

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CONHECIMENTO DO UTENTE COM  
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA  
SOBRE A DOENÇA E O AUTOCUIDADO**

**KNOWLEDGE OF THE USER WITH  
CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE  
ABOUT THE DISEASE AND SELF-CARE**

**CONOCIMIENTO DEL USUARIO CON  
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA  
SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL CUIDADO PERSONAL**

Mónia Salomé Baião - Centro de Diagnóstico Pneumológico da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9289-5504>

Eglantina Gonçalves Afonso - Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9145-6510>

Ermelinda Valente Caldeira - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1949-9262>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Mónia Baião - Centro de Diagnóstico Pneumológico da U.L.S. do Baixo Alentejo, Beja, Portugal. [baiaomonia@gmail.com](mailto:baiaomonia@gmail.com)

Recebido/Received: 2021-09-01 Aceite/Accepted: 2022-01-03 Publicado/Published: 2022-01-17

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).498.160-176](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).498.160-176)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## RESUMO

---

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica é uma doença respiratória crónica, progressivamente incapacitante, que exige ao utente um complexo regime terapêutico. Face às implicações, torna-se fundamental que o utente adquira conhecimentos sobre a doença que potenciem o autocuidado e autogestão, o que incute significância à promoção da literacia em saúde, enquanto estratégia promotora de saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento do utente sobre a doença, o autocuidado e gestão da doença.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo simples, a população alvo foram seis utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do concelho de Beja. Foi constituída uma amostra por conveniência, com critérios de inclusão e exclusão e o instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, realizada em abril de 2021. A colheita de dados teve início após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

**Resultados:** Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, através de uma estratégia de categorização de cariz indutivo. Da análise emergiram as seguintes categorias: défice de conhecimentos sobre a doença; défice de conhecimentos sobre o autocuidado; défice de conhecimentos sobre gestão da doença.

**Conclusão:** Concluiu-se que os utentes para além de apresentarem défice de conhecimentos sobre a doença, o autocuidado e gestão da doença, apresentam também a atividade de lazer comprometida.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Autogestão; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Literacia em Saúde.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Chronic obstructive pulmonary disease is a chronic respiratory disease, progressively incapacitating, which requires the user to undergo a complex therapeutic regimen. Given the implications, it is essential that the user acquire knowledge about the disease that enhances self-care and self-management, which instills significance in the promotion of health literacy, as a health-promoting strategy. This study aimed to analyze the user's knowledge about the disease, self-care and disease management.

**Method:** This is a simple descriptive study, the target population was six users with chronic obstructive pulmonary disease in the area covered by a Community Care Unit in the

municipality of Beja. A convenience sample was constituted, with inclusion and exclusion criteria and the data collection instrument used was the semi-structured interview, carried out in April 2021. Data collection began after a favorable opinion from the Ethics Committee of the Local Health Unit of Baixo Alentejo.

**Results:** Data were analyzed using Bardin's content analysis technique, using an inductive categorization strategy. The following categories emerged from the analysis: lack of knowledge about the disease; deficit of knowledge about self-care; lack of knowledge about disease management.

**Conclusion:** It was concluded that users, in addition to presenting a deficit of knowledge about the disease, self-care and disease management, also present compromised leisure activities.

**Keywords:** Health Literacy; Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Self Care; Self-Management.

## RESUMEN

---

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad respiratoria crónica, progresivamente incapacitante, que requiere que el usuario se someta a un régimen terapéutico complejo. Dadas las implicaciones, es fundamental que el usuario adquiera conocimientos sobre la enfermedad que potencien el autocuidado y la autogestión, lo que inculca trascendencia en la promoción de la alfabetización en salud, como estrategia promotora de la salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento del usuario sobre la enfermedad, el autocuidado y el manejo de la enfermedad.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo simple, la población objetivo fueron seis usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el área cubierta por una Unidad de Atención Comunitaria en el municipio de Beja. Se constituyó una muestra de conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión y el instrumento de recogida de datos utilizado fue la entrevista semiestructurada, realizada en abril de 2021. La recogida de datos se inició tras el dictamen favorable del Comité de Ética de la Unidad Local de Salud del Baixo Alentejo.

**Resultados:** Los datos se analizaron utilizando la técnica de análisis de contenido de Bardin, utilizando una estrategia de categorización inductiva. Las siguientes categorías surgieron del análisis: falta de conocimiento sobre la enfermedad; déficit de conocimientos sobre el autocuidado; falta de conocimiento sobre el manejo de enfermedades.

**Conclusión:** Se concluyó que los usuarios, además de presentar un déficit de conocimiento sobre la enfermedad, el autocuidado y el manejo de la enfermedad, también presentan actividades de ocio comprometidas.

