre o assunto referem ser o cigarro o responsável por ela. Também conhecem os demais fatores que contribuíram para o desenvolvimento de sua patologia, como a exposição à fumaça de lenha e a poeira, referida por dois participantes. A inalação de partículas e gases tóxicos como a fumaça do cigarro, fumaça de lenha e gases irritantes, assim como exposições ocupacionais são os principais agentes causadores da DPOC.¹³ Tal conhecimento é visto nas falas a seguir:

[...] às vezes não dava pra me enxergar lá dentro, quem olhasse, tinha uma nuvem de poeira e fumaça, né? Por causa da fornalha (Tulipa).

E fumante também tem um problema né? Ele perde o... A nicotina gruda ao redor dos filtros do pulmão, e diminui o espaço pro ar circular [...] (Antúrio).

[...] essa doença foi do paiol [...] Paiol é onde a gente guarda os mantimentos, milho depois da colheita [...] E foi do fumo. (Lírio).

Alguns dos entrevistados sabem que a DPOC é uma doença que não tem cura:

Só que o problema do pulmão da gente, depois que tá assim, não tem recuperação (Cravo).

[...] o pulmão agora não tem mais cura, é assim mesmo [...] (Lírio).

A DPOC é uma doença com mau prognóstico a longo-prazo. A mortalidade chega a 49% em 3 anos após a primeira internação por exacerbação de DPOC.³

Além de estarem cientes de que a DPOC é uma doença incurável, as pessoas pesquisadas demonstraram também conhecimento de métodos não farmacológicos para prevenção e o controle da exacerbação da doença, como exposto a seguir:

[...] tomo chá que a gente compra no mercado que ele também ajuda [...] (Cravo).

Eu me cuido né? Eu cuido pra não pegar chuva, friagem, tomo os remédios, fico mais parado (Tulipa).

A primeira coisa que eu fiz quando descobri foi deixar de fumar, foi na hora, e depois é a alimentação também né? (Antúrio).

Desta forma, a prevenção das exacerbações, mudança no estilo de vida e procura por tratamento imediato nas crises podem causar retardo na progressão clínica da DPOC, proporcionando uma melhor qualidade de vida e diminuindo o número de internações. Quando uma pessoa é diagnosticada com DPOC, ela deverá necessariamente modificar o seu estilo de vida, buscando uma melhor qualidade de vida.¹⁷ Neste sentido, é importante conhecer profundamente a doença, suas complicações e principalmente o seu tratamento. Além disso, a necessidade da pessoa buscar novas relações sociais, trabalho compatível, novas modalidades de lazer e realizar ajustes financeiros, torna este processo de adaptação à doença e seu cuidado bastante complexo.

Avaliação do Cuidado Recebido e Perspectivas para o Cuidado na DPOC

Como foco principal desta pesquisa, apresenta-se o cuidado de enfermagem na perspectiva dos indivíduos com DPOC. A fim de identificar a necessidade de cuidado apresentada por essas pessoas, foram realizados questionamentos a respeito dos cuidados de enfermagem mais importantes para sua recuperação e conforto.

Em enfermagem, cuidar consiste em empenhar esforços de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento, dor e ainda, na existência.¹⁸

Quando os pacientes com DOPC avaliaram o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, observou-se que cinco dos seis o fizeram de forma positiva, relatando que o carinho e a atenção dispensados pelos membros da equipe de enfermagem contribuem de forma significativa para o conforto e bem-estar físico e mental, como se expressa nos relatos abaixo:

[...] eles atendem a gente com alegria, brincando, fazendo brincadeira, isso aí que eu acho bom... Isso aí só faz bem para gente né? A gente vê que aquilo ali parece que limpa a alma da gente [...] são tudo boas pessoas, pessoas que tratam a gente muito bem, eu acho que isso aí faz bem pra gente, acho não, cada vez que eu venho melhora 100% (Cravo).