**Descriptores:** Alfabetización en Salud; Autocuidado; Automanejo; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

## INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença respiratória caracterizada por alterações das vias aéreas causadas pela exposição prolongada a partículas ou gases nocivos, sob influência de fatores do hospedeiro, originando sintomas respiratórios persistentes. Apesar de ser uma doença evitável e tratável, a DPOC é na atualidade uma das três principais causas de morte a nível mundial<sup>(1)</sup>, prevalência que tende a aumentar<sup>(2)</sup>, com considerável impacto a nível pessoal, social e económico<sup>(1)</sup>.

Segundo estudos epidemiológicos, apesar da DPOC ser uma doença subdiagnosticada e subtratada, sabe-se que em Portugal afeta 800 mil pessoas, correspondendo a cerca de 14,2% da população com idade igual ou superior a 40 anos<sup>(3)</sup>, o que significa que "(...) um em cada sete portugueses com mais de 40 anos sofre de DPOC (...)".<sup>(4)</sup>

De carácter progressivo e incapacitante, a DPOC exige que o utente assuma um papel central perante um complexo regime terapêutico<sup>(5)</sup>. Tendo em conta a complexidade que a doença envolve, bem como o seu tratamento, farmacológico e não farmacológico, o desenvolvimento de intervenções que visem o aumento da informação são fundamentais como forma de promoção da saúde e de minimização do seu impacto<sup>(6)</sup>.

Comparativamente à média europeia, Portugal apresenta um nível de literacia em saúde problemático, nomeadamente em grupos vulneráveis, envolvendo pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e as que apresentam doenças prolongadas<sup>(7)</sup>.

Um baixo nível de literacia em saúde é frequente nas pessoas com DPOC, o que potencia a não adesão ao regime terapêutico, consciencialização tardia sobre a doença e recorrente procura e consumo dos cuidados de saúde<sup>(8)</sup>.

Deste modo, é crucial incrementar intervenções que visem o desenvolvimento de aptidões de literacia em saúde de modo a "(...) contribuir para a compreensão e o conhecimento do próprio estado de saúde, bem como o desenvolvimento de competências para gerir, tomar decisões e utilizar adequadamente os cuidados de saúde."<sup>(9)</sup> Pois, de acordo com o propos-

to no estudo de Yadav, Hosseinzadeh, Lloyd e Harris<sup>(10)</sup>, devem desenvolver-se intervenções que envolvam a literacia em saúde e estimulem a participação do utente, contribuindo para o domínio da autogestão da doença e melhores resultados em saúde.

Tendo como ponto de partida as referidas premissas, emergiu a questão de investigação para desenvolvimento do estudo: Que conhecimentos tem o utente com DPOC sobre a doença, o autocuidado e a gestão da doença?

Com a realização do presente estudo pretende-se analisar o nível de conhecimento dos utentes com DPOC com idade igual ou superior a 40 anos, da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho de Beja, Baixo Alentejo, Portugal.

Este estudo integra parte do percurso realizado no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem em associação na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como objetivo analisar o conhecimento do utente com DPOC sobre a doença, o autocuidado e gestão da doença.

## MÉTODO

---

Trata-se de um estudo descritivo simples, de abordagem qualitativa, realizado em contexto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do concelho de Beja, Baixo Alentejo, Portugal. Foi constituída uma amostra por conveniência, determinada pela saturação dos dados nas entrevistas, tal como é preconizado em estudos qualitativos. De modo a evitar desvios, foram criados critérios de inclusão e exclusão. Foram definidos como critérios de inclusão: o utente apresentar idade igual ou superior a 40 anos, diagnóstico clínico de DPOC e aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida. Como critérios de exclusão: apresentar idade inferior a 40 anos, discurso ininteligível e não aceitar participar no estudo.

Neste estudo participaram seis utentes com diagnóstico de DPOC, com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos, sendo cinco casados e um viúvo, dois dos utentes do género feminino e quatro do masculino. No que se refere às habilitações literárias três dos utentes referem ter frequentado o quarto ano e os restantes três frequentaram o primeiro ano, quinto ano e o sexto ano.

Relativamente à situação profissional, a totalidade dos utentes da amostra não integra a população ativa, sendo todos os participantes reformados.

A colheita de dados decorreu no mês de abril de 2021, através de entrevista semiestruturada, gravada em registo áudio. As entrevistas, com duração média de 30 minutos, foram norteadas por um guião criado, de caracterização sociodemográfica dos utentes e com unidades de análise de acordo com os objetivos do estudo. De modo a assegurar a validade do guião, o seu conteúdo foi posto à consideração de dois peritos e os temas envolveram: a DPOC para o utente; o utente com DPOC e a gestão da doença e caracterização do autocuidado do utente com DPOC.