[...] é a atenção né? A melhor coisa que tem pra gente se sentir melhor no hospital é a atenção, o calor humano. Tem dias que eu fiquei meio... Eu tô cansado de hospital [...] Mas, aí eles vão conversando e vão levando a gente, é a dedicação deles mesmo, dos enfermeiros, do pessoal que passa aí dia a dia, a atenção do pessoal aqui, e a higiene (Antúrio).

Esta atenção citada é convergente com a proposta do Programa Nacional de

Humanização da Assistência Hospitalar,¹⁹ que propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições. O objetivo fundamental desse programa é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas e as expectativas da população que procura os serviços “são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc”.¹⁹ Isto pode ser observado nas falas:

Elas são muito colegas assim... Parece que são irmãs. Que nem vocês aqui, tudo sorrindo, a gente se alegra [...] são muito simpáticas [...] Batem nas costas da gente [...] Ajuda a gente, a gente se alegra né? [...] Fico contente. A gente esquece das dores que tem (Lírio).

[...] aqui sou muito bem tratada, não tenho o que reclamar de nada, sou tratada bem demais mesmo. Por isso que eu não quero nem acompanhante, que elas são muito boas pra mim, todas elas me chamam de vó e todas me tratam muito bem (Rosa).

[...] a gente é muito bem tratado, as pessoas são mais humanas, não tenho do que reclamar daqui (Tulipa).

Assim, uma prática assistencial em saúde mais efetiva e humana precisa entender que o cuidado é realizado para pessoas que são seres integrados, ativos e com sentimentos. É preciso estar comprometido com a qualidade de vida dessas pessoas, procurando estratégias que favoreçam um viver mais saudável, mesmo tendo uma doença crônica.⁶

Neste sentido, é necessário que no processo de cuidar, o profissional compreenda o significado da vida, pois “compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ela está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida”.²⁰

Porém, além do cuidado humanizado referido anteriormente, alguns dos pacientes também relataram que a administração de oxigênio e medicamentos são cuidados importantes para o restabelecimento do quadro clínico:

A medicação que eles tão dando que faz a gente se sentir melhor [...] (Antúrio).

[...] o oxigênio que eles dão, a nebulização, alguma injeçãozinha aqui às vezes... (Tulipa).

[...] eles dão os medicamentos. Esses meu aqui que aqui não tem né? Daí, eles mesmo que me dão [...] elas atendem bem pra gente continuar a tomar [...] (Lírio).

Ainda sobre a avaliação do cuidado, houve um único relato, o qual mostrou que o cuidado realizado pela equipe de enfermagem é indiferente para o bem estar do paciente, sendo que este acha importante somente a auto-ajuda para sua recuperação:

[...] eu acho que cada um... No tratamento o que tem que ser feito tem que ser feito. Eu... Vou dizer o que? [...] não tem nada desse negócio de ficar bem [...] Eu acho que o paciente tem que se ajudar e é isso (Crisântemo).

É extremamente importante, as pessoas com problemas respiratórios crônicos perceberem-se no controle de sua condição e, para isso, é preciso que estejam constantemente aprendendo como lidar com seu problema de saúde, que saibam como monitorizar sua condição e como fazer escolhas que favoreçam sua qualidade de vida.⁶ Porém, é de grande importância o apoio e orientação dos profissionais de saúde e familiares no cotidiano das pessoas com DPOC.

A limitação que uma doença respiratória venha causar pode ser superada, ou pelo menos, amenizada. Para isso, é preciso que os familiares ou as equipes que prestam cuidados diretamente à pessoa com DPOC, saibam quais os cuidados necessários em cada momento das suas atividades da vida diária, a fim de facilitar o processo de viver com uma doença crônica. Neste contexto, identificamos que o maior apoio recebido pelos entrevistados no domicílio é dos familiares, especialmente dos cônjuges, como exposto a seguir:

[...] a minha esposa [...] Ela ajuda, apesar dela trabalhar. Ela ajuda, e também o meu filho tá ajudando bastante (Antúrio).

[...] a minha companheira [...] Ô, aquilo lá é, aquilo vale ouro pra mim, não posso reclamar dela (Cravo).

É meu filho né? Se não é o filho, é eu e a mulher sozinho, né? E o meu filho mora bem pertinho né? (Lírio).

Ah, os meus netos [...] eles fazem tudo, até roupa pra mim eles lavam [...] Ajudam em tudo... Eles vão na cidade, eles fazem compras, eles fazem comida, tem vez que não me deixam nem levantar da cama [...] Cuidam muito bem... Todos os meus três netos, gosto muito deles, eles me atendem [...] (Rosa).

Pode-se observar que os filhos e os cônjuges têm papel fundamental na vida destas pessoas, devido principalmente às limitações físicas decorrentes da doença. As famílias realizam reajustes nos seus papéis e também da pessoa com problema respiratório crônico, que, muitas vezes, torna-se dependente para a realização de tarefas comuns da vida diária.

É imprescindível que ao prestar o cuidado de enfermagem à pessoa com DPOC, o mesmo seja feito, de forma integral e humanizada, estabelecendo vínculos entre profissionais e pacientes, estimulando o auto-cuidado, envolvendo e contando com o apoio dos familiares, levando-se em consideração sempre que possível, as escolhas do paciente relacionadas ao seu cuidado, de forma que respeite sua autonomia e proporcione bem estar no seu dia-a-dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo compreendemos que o cuidado integral e humanizado, o carinho e a atenção são a base da assistência de enfermagem na perspectiva do paciente com DPOC. Assim, o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem, que facilite a tomada de decisões do paciente, demonstrando interesse em promover o seu bem estar é, às vezes, mais importante para este do que quaisquer procedimentos técnicos que possam vir a ser realizados.

As pessoas que vivem com DPOC precisam ser cuidadas por uma equipe de enfermagem que não somente possua competências de avaliação e tratamento clínico eficaz, mas que também compreenda como esses distúrbios podem afetar a qualidade de vida do indivíduo, considerando as possibilidades e limites da doença crônica, o acesso ao conhecimento e condições de mudança de estilo de vida, como sujeito ativo e responsável frente o viver com a doença crônica.

O cuidado de enfermagem à pessoa com DPOC que considere o vínculo entre profissionais e pacientes, estimulando e considerando as escolhas do paciente fortalece o respeito, a autonomia e a maior participação do sujeito em seu cuidado, além de estreitar os laços do serviço de saúde com a comunidade, promovendo melhor qualidade de vida às pessoas com DPOC.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. 2007. [citado em 2009 mai. 12]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25341>

2 Organização Pan-Americana DA Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003. [citado em 2008 out. 15]. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/manual_final.pdf>.

3 Gold. Iniciativa Global Para A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Estratégia Global Para o Diagnóstico, Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 2006. [citado em 2009 mai. 20]. Disponível em:

<<http://www.goldcopd.com/index.asp?11=1&12=0>>.

4 Campos H S. Como Diagnosticar e Tratar Doenças Pulmonares Crônicas. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Revista Brasileira de Medicina, 2007; 42-55. [citado em 2008 out. 12]. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id-materia=3279>>.

5 Lorenzi GF. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2004; 30(5). [citado em 2008 out. 12] Disponível em:

<http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_124_40_DPOC_COMPLETO_FINALImpresso.pdf>.

6 Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meirelles BH. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem, 2005; 13(1):7-14. [citado em 2008 out. 15]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100002>.

7 Gasperi P, Radünz V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. Reme - Rev. Min. Enferm., 2006; 10(1). [citado em 2008 out. 20]. Disponível em:

http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100015&lng=pt&nrm=iso.

8 Kerkoski E. Qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007. [citado em 2008 out. 15]. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a03v16n2.pdf>>.

9 Nogueira-Martins MCF, Bogus CM.. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saude soc. 2004; 13(3). [citado em 2008 nov. 10]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=&nrm=iso>.