Após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, presente no ponto 5.1 da Ata n.º 13 da reunião n.º 04/2021 homologada pelo Conselho de Administração em 07/04/2021, a enfermeira supervisora clínica, enquanto elo de ligação aos utentes, procedeu ao seu contacto, apresentando-lhes a investigadora principal e o objetivo do estudo. Posteriormente, o consentimento informado livre e esclarecido foi entregue e assinado pelos utentes e foi agendada a colheita de dados.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à análise de conteúdo qualitativa de acordo com o proposto por Bardin<sup>(11)</sup>: pré-análise (organizando as ideias iniciais e elaborando indicadores que fundamentam a interpretação final); exploração do material (várias leituras do material de modo a agrupar ideias e emergirem categorias e subcategorias); tratamento dos dados (interpretação e apresentação dos dados em categorias).

Por forma a manter o anonimato dos utentes que participaram no estudo, os dados resultantes das entrevistas realizadas, foram transcritos integralmente e guardados informaticamente em texto de formato *Word*, sendo codificados pela letra “U”, numerados de 1 a 6, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (“U1; U2; U3; U4; U5; U6”). Deste modo, o *corpus* de análise do estudo é constituído pelas 6 entrevistas realizadas.

Após a realização das entrevistas e sua transcrição, os investigadores efetuaram várias leituras das mesmas para compreensão na íntegra do discurso dos participantes.

Por forma a garantir a fidelidade dos dados, o processo de categorização foi posto à consideração de dois peritos. Posteriormente, para certificar a validação dos resultados, regressámos à grelha de apoio à codificação criada, para validação das descrições, tendo as mesmas sido todas validadas.

De modo a facilitar a compreensão da análise dos dados serão expostas as categorias conseguidas tendo em conta o pretendido na questão de investigação do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados obtidos, tendo em conta a questão de investigação proposta, surgiram as seguintes categorias: **défice de conhecimentos sobre a doença, défice de conhecimentos sobre a gestão da doença, défice de conhecimentos sobre o autocuidado.**

### *Categoria I – défice de conhecimentos sobre a doença.*

Através das entrevistas foi possível constatar que os utentes participantes no estudo apresentam défice de conhecimentos sobre a doença, tal como manifestam as suas falas através de excertos das suas frases:

(...) *“Não sei. É Chinês.”* (U3)

(...) *“Sei pouco... É ir ao hospital com falta de ar.”* (U3)

(...) *“Não sei. Será o pó?”* (U6)

A maioria dos utentes entrevistados referiu desconhecer concretamente a doença que lhes foi diagnosticada, o que manifesta a necessidade de informar os utentes sobre o conceito da doença, para que possam consciencializar-se sobre o que a mesma envolve.

A complexidade da DPOC gera dificuldades de autogestão, que cumulativamente com o baixo nível de literacia em saúde, prevalente na pessoa com DPOC, originam “(...) não adesão ao regime terapêutico, a consciência tardia do prognóstico, o aumento de readmissões hospitalares e a dependência dos cuidados de saúde.”. Deste modo, o enfermeiro através da promoção da literacia em saúde, pode contribuir “(...) para o conhecimento e compreensão da informação.”, que possibilite uma adequada gestão da doença<sup>(8)</sup>.

Quando questionados sobre a doença, três dos utentes referiram não saber *“Nada...”* (U3; U4); *“Não sei”...* (U2) e três referiram *“A minha doença é assim: vou perdendo... Hoje faço, amanhã não faço”* (U1); *“Canso-me muito.”* (U5) e *“Custo a respirar.”* (U6).

À semelhança dos relatos que obtivemos dos participantes, também no estudo realizado por Souza, Garcia, Rabahi e Corrêa<sup>(12)</sup> se verificou um baixo nível de conhecimento sobre a DPOC. Constatação que preocupa os autores pois, segundo os mesmos, “(...) conhecer sobre sua própria doença pode ser um passo importante para adoção de hábitos de vida mais saudáveis que vão resultar em melhor qualidade de vida e redução de custos com a saúde.”<sup>(12)</sup>.

Muitas pessoas com o diagnóstico de DPOC nunca ouviram falar da patologia<sup>(13)</sup>, o que se constatou no estudo relativamente ao conhecimento sobre o significado da sigla DPOC, tendo-se verificado um desconhecimento por parte de todos os participantes, tendo estes referido “Não sei.” (U1; U2; U4; U5; U6) e “Não sei. É Chinês...” (U3).

No que toca às causas da doença, todos os utentes referiram desconhecer-las: “Não sei.” (U1; U2; U4; U5; U6) e “Deve ter várias mas não sei.” (U3). Sendo que dois dos entrevistados referiram o “pó” e o “tabaco”: “Não sei. Será o pó?” (U5) e ao “Não sei. O tabaco, calhando?...” (U6), manifestando dúvidas quanto às suas respostas. Relativamente aos fatores de risco, verificou-se que dois dos utentes entrevistados referiram ter sido carpinteiros (expostos ao pó da madeira), profissão de risco para a doença, não reconhecida como tal.