10 Trentini M, Paim L. Pesquisa Convergente Assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis. Insular; 2004.

11 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. [citado em 2008 nov. 10]. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>.

- 12 Fernandes AC, Bezerra OMPA. Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. *J. Bras. Pneumol.* 2006; 32(5). [citado em 2009 mai. 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000500014&script=sci_arttext>.
- 13 Bagatin E, Jardim JRB, Stirbulov R. Doença pulmonar obstrutiva crônica ocupacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2006; 32(2). [citado em 2008 nov. 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000800007&lng=&nrm=iso>.
- 14 Brasil. Portaria GM N° 1.559, de 1º de agosto de 2008. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. [citado em 2009 jun. 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_GM_1559.pdf>.
- 15 Velloso M, Jardim JR. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 2006; 32(6). [citado em 2008 nov. 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600017&lng=pt>.
- 16 Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma Doença Crônica e Falando sobre ser Cuidado. *Rev. Enf. UERJ*, 2006; 14(1):27-31. [citado em 2008 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n1/v14n1a04.pdf>>.
- 17 Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francioni, FF. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. *Texto Contexto Enferm* 2007 Abr-Jun; 16(2): 225-32.
- 18 Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O Cuidado em Enfermagem - Uma Aproximação Teórica. *Texto Contexto Enferm.*, 2005; 14(2):266-70. [citado em 2008 out. 15]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>>.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [citado em 2008 jul. 29]. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>.
- 20 Betinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. . *O Mundo da Saúde*, 2003; . 27(27). [citado em 2009 jun. 09]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) não é uma tarefa fácil, porém, quando chegamos ao final, percebemos o quão importante ele é para o nosso aprendizado e formação profissional. O incentivo à pesquisa no TCC é uma estratégia brilhante para inserir os acadêmicos na prática científica, uma vez que estimula e faz descobrir o prazer pela pesquisa. A prova disso é este estudo, criado a partir de uma pesquisa convergente assistencial, a qual insere o acadêmico no campo da prática e pesquisa simultaneamente. Cuidar e pesquisar foi um método eficaz para o resultado obtido neste trabalho.

Compreendemos que o cuidado integral e humanizado, o carinho e a atenção são a base da assistência de enfermagem na perspectiva do paciente com DPOC. Assim, o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem, que facilite a tomada de decisões do paciente, demonstrando interesse em promover o seu bem estar é, às vezes, mais importante para este a quaisquer procedimentos técnicos que possam vir a ser realizados.

As pessoas que vivem com DPOC precisam ser cuidadas por uma equipe de enfermagem que não somente possua competências de avaliação e tratamento clínico eficaz, mas que também compreenda como esses distúrbios podem afetar a qualidade de vida do indivíduo, considerando as possibilidades e limites da doença crônica, o acesso ao conhecimento e condições de mudança de estilo de vida, como sujeito ativo e responsável frente o viver com a doença crônica.

O cuidado de enfermagem à pessoa com DPOC, que considere o vínculo entre profissionais e pacientes, estimulando e considerando as escolhas do paciente relacionadas ao seu cuidado, traz o respeito a sua autonomia e, maior participação do sujeito no seu cuidado.