A exposição ocupacional prolongada a vapores, poeiras e produtos químicos, constitui um fator de risco para o surgimento da DPOC<sup>(1,14-15)</sup> destacando-se também a intervenção das alterações de temperatura extremas, como o calor, o frio, o vento e a humidade<sup>(16)</sup>.

Quanto aos hábitos tabágicos, verificou-se que dois utentes são não fumadores e quatro utentes ex-fumadores, não tendo sido apresentado por nenhum utente o motivo pelo qual decidiram não fumar ou deixar de fumar.

“Deixei. Foi assim.” (U1); “Deixei de um dia para o outro. Meti na cabeça.” (U3); “Oh... não sei... Deixei. Há aí uns 37 anos que não fumo.” (U4); “Nunca quis saber disso...” (U5); “Deixei-me disso...” (U6).

O consumo de tabaco é a principal causa da DPOC e a cessação tabágica é uma chave fundamental incluída no regime terapêutico da DPOC, que tem a capacidade de influenciar a história natural da doença<sup>(1)</sup>. Deste modo, é crucial apostar em estratégias que fomentem a cessação tabágica nos utentes com DPOC, tal como recomenda a Direcção-Geral da Saúde<sup>(17)</sup>.

Quando questionados os utentes sobre os sintomas da doença, quatro mencionaram a “falta de ar” (U1; U2; U3; U4), destes 4 utentes, um referiu “... cansaço... esta coisa na garganta.” (U4), 1 referiu também “... é dores, sei lá.” (U1), outro acrescentou “... é ficar tonto... aflição... pânico...” (U2), sendo que dois utentes desconheciam os sintomas da doença, referindo: “Não sei.” (U5; U6).

De acordo com Ramos<sup>(18)</sup>, a DPOC apresenta como sintomas a tosse, expectoração e a dispneia, sendo esta última causada pela perda de elasticidade e destruição do tecido pulmonar, o que torna a expiração difícil, comprometendo o ciclo respiratório. A este respeito, diz-nos Marques, Figueiredo, Jácome e Cruz<sup>(15)</sup>, que as pessoas com DPOC podem apresentar sintomas distintos, podendo ter um ou mais sintomas.



Constatou-se que nenhum dos utentes participantes no estudo manifestou a tosse e a expetoração como sintomas da doença, ou não as reconhecem como tal. Sendo que, entre os sintomas da DPOC estão a tosse e a expetoração diária, de predominância matinal<sup>(16)</sup>.

Segundo a Direção-Geral da Saúde<sup>(19)</sup>, os sintomas dos doentes devem ser investigados, porque os doentes por norma tendem a desvalorizá-los, uma vez que em repouso estes encontram-se ausentes, ou porque autolimitam a atividade física, o que não é recomendável. Deste modo, é fundamental que os utentes com DPOC conheçam os sintomas da doença e saibam como agir para os controlar ou evitá-los.

### *Categoria II - défice de conhecimentos sobre a gestão da doença.*

Relativamente à categoria do conhecimento sobre a gestão da doença constatou-se referências que se traduzem nas seguintes subcategorias: défice de conhecimentos sobre estratégias para evitar exacerbações; défice de conhecimentos sobre como agir perante uma exacerbação; adesão à vacina da gripe/antipneumocócica comprometida; défice de conhecimentos sobre técnica inalatória.

Quanto ao conhecimento dos utentes relativamente à medicação utilizada, todos os utentes referiram fazer inaladores, sendo que cinco utentes referiram não saber o nome dos inaladores que fazem: “Não sei o nome, vou buscar...” (U3); “Faço esta. Vou buscar...” (U6). No que respeita à técnica inalatória foi possível verificar que nenhum dos utentes mencionou todos os passos constituintes da técnica inalatória, tendo 1 utente referido que necessita da ajuda do marido: “Não sei. Ele é que trata disso. Tenho medo de fazer mal.” (U5).

O tratamento da DPOC deve englobar duas abordagens fundamentais: medicamentosa e não medicamentosa<sup>(1)</sup>. No que respeita ao tratamento farmacológico, a via inalatória é a via de eleição no tratamento farmacológico da doença. O surgimento de novos fármacos e dispositivos, vieram possibilitar um ajuste às necessidades individuais e contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC. Contudo, otimizar a sua utilização requer uma correta técnica inalatória, o que se manifesta numa tarefa complexa para o utente, pois existem diferentes tipos de inaladores, com diversas especificidades de utilização. Deste modo, é crucial que os enfermeiros contribuam de modo a clarificarem aspetos “(...) relacionados com o uso de inaladores, fornecendo instruções práticas e simples para o uso correto dos inaladores pelos doentes.”<sup>(20)</sup>.

Relativamente à adesão à vacinação, verificou-se que quatro utentes referem fazer a vacina da gripe anualmente e dois utentes referiram não fazer: “Não. Só fiz uma vez, há uns 10 anos. Calhou um dia ir à farmácia e fiz.” (U2), desconhecendo estes que a vacina da gripe e as antipneumocócicas são recomendadas aos doentes com DPOC.

A este respeito, Castel-Branco e Figueiredo<sup>(21)</sup>, referem que a adesão à vacina da gripe e antipneumocócica reduz a doença grave e a morte em 50%. Deste modo, torna-se relevante contribuir para que os utentes com DPOC saibam reconhecer a adesão à vacinação como atitude elementar na gestão da doença.

Quando questionados sobre as exacerbações, foi possível verificar que existe um défice de conhecimentos sobre estratégias para evitá-las, bem como nas atitudes a tomar perante uma exacerbação: “Corro à bomba!” (U4); “Chamamos os bombeiros.” (U5).

Segundo Almeida, Simão, Silva, Fernandes e Senra<sup>(16)</sup>, os fatores que desencadeiam agravamento da doença, são os poluentes domésticos e ambientais, as infeções respiratórias e as alterações de temperatura. Para além destes fatores, também as emoções (como a agressividade, ansiedade e stress) podem desencadear este agravamento.

Deste modo, para além de ser basilar o utente saber agir perante uma exacerbação, também é essencial o utente com DPOC ter conhecimento sobre os fatores desencadeantes de modo desenvolver estratégias de *coping* que contribuam para a sua prevenção.

### *Categoria III – défice de conhecimentos sobre o autocuidado.*

Quando questionados sobre o conhecimento em relação ao autocuidado obtiveram-se respostas que possibilitaram dividir esta categoria nas seguintes subcategorias: cumprimento dos ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde; défice de conhecimentos sobre alimentação saudável; não adesão à prática de exercício físico; desconhecimento de técnicas de relaxamento; desconhecimento sobre estratégias de conservação da energia.

Através das entrevistas realizadas foi possível verificar que os utentes apresentam défice de conhecimentos sobre o tratamento da DPOC, particularmente sobre a abordagem não farmacológica, sendo que associam o tratamento da doença essencialmente à utilização dos inaladores. Sendo o tratamento não farmacológico da DPOC um complemento essencial ao tratamento farmacológico, o enfermeiro pode desenvolver um papel preeminente junto do utente com DPOC, cuidador ou representante legal. Pode incentivar à cessação tabágica e exposição ao fumo ambiental, intervir na promoção da atividade física e alimentação saudável, na adesão à vacinação e ao plano terapêutico, na reabilitação respiratória e na educação sobre os sintomas de exacerbação<sup>(1-18)</sup>. Informar sobre autocuidados elementares na DPOC contribui para o aumento de conhecimentos do utente por forma a que este possa maximizar a sua relação com a doença, evitar complicações e a evolução da doença<sup>(15)</sup>. Sendo que no estudo realizado foi relatado o cumprimento dos ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde por todos os utentes, de forma autónoma ou com ajuda do conjugue: “Sim, faço isso tudo.” (U6); “Cumpro. Com a ajuda dele.” (U5).

Segundo concluíram Menezes e Dantas no estudo realizado num hospital referência em doenças pulmonares, com uma amostra de 46 pessoas com DPOC maioritariamente idosas, que o tratamento não farmacológico é pouco disseminado. Os autores destacaram a participação dos profissionais de saúde do ambulatório como fundamental proposta de intervenção para o aumento do conhecimento e adesão às componentes da abordagem não farmacológica à doença<sup>(22)</sup>.

A alimentação e a prática de atividade física fazem parte do regime terapêutico da DPOC, enquanto componentes não farmacológicas do seu tratamento<sup>(1)</sup>.

Relativamente à alimentação, verificou-se através do descrito pelos utentes, que é irregular em um dos participantes: “... se almoço tarde já não janto...” (U6), três dos entrevistados tem uma alimentação pouco variada: “... À base de grão, feijão...” (U3); “Uma torrada, chá, fruta...” (U1) e um utente descreveu uma alimentação completa: “... como de tudo...” (U4). Foi relatado falta de apetite por um utente: “... Eu não tenho fome nenhuma. Nada. Como por comer...” (U1) e outro utente referiu que também já apresentou períodos de falta de apetite: “Agora como melhor. Já tive tempos de comer pior.” (U5). Verificou-se ainda um reduzido consumo de água diário “... Água? Duas garrafinhas destas.” (U6).

A alimentação é uma componente fundamental do regime terapêutico da DPOC, pois, os utentes desnutridos apresentam redução do desempenho em exercícios físicos, comparativamente aos que se encontram em estado nutricional normal<sup>(23,24)</sup> A alimentação surge como autocuidado fundamental no tratamento da doença, o que incute relevância à aquisição de conhecimentos sobre alimentação saudável.