De tal modo, foi imensamente gratificante ter entre os resultados deste estudo o cuidado integral e humanizado, descrito pelos pacientes como atenção e carinho dispensados pela equipe de enfermagem, do qual participamos ativamente no decorrer desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BAGATIN, E.; JARDIM, J. R. B.; STIRBULOV, R. Doença pulmonar obstrutiva crônica ocupacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, suppl.2, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000800007&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução N° 196 De 10 de Outubro de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 nov. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 29 jul 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **DATASUS. Informações de Saúde**. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niSC.def>>. Acesso em: 12 out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25341>. Acesso em: 12 mai. 2009.
- _____. Portaria GM N° 1.559, DE 1° DE AGOSTO DE 2008. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_GM_1559.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2009.
- BETINELLI, L.A.; W ASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. **O Mundo da Saúde**, Ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)>. Acesso: 09 jun. 2009.
- CAMPOS, H. S. Como Diagnosticar e Tratar Doenças Pulmonares Crônicas. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. 2007. **Revista Brasileira de Medicina**, p. 42-55. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id-materia=3279>>. Acesso em: 12 out. 2008.
- COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma Doença Crônica e Falando sobre ser Cuidado. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 27-31, 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2008.
- CRIVARO, E. T.; AMEIDA, I. S. de; SOUZA, I. E. de O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev. enferm. UERJ**, v.15 n.2, 2007. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/tb/P1003.htm>>. Acesso em: 27 out. 2008.
- DOURADO, V. Z; TANNI, S.E; VALE, S. A; FAGANELLO, M. M; SANCHEZ, F. F; GODOY, I. Manifestações Sistêmicas na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, 2006. Disponível em:

<<http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/2006-32-2-12-portugues.pdf>>. Acesso em: outubro 2008.

FERNANDES, A. C.; BEZERRA, O. M. de P. A.. Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. **J. bras. pneumol.**, v. 32, n.5, set./out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mai. 2009.

GASPERI, P.; RADÜNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v.10, n.1, jan. 2006. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/b.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2008.

GOLD - Iniciativa Global Para A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Estratégia Global Para o Diagnóstico, Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 2006**. Disponível em: <<http://www.goldcopd.com/index.asp?l1=1&l2=0>>. Acesso em: 20 mai. 2009.

HOLMAN, H. R. Qualitative Inquiry in medical research. **Journal of Clinic and Epidemiology**, v.46, n.1, p.29-36, 1993.

KERKOSKI, E. **Qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 152p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a03v16n2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2008.

KERKOSKI, E. BORENSTEIN, MS. GONÇALVES, LO. FRANCIONI, FF. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 225-32, 2007.

LORENZI, G. F. JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. “**Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento**”. Volume 30 - suplemento 5 - novembro de 2004. Disponível em: <http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_124_40_DPOC_COMPLETO_FINALimpresso.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA L. de; NETO, O. L. de M.; SILVA, J. B. J. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n3/pdf/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2008.

MARTINS, H. S.; BRANDÃO, R. A. N. **Emergências Clínicas Baseadas em Evidências**. Exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. São Paulo: Atheneus, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, v.13,

n.3, p. 44-57, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/manual_final.pdf>. Acesso em: 15 out. 2008.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. et al. **Robbins e Cotran patologia: bases patológicas das doenças.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Hospital Nereu Ramos.** Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. Relatório de internações, mar. 2008.

SILVA, D. M. G.V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 7-14, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100002>. Acesso em: 15 out. 2008.

SILVA, K. R.; MARINO, D. M.; DI LORENZO, V. A. P. et al. Fisioterapia nas condições cardiovasculares e respiratórias. Fraqueza muscular esquelética e intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552008000300003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 08 nov. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Tratamento de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. 10. ed. V. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S. et al. O Cuidado em Enfermagem - Uma Aproximação Teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2>. Acesso em: 15 out. 2008.

TANAKA, O. Y. MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer.** Anexo 2 - Como Operacionalizar um Grupo Focal. São Paulo : Edusp, 2001. Disponível em: <<http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap09.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

TERRA M.G.; CAMPONOGARA, S.; SILVA, L. C. et al. O Significado de Cuidar no Contexto do Pensamento Complexo: Novas Possibilidades para a Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71409920.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem.** 2. ed. rev. amp. Florianópolis. Insular, 2004.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. de S.; CARRARO, T. E. et al. . Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev. enferm. UERJ**, v.15, n.2, abril/junho 2007. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2008.