Quando questionados sobre a prática de exercício físico, todos os utentes entrevistados referiram não praticar exercício físico: “Isso nada...” (U4); “Não faço. Não faço nada.” (U5), tendo três dos utentes reconhecido benefícios na sua prática: “... houve uma altura que tinha os respiratórios... era bom.” (U1). Os utentes justificaram a não adesão à prática de exercício físico pelo cansaço “... Gostava, mas canso-me.” (U3); “Não. Canso-me muito.” (U6).

De acordo com o concluído por Souza, Garcia, Rabahi e Corrêa<sup>(12)</sup> no estudo que realizaram a uma amostra de 75 pessoas com DPOC, 70,7% dos participantes são severamente inativos, constatação que preocupa os autores, pois, manter-se “(...) ativo é essencial para o bom manejo da DPOC (...)”.

Os benefícios da atividade física são inúmeros, sendo vital que os utentes com DPOC realizem regularmente exercícios. Pois, a intolerância ao exercício na DPOC é causada sobretudo pela inatividade que surge associada à dispneia, originando a redução da atividade física. Este ciclo de desadaptação progressiva ao exercício, descrito por muitos autores

como “espiral de dispneia”, conduz ao aumento da fadiga muscular, pela redução do seu tónus e à dispneia gradual a pequenos esforços o que gera inatividade e sedentarismo, com repercussões psicológicas, sociais e profissionais<sup>(25)</sup>.

Avaliar as atividades de vida deve englobar uma avaliação das atividades avançadas que englobam as atividades de lazer e tempo livre (como viajar e ir ao teatro), evidenciando o autor a importância da manutenção ou recuperação destas atividades, devendo ser um dos principais objetivos no planeamento de cuidados de enfermagem<sup>(26)</sup>.

Quando convidados a fazer uma apreciação geral sobre os seus dias e atividades de lazer realizadas, foi possível verificar que existe uma monotonia nos dias comum a todos os utentes, associada à dispneia e potenciada pela presença de comorbidades: “É isto... Os meus dias. Aqui tá.” (U1); “Tar aqui em casa, é ligar canais, desligar canais. E aqui passo os dias... Não posso com as dores.” (U2); “... são aqui. No sudoku...” (U3); “Em casa. Tou aqui.” (U5); “Passo o dia ali sentado... Às vezes vou à janela ou ao telefone e canso-me.” (U6). A frequência da prática de uma atividade de lazer é transversal aos utentes, com recurso à expressão: “às vezes”.

“...Vou às vezes à varanda.” (U1); “Vou às vezes ao café com a mulher ou vou buscar medicamentos. Vou às vezes ao casão com o meu filho.” (U2); “Tou aqui. Às vezes vou ao jardim um cadinho. Fazia renda... e malha, agora não. Aborrece-me já.” (U5).

O sedentarismo potencia a mortalidade da pessoa com DPOC, na medida em que a prática regular de atividade física consiste num fator protetor do risco de exacerbações e internamentos<sup>(27)</sup>. A este respeito, de acordo com a revisão sistemática de Hunt, Madigan, Williams e Olds<sup>(28)</sup>, sobre a forma como os doentes com DPOC usam o seu tempo, é consensual que as pessoas com DPOC apresentam níveis de atividade física diária reduzidos, com presença de períodos sedentários.

Relativamente ao que poderia fazer a diferença de forma positiva nos seus dias, os utentes referiram: mobilidade; não se cansar; não sabe/não pensa nisso.

“É sair com os meus netos... e não me cansar.” (U1); “A mobilidade” (U2); “Não sei. Não penso muito nessas coisas. Vou tentando fazer o dia-a-dia.” (U3); “Não me cansar.” (U4); “Era respirar bem. Era não me cansar tanto...” (U6).

A DPOC acarreta sofrimento para os utentes e seus familiares<sup>(29)</sup>, pelo que é basilar recordar os utentes de que existe saúde para além da doença e que é importante manter uma atitude positiva, de modo a enfrentar as alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, com o mínimo de impacto na sua qualidade de vida<sup>(30)</sup>. Face ao mencionado pelos autores da pesquisa bibliográfica e tendo-se identificado a atividade de lazer com-

prometida nos utentes estudados, surge a necessidade de se desenvolver uma intervenção que estimule a sua prática, de modo a contribuir para evicção do sedentarismo e das suas repercussões, potenciando a qualidade de vida dos utentes com DPOC.

Relativamente às principais dificuldades mencionadas pelos utentes no seu quotidiano, em termos de atividades diárias, foi o caminhar: “É andar...” (U2); “Vou ao contentor do lixo e canso-me.” (U3) e subir escadas “É subir as escadas do Centro de Saúde quando vou fazer análises.” (U1); “...Tenho ali umas escadas, passam-se meses que não as subo.” (U5) ou percursos com inclinações: “Subir a ladeira...” (U4).

A DPOC afeta as vias aéreas, os pulmões e os brônquios, com repercussões na inspiração e expiração. Esta doença progressiva e incapacitante, conduzirá à dificuldade em correr ou fazer outros esforços físicos, como subir escadas ou andar<sup>(31)</sup>. Deste modo, a conservação da energia, a adaptação ao ambiente e a adequação postural consistem em estratégias essenciais para a realização das atividades diárias, manifestando-se eficientes na redução da sensação de dispneia, melhorando o desempenho dos utentes na realização das atividades, contribuindo para aumentar a sua funcionalidade e quebrando o tendencioso ciclo de inatividade<sup>(32)</sup>.

No estudo realizado foi possível verificar que nenhum dos utentes entrevistados tinha conhecimento sobre estratégias de conservação da energia, bem como técnicas de relaxamento.

As limitações funcionais progressivas que a doença acarreta têm impacto significativo na autonomia e na participação social<sup>(31)</sup>, sendo fundamental promover estratégias que as potenciem, de modo a contribuir para a qualidade de vida dos utentes com DPOC.

## CONCLUSÃO

---

Em resposta à questão de investigação, o estudo realizado permitiu analisar o conhecimento de uma amostra de utentes com DPOC sobre a doença, o autocuidado e gestão da doença, emergindo as seguintes categorias: “défice de conhecimentos sobre a doença”; “défice de conhecimentos sobre a gestão da doença”; “défice de conhecimentos sobre o autocuidado”.

Deste modo, é possível afirmar que a pesquisa realizada reproduz a necessidade de uma intervenção de enfermagem promotora da literacia em saúde, de modo a contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida no utente com DPOC.

Os investigadores acreditam que a realização do estudo permitiu também alertar para a problemática em foco, enquanto doença crónica com repercussões respiratórias e sistémicas de impacto em várias esferas. Na medida em que, é fundamental que quer os utentes com DPOC, quer a população em geral estejam sensibilizados para o facto de esta ser uma doença prevenível, cujo tratamento engloba uma componente não farmacológica onde o papel do utente é crucial.

Como limitação, importa referir as dificuldades decorrentes na abordagem metodológica, tendo em conta o instrumento de colheita de dados selecionado pelos investigadores, uma vez que a análise de conteúdo requer perícia.

Para além do referido, os pesquisadores depararam-se também com dificuldade na pesquisa, de modo a efetuar uma confrontação fundamentada dos resultados obtidos através das entrevistas, o que incute importância ao contributo do presente artigo, sustentado por uma pesquisa bibliográfica e evidência científica.

A realização do estudo permitiu concluir que existe necessidade de olhar o tema numa perspetiva promotora da literacia em saúde, que poderá contribuir para futuros estudos sobre as variáveis analisadas. Pode então dizer-se que, a promoção da literacia em saúde, deve ser um primordial objetivo de futuras intervenções, por forma a contribuir para o aumento do conhecimento do utente com DPOC.

### Contributos dos autores

MB: Desenho e coordenação do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão de resultados.

EA: Desenho do estudo, revisão e discussão de resultados.

EC: Desenho do estudo e coordenação, análise de dados, revisão e discussão de resultados.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

**Ethical Disclosures**

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

## REFERÊNCIAS

---

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. Global strategy for prevention, diagnosis and management of chronic obstructive lung disease 2021 report. [citada em 2021]. Disponível em: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>.
2. Direção-Geral da Saúde [Internet]. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017. Disponível em: [http://3r.web.ua.pt/wp-content/uploads/2019/01/Programa\\_nacional\\_doencas\\_respiratorias.pdf](http://3r.web.ua.pt/wp-content/uploads/2019/01/Programa_nacional_doencas_respiratorias.pdf).
3. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [Internet]. 13.º Relatório ONDR 2018 – Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal. O estado de Saúde em Portugal 2018. [citada em 2018]. Disponível em: <http://respirarmelhor.pt/wp-content/uploads/2019/08/Relat%C3%B3rio-do-Observat%C3%B3rio-Nacional-de-Doen%C3%A7as-Respirat%C3%B3rias-ONDR-2018.pdf>.
4. Munhá J, Pissara C. [Internet]. Dia Mundial da DPOC “DPO...quê?” – portugueses desconhecem doença que é uma das principais causas de morte no nosso país. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. 2019. [citada em nov 2019]. Disponível em: [https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais\\_conteudos\\_ficheiros/ci\\_dia-mundial-da-dpoc.pdf](https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais_conteudos_ficheiros/ci_dia-mundial-da-dpoc.pdf).
5. Esteban C, Arostegui I, Aramburu A, Moraza J, Najera-Zuloaga J, Aburto M, et al. Predictive factors over time of healthrelated quality of life in COPD patients. *Respir Res.* 2020;138:1-11. doi: 10.1186/s12931-020-01395-z.
6. Lyon J. National COPD Care Plan. *JAMA Network.* 2017;317:2475. doi:10.1001/jama.2017.7991.

7. Direção-Geral da Saúde [Internet]. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Plano de Ação para a literacia em saúde Portugal 2019-2021. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. [citada em 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.
8. Saraiva C, Luz M. Estratégias de informação: A perspetiva da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *New Trends Qual Res.* 2020; 3: 464-478. doi:10.36367/ntqr.3.2020.464-478.
9. Saraiva C, Luz M. Teste de literacia funcional em saúde no adulto: processo preliminar de adaptação cultural e validação. *Revista Baiana Enferm.* 2017;31:1-12. doi:http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.17986.
10. Yadav U, Hosseinzadeh H, Lloyd J, Harris M. How health literacy and patient activation play their own unique role in selfmanagement of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? *Chron Respir Dis.* 2018;16:1-5. doi:10.1177/1479973118816418.
11. Bardin L. *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Souza H, Garcia R, Rabahi M, Corrêa K. Conhecimento sobre doença pulmonar obstrutiva crônica em pacientes de diferentes níveis de atividade física. *Rev Eletr Enferm.* 2020;22:1-7. doi:10.5216/ree.v22.57637.
13. Aguiar A. *DPOC: Avaliação multidimensional de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. [Dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010. [citada em 2019]. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/742/1/DPOC%20-%20Ana%20Rita%20Aguiar.pdf>.
14. Costa A. [Internet]. Saúde e bem-estar. [citada em 2017]. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/pneumologia/dpoc/>.
15. Marques A, Figueiredo D, Jácome C, Cruz J. *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? – Orientações para um programa de reabilitação respiratória*. Loures: Lusodidacta; 2016.
16. Almeida P, Simão P, Silva P, Fernandes A, Senra D. [Internet]. *Aprenda a Viver com a DPOC*. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. [citada em 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-16-de-novembro-pdf.aspx>.



17. Direção-Geral da Saúde. Norma Clínica 005/2019 de 26 de agosto de 2019. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto. Lisboa: DGS;2019.
18. Ramos J. Um médico para toda a família. Manual para Viver Com Mais Saúde. Lisboa: Manuscrito; 2016.
19. Direção-Geral da Saúde. Norma 028/2011 atualizada a 10/09/2013. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: DGS; 2013.
20. Aguiar R, Lopes A, Ornelas C, Ferreira R, Caiado J, Mendes A, Pereira-Barbosa M. Terapêutica Inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. Rev Port Imunoalergol. 2017;I:9-26.
21. Castel-Branco M, Figueiredo I. Estado da arte na terapêutica farmacológica da Asma e da DPOC – a perspetiva do farmacêutico. Acta Farm Port. 2017;6:26-37.
22. Menezes I, Dantas R. Conhecimento e adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Cadernos ESP. 2017;11:52-59.
23. Almagro P, Castro A. Helping COPD patients change health behavior in order to improve their quality of life. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2013;8:335-345. doi:10.2147/COPD.S34211.
24. López-López L, Torres-Sánchez I, González-Jiménez E, Díaz-Pelegri A, Merlos-Navarro S, Valenza M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa y malnutrición: efecto sobre la sintomatología y la función. Nutr Hosp. 2016;33:319-23. doi:https://dx.doi.org/10.20960/nh.111.
25. Cordeiro M, Menoita E. Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência. 2012.
26. Blanco E. Síndromes Geriátricas. Miraflores: Edições Médicas, Lda; 2007.
27. Waschki B, Kirsten A, Holz O, Müller K, Meyer T, Watz H, et al. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. Chest. 2011;2:331-42. doi:10.1378/chest.10-2521.
28. Hunt T, Madigan S, Williams M, Olds T. Use of time in people with chronic obstructive pulmonary disease – a systematic review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;9:1377-88. doi:10.2147/COPD.S74298.

29. Araújo T. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? – Orientações para um programa de reabilitação respiratória. In: Marques A, Figueiredo D, Jácome C, Cruz J, editores. Loures: Lusodidacta; 2016.

30. Magalhães M. [Internet] O Processo de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deficiência Ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. Rev Invest EnfermSinais Vitais. 2009.

31. Fundação Portuguesa do Pulmão. [Internet]. Alerta à População Portuguesa Sobre Incêndios Florestais. [citada em 2018]. Disponível em: <https://www.fundacaoportuguesa dopulmao.org/destaques/conteudos/incendio s-florestais/>.

32. Velloso M, Jardim J. Funcionalidade do Paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Técnicas de Conservação de Energia – Artigo de Revisão. J Bras Pneumol. 2006; 32:580-6.