VELLOSO, M.; JARDIM, J. R. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 32, n.6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600017&lng=pt>. Acesso em: 04 nov. 2008.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro das entrevistas individuais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

Nome: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: __/__/____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Ocupação/Profissão: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Tipo de Residência : _____

Renda Mensal: _____

Reside (ou já residiu) próximo a Indústrias/fabricas/minas de carvão/pedreiras?

() não () sim Por quanto tempo? _____

Tabagista: () não () sim Por quanto tempo? _____

Etilista: () não () sim Por quanto tempo? _____

Possui história familiar de DPOC? () não () sim

Em caso afirmativo: Qual o grau de parentesco? _____

Outras doenças: _____

Tempo de diagnóstico da DPOC: _____

Medicações em uso: _____

Número de internações relacionadas à DPOC: _____

Qual o seu conhecimento a respeito da DPOC?

Quais os cuidados que a equipe de enfermagem realiza, durante a sua internação, que são mais importantes para sua recuperação e conforto?

Quais os cuidados tomados no domicílio que você julga importante para o seu conforto e a melhora de sua qualidade de vida?

Quem faz parte do seu cuidado em seu domicílio?

Você realiza acompanhamento da DPOC fora do ambiente hospitalar? Onde e com que periodicidade?

Quais as mudanças e necessidade de cuidado que a DPOC trouxe para o seu dia-a-dia a partir do diagnóstico?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Silvia Sincero dos Reis, Daiane Gabriel e Daniele Cristina Perin, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Cuidados de Enfermagem na perspectiva de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica internadas num Hospital de Referência Estadual**, orientadas pela Prof. Dr^a. Betina H. S. Meirelles. Este estudo é parte do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer as necessidades de cuidado de enfermagem que as pessoas com DPOC consideram essenciais para a melhoria da sua qualidade de vida, num serviço de referência estadual em atendimento em pneumologia.

Serão realizadas entrevistas com roteiro prévio e se necessário grupos focais. As informações relatadas serão confidenciais, assim como seu nome.

Não há risco decorrente da sua participação na pesquisa. O Senhor (a) tem direito de não responder a qualquer pergunta que julgue inadequada e em qualquer momento poderá desistir de participar da pesquisa, sem que isso prejudique seu atendimento.

Esperamos que os resultados da pesquisa tragam como benefício novas possibilidades de cuidado a pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Para qualquer esclarecimento, o entrevistado poderá procurar as acadêmicas de Enfermagem Ana Silvia Sincero dos Reis, Daiane Gabriel e Daniele Cristina Perin, pelos telefones (48) 9973-5278, (48) 9944-9615 e (48) 9607-9686, ou a Prof^a. Betina H. S. Meirelles no Departamento de Enfermagem da UFSC, pelo telefone 3721- 9480.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos, congressos e outras atividades de caráter acadêmico.

Assinatura das Pesquisadoras: _____

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui devidamente esclarecido
(a) sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar voluntariamente, autorizando que os resultados sejam divulgados em meio acadêmico.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXOS


Anexo 1 - Declaração do hospital em que foi realizada a pesquisa

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Nereu Ramos

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital Nereu Ramos, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Cuidados de Enfermagem na Perspectiva de Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica internadas num Hospital de Referência Estadual**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 24 de novembro de 2008.


Antônio F. B. Miranda
Diretor

Rua Rui Barbosa, 300 - Agronômica - CEP: 88025.301
Florianópolis/SC - e-mail: hnr@saude.sc.gov.br
FONE: (48) 3216.9300 - FAX: (48) 3228.5333



© 2008 Secretaria de Estado da Saúde

Anexo 2 - Certificado de Aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH).

CERTIFICADO Nº 328

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO


PROCESSO: 363/08 **FR-** 234082

TÍTULO: Cuidado de Enfermagem na perspectiva de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica internadas num Hospital de Referência Estadual.

AUTOR: Betina H. S. Meirelles, Daniele C. Perin, Daiane Gabriel e Ana S. S. dos Reis.

DPTO.: Enfermagem/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.


 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza