



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada: Papel do Enfermeiro

Andreia Silva; Beatriz Moraes; Beatriz Lopes

Data

junho 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada: Papel do Enfermeiro

Andreia Mafalda Ferreira da Silva, nº 20220901

Beatriz Calheiros Morais, nº 20220879

Beatriz Sam Pedro Lopes, nº 20220881

Orientadora

Professora Doutora Sandra Cristina Mendes Batista

Trabalho final de curso apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizado sob a orientação científica da Professora Adjunta Doutora Sandra Cristina Mendes Batista, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Mestre André Samuel Martins Gonçalves

Professor Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Professora Doutora Sandra Cristina Mendes Batista

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

Gostaríamos de expressar a nossa profunda gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso e contribuíram para que esta etapa final se tornasse mais leve, mais serena e mais fácil de ultrapassar.

À Professora Doutora Sandra Batista, um agradecimento muito especial pela excelente orientação pedagógica, pela disponibilidade constante e pelo apoio demonstrado desde o primeiro dia. Ao longo de vários anos do nosso percurso acadêmico foi a nossa professora e agora orientadora, acompanhando-nos sempre com dedicação, exigência, profissionalismo e humanidade. O seu exemplo enquanto docente e enfermeira será, sem dúvida, uma referência que levaremos connosco.

A todos os professores e orientadores clínicos que nos acompanharam ao longo deste percurso acadêmico, deixamos o nosso sincero agradecimento pelos conhecimentos transmitidos, pela partilha de experiências e pelo contributo essencial na construção das profissionais que seremos amanhã.

À nossa mui nobre ESALD, instituição, que nos acolheu e viu crescer ao longo destes últimos quatro anos, agradecemos pela oportunidade e pelos conhecimentos, que contribuiu para a nossa formação académica e pessoal. Será sempre a nossa casa.

A todos os doentes e às suas famílias, que tivemos o privilégio de cuidar e aprender ao longo destes últimos quatro anos, deixamos um agradecimento especial.

Aos nossos familiares, amigos e colegas, agradecemos o carinho, a paciência, o apoio incondicional e a compreensão nos momentos mais exigentes. A presença de cada um foi fundamental ao longo desta caminhada.

Gostaríamos também de dedicar um agradecimento especial e cheio de saudade, àqueles que nos eram tão queridos e que partiram durante este percurso. Embora já não estejam fisicamente presentes, o amor e a memória acompanharam-nos e dão-nos força em cada conquista.

A todos, o nosso sincero obrigada. Sem o apoio, a presença e o carinho de cada um de vocês, este percurso não teria sido vivido da mesma forma.

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoadada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

(João Lobo Antunes, 2015)

Resumo

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio VI, do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, consistindo numa revisão narrativa da literatura. A gestão da dispneia constitui um desafio percecionado pela própria pessoa e pela equipa de saúde, intensificando-se em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Esta revisão procurou analisar o papel dos enfermeiros na gestão da dispneia da pessoa com DPOC internada.

A pesquisa bibliográfica decorreu entre março e maio de 2026, segundo o método PCC (População, Conceito e Contexto), tendo sido utilizadas as seguintes bases de dados “Google Académico”, “Scopus” e “PubMed”. Foram selecionados inicialmente 29 estudos que cumpriam os critérios de elegibilidade na primeira fase de seleção (leitura do título e do resumo), dos quais apenas 9 foram incluídos no corpus de análise.

Os resultados evidenciam a existência de intervenções de enfermagem aplicáveis em contexto de internamento para a gestão da dispneia da pessoa com DPOC, nomeadamente intervenções farmacológicas e não farmacológicas dirigidas ao controlo sintomático e à promoção do conforto. A análise foi sustentada pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que enquadra a prática de enfermagem na promoção do bem-estar global da pessoa, através da resposta às suas necessidades de conforto nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

Os resultados reforçam a importância do papel do enfermeiro na gestão da dispneia da pessoa com DPOC, evidenciando a necessidade de uma intervenção sistematizada e centrada na pessoa, com impacto direto na melhoria do conforto e na qualidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar.

O principal desafio identificado na literatura foi a escassez de estudos realizados no contexto europeu, verificando-se uma predominância de investigação desenvolvida em países asiáticos, o que pode limitar a aplicabilidade de alguns resultados noutros contextos clínicos.

Palavras-Chave

Dispneia; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Enfermagem; Hospital; Qualidade de Vida.

Abstract

The present work was developed within the scope of the Internship VI course of the Nursing undergraduate program at the Dr. Lopes Dias Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Castelo Branco, consisting of a narrative literature review. The management of dyspnea is a challenge perceived by both the individual and the healthcare team, intensifying in people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). This review sought to analyze the role of nurses in the management of dyspnea in hospitalized individuals with COPD.

The bibliographic research took place between March and May 2026, according to the PCC (Population, Concept, and Context) method, using the following databases: Google Scholar, Scopus, and PubMed. Initially, 29 studies that met the eligibility criteria in the first selection phase (reading the title and abstract) were selected, of which only 9 were included in the corpus of analysis.

The results show the existence of applicable nursing interventions in an inpatient setting for the management of dyspnea in people with COPD, namely pharmacological and non-pharmacological interventions aimed at symptomatic control and promoting comfort. The analysis was supported by Katharine Kolcaba's Comfort Theory, which frames nursing practice in promoting the overall well-being of the person, by responding to their comfort needs in the physical, psycho-spiritual, environmental, and sociocultural dimensions.

The results reinforce the importance of the nurse's role in managing dyspnea in people with COPD, highlighting the need for a systematized and person-centered intervention, with a direct impact on improving comfort and the quality of care provided in a hospital setting.

The main challenge identified in the literature was the scarcity of studies conducted in the European context, with a predominance of research developed in Asian countries, which may limit the applicability of some results in other clinical contexts.

Keywords

Dyspnea; Pulmonary Disease Chronic Obstructive; Nursing; Hospital; Quality of Life.

Índice geral

1. Introdução.....	1
2. Objetivos	3
3. Enquadramento Teórico e Conceptual.....	4
3.1. A DPOC	4
3.2. Dispneia na DPOC	7
3.3. Impacto da DPOC na qualidade de vida	8
3.4. Contributo da enfermagem na gestão da dispneia na pessoa com DPOC	10
3.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	11
4. Metodologia	15
5. Análise e Discussão de Resultados	18
5.1. Avaliação da dispneia	26
5.2. Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia	27
5.2.1. Intervenções farmacológicas	27
5.2.2. Intervenções não farmacológicas	30
A) Programas de autogestão	30
B) Exercícios respiratórios e melhoria da função pulmonar	32
C) Intervenções psicológicas	34
D) Outras intervenções complementares	35
5.3. O Papel do enfermeiro.....	36
5.4. O Papel do Enfermeiro na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba	40
5.5. Expectativas relacionadas com a Revisão	47
6. Considerações Finais	48
Referências Bibliográficas	50
Anexos	56
Anexo A – Modified Medical Research Council (mMRC)	56
Anexo B – COPD Assessment Test (CAT).....	57
Anexo C – Escala de Borg	58

Índice de figuras

Figura 1 - PRISMA Flow Diagram	17
Figura 2 - Escala mMRC	56
Figura 3 - Escala CAT	57
Figura 4 - Escala de Borg	58

Lista de tabelas

Tabela 1 - Chaves Booleanas utilizadas nos motores de busca selecionados para obtenção do corpus de análise.	16
Tabela 2 - Caracterização das publicações selecionados/corpus de análise.	19
Tabela 3 - Adaptação dos resultados da revisão narrativa à estrutura taxonómica de Kolcaba	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
APMGF	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
AVD's	Atividades de Vida Diária
CAT	<i>COPD Assessment Test</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CO ₂	Dióxido de Carbono
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DeCS	Descritores em Ciências de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DVAS	Escala Visual Analógica de Dispneia
EE	Enfermeiro Especialista
EMC-PSP	Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Paliativa
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
FEV1	<i>Forced Expiratory Volume in 1 second</i>
FVC	<i>Forced Vital Capacity</i>
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
mMRC	<i>Medical Research Council</i>
PCC	População, Conceito, Contexto
PCR	Proteína C-Reativa
s.d.	Sem data
SERPINA1	<i>Serpin Peptidase Inhibitor, Clade A, Member 1</i>
SPMI	Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
USF	Unidade de Saúde Familiar
VNI	Ventilação Não Invasiva

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio VI, integrante no plano de estudos do 2º Semestre do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi-nos proposta a realização de uma revisão narrativa da literatura, sob orientação pedagógica da Professora Adjunta Doutora Sandra Cristina Mendes Batista. A temática da nossa revisão será “Gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada: Papel do Enfermeiro”.

O grupo de trabalho integrou diferentes locais de estágios, o ensino clínico dividiu-se em dois contextos, o comunitário e o hospitalar. Numa fase inicial, todos os elementos realizaram ensinamentos clínicos em Unidades de Saúde Familiar (USF). Posteriormente, dois elementos do grupo estagiaram em serviços de Medicina Interna, enquanto um outro elemento integrou uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Ao incluírem diferentes realidades, os contextos clínicos proporcionaram a possibilidade de contacto direto com pessoas com DPOC em diferentes fases da doença.

O estágio final assume um papel fundamental na nossa formação, uma vez que representa a transição entre o contexto académico e a prática profissional autónoma. Esta etapa permite reforçar a capacidade de tomada de decisão, gestão de prioridades e adaptação a diferentes contextos de cuidados, promovendo uma maior confiança e autonomia. Neste contexto, torna-se particularmente relevante a gestão da dispneia na pessoa com DPOC em contexto de internamento, uma vez que este é um dos sintomas mais prevalentes, incapacitantes e com maior impacto na qualidade de vida desta população (Agusti *et al.*, 2026). A crescente incidência e complexidade clínica da DPOC nos serviços hospitalares exigem que um futuro profissional esteja preparado para uma intervenção diferenciada, baseada em evidência e centrada na pessoa (Agusti *et al.*, 2026).

Estudos recentes evidenciam que pessoas com DPOC mantêm a dispneia, mesmo com instituição de estratégias farmacológicas (Carette *et al.*, 2019). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, verificou-se que a dispneia constitui um sintoma frequentemente experienciado em diversos doentes, sendo particularmente desafiante na pessoa com DPOC. A gestão deste sintoma exige uma intervenção célere, eficaz e baseada em evidência científica, de forma a prevenir uma agudização da doença e complicações. O contacto direto com pessoas com DPOC, bem como a elevada prevalência desta patologia a nível hospitalar e comunitário, despertou um interesse no grupo de trabalho em aprofundar esta temática. Paralelamente, na qualidade de futuras enfermeiras,

surgiu a necessidade de refletir sobre a intervenção da equipa de enfermagem e o seu papel na gestão da dispneia, dado tratar-se de um sintoma frequentemente observado em contexto de internamento durante os ensinos clínicos realizados ao longo da nossa formação. Neste contexto, reconhecemos que a sua abordagem pode gerar insegurança quanto à atuação mais adequada, contribuindo, por vezes, para a sua subvalorização.

Neste sentido, torna-se pertinente a realização de uma revisão narrativa da literatura, uma vez que esta permite reunir, analisar e sintetizar o conhecimento científico disponível sobre a gestão da dispneia na pessoa com DPOC. Este tipo de revisão possibilita uma abordagem flexível e abrangente da literatura, facilitando a integração e interpretação crítica do conhecimento existente (Sukhera, 2022). Será assim possível identificar estratégias de avaliação e intervenção de enfermagem, possibilitando uma reflexão crítica sobre a prática clínica, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DPOC.

A presente revisão narrativa procura responder à seguinte questão de investigação: "Qual o papel do enfermeiro e que cuidados de enfermagem são utilizados na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada?"

Além da introdução, o trabalho encontra-se estruturado por cinco capítulos. Inicia-se com a apresentação dos objetivos da revisão narrativa, seguindo-se o enquadramento teórico e conceptual, a metodologia, a análise dos resultados e a discussão dos mesmos. Este último, encontra-se dividido em subcapítulos sobre a avaliação da dispneia, as intervenções de enfermagem na sua gestão, o papel do enfermeiro e os resultados à luz da Teoria de Conforto de Kolcaba. Inclui ainda uma reflexão sobre as expectativas relativamente à revisão realizada. Por fim, apresentam-se as conclusões e as referências bibliográficas.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas institucionais, definidas pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para trabalhos académicos e as referências bibliográficas seguem as diretrizes da 7ª edição das normas de citação e referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA).

2. Objetivos

A gestão da dispneia na pessoa com DPOC, em contexto de internamento hospitalar, representa um desafio para os profissionais de saúde e para o próprio indivíduo, exigindo intervenções eficazes, tanto farmacológicas como não farmacológicas. Neste sentido e tendo em conta a questão de revisão estabelecida, foram delineados objetivos que regem a presente revisão da narrativa.

Como objetivo geral, definiu-se descrever o papel do enfermeiro e os cuidados de enfermagem na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada.

Para dar resposta ao objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o papel do enfermeiro na avaliação, monitorização e implementação de intervenções para controlo da dispneia na pessoa com DPOC internada;
- Identificar escalas e instrumentos utilizados na avaliação da dispneia;
- Descrever intervenções (medidas farmacológicas e não farmacológicas) utilizadas na gestão da dispneia em pessoas com DPOC internadas;
- Descrever intervenções de enfermagem que promovam o autocuidado na gestão da dispneia como estratégia de promoção do conforto.

3. Enquadramento Teórico e Conceptual

O presente enquadramento teórico e conceptual pretende sustentar a compreensão dos fenómenos em estudo, através da exploração dos principais conceitos que lhe estão associados. Atendendo à complexidade da DPOC e ao impacto da mesma, torna-se importante compreender as suas características e a sintomatologia associada, mas também entender como esta condição influencia a vida das pessoas que coexistem com ela.

Sendo a dispneia um dos principais sintomas sentidos pelos doentes com DPOC, torna-se importante explorar este sintoma. Posteriormente, será abordado o impacto que a DPOC tem na qualidade de vida das pessoas, considerando que esta é uma dimensão essencial do Ser Humano e que se encontra integrada no atual ano letivo na linha de investigação “Cuidar e Qualidade de Vida”. Será ainda analisado o papel da enfermagem na gestão da dispneia na pessoa com DPOC. Por fim, será apresentado e interligado com o fenómeno de estudo, o referencial teórico orientador, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

3.1. A DPOC

A DPOC é uma patologia pulmonar de etiologia heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos, como a dispneia, tosse e expetoração. Esta advém da presença de anormalidades nas vias aéreas (presença de bronquite) ou alveolar (enfisema) que provoca obstrução persistente da via aérea, que é frequentemente progressiva e que limita o fluxo de ar (Agusti *et al.*, 2026). Referente à etiologia e aos fatores de riscos, a DPOC surge de uma interação dinâmica entre a componente genética (sobretudo pessoas com mutações no gene *SERPINA1*¹), e fatores ambientais que ocorrem ao longo da vida, os quais são cumulativos e provocam alterações no desenvolvimento e envelhecimento pulmonar (Agusti *et al.*, 2026; Jardim *et al.*, 2021). O principal fator de risco para o surgimento da DPOC é o tabagismo crónico (sobretudo se este se inicia antes dos 15 anos de idade) e a inalação de partículas e/ou gases tóxicos. O envelhecimento também é considerado um fator de risco importante, pois traz consigo a diminuição da função pulmonar (Agusti *et al.*, 2026).

Do ponto de vista epidemiológico, a DPOC assume um impacto significativo, sendo atualmente considerada uma das principais causas de morbimortalidade a

¹ Uma mutação no gene *SERPINA1* predispõe ao desenvolvimento da DPOC e de patologia hepática. Este gene codifica a proteína alfa-1-antitripsina (AAT), uma proteína produzida maioritariamente no fígado e presente no plasma sanguíneo. A sua principal função é inibir a elastase neutrofílica, protegendo o tecido pulmonar de uma degradação excessiva da elastina. Além disso, existem evidências que apresenta propriedades anti-inflamatórias, imunomoduladoras e antimicrobianas. Neste caso, se estiver presente uma mutação deste gene, a proteína irá ter uma deficiência, promovendo um risco de doenças pulmonares, como a DPOC (Jardim *et al.*, 2021).

nível mundial. Mais de 3 milhões de pessoas morreram de DPOC em 2021, isto é cerca de 5% de todas as mortes globais (Agusti *et al.*, 2026).

A nível nacional a DPOC afeta cerca 6% da população portuguesa, mas estima-se que 14% da população com idade superior a 40 anos seja afetada pela mesma. Em Portugal, as taxas de mortalidade associada à DPOC são baixas, porém existe uma elevada taxa de internamento e de readmissões (Pacheco *et al.*, 2024), que exigem uma atenção especial por parte das equipas de saúde que acompanham estes doentes, em particular das equipas de enfermagem. A prevalência da doença é maior no sexo masculino e tende a aumentar com a idade, sendo a idade superior a 60 anos e ser do sexo masculino considerados importantes fatores de risco (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF], 2021).

Esta patologia constitui um importante problema de saúde pública. Prevê-se que futuramente a DPOC irá aumentar a sua prevalência devido à exposição contínua aos fatores de risco e ao envelhecimento da população (Agusti *et al.*, 2026).

A progressão da DPOC tem um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos. Estes doentes apresentam tipicamente dispneia, fadiga, sibilos, sensação de aperto torácico, tosse e/ou limitação na atividade física. É também frequente a presença de outras comorbilidades associadas, que podem influenciar a sua condição clínica e o prognóstico, como a insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade, diabetes, osteoporose, anemia e entre outros (Agusti *et al.*, 2026). À medida que a doença progride, ocorre um agravamento progressivo da limitação funcional, com impacto direto na capacidade de o indivíduo realizar Atividades de Vida Diárias (AVD's), contribuindo para perda de autonomia. Assim, a DPOC não afeta apenas a função respiratória, mas também a dimensão física, psicológica e social do indivíduo, resultando num impacto global significativo na qualidade de vida (Agusti *et al.*, 2026).

O diagnóstico da DPOC realiza-se através da presença de sintomatologia respiratória e persistente, a identificação de fatores de risco, como antecedentes de tabagismo crónico e exposição a gases e poeiras, e, principalmente, da evidência de obstrução do fluxo respiratório. A confirmação do diagnóstico é feita através da realização da prova de espirometria após broncodilatação, ou seja, é definida pela relação entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo e a capacidade vital forçada (FEV1/FVC) $< 0,70$, o que comprova a obstrução do fluxo aéreo (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019).

Após a confirmação do diagnóstico de DPOC deve-se avaliar a gravidade da obstrução do fluxo aéreo. Na DPOC existem 4 graus de gravidade da limitação do fluxo aéreo, o GOLD 1 que representa gravidade ligeira ($FEV1 \geq 80\%$), o GOLD 2 moderada ($FEV1 < 80\%$ e $\geq 50\%$), o GOLD 3 grave ($FEV1 < 50\%$ e $\geq 30\%$) e o GOLD 4 muito grave ($FEV1 < 30\%$), à medida que a classificação da gravidade progride, maior é a obstrução do fluxo aéreo (APMGF, 2021). Deve igualmente ser avaliada a frequência das agudizações da doença. Considera-se que uma pessoa apresenta elevado risco de futuras exacerbações quando ocorreu pelo menos um internamento hospitalar por agudização da DPOC nos últimos 12 meses ou duas ou mais agudizações no mesmo período (DGS, 2019).

A DPOC é caracterizada por episódios de exacerbação que resultam de um conjunto de mecanismos fisiopatológicos interligados. Entre os principais fatores desencadeantes destacam-se as infeções víricas e/ou bacterianas, a exposição à poluição e, em alguns casos, as causas não são conhecidas. Estes fatores contribuem para a inflamação das vias aéreas, a qual se associa a um aumento dos marcadores inflamatórios, como a Proteína C Reativa (PCR). Este processo inflamatório contribui para o agravamento da limitação do fluxo aéreo, causando um aumento do trabalho respiratório e, consequentemente, o aparecimento e intensificação da dispneia, muitas vezes acompanhado por broncoconstrição e aumento da produção de muco. Simultaneamente, verifica-se o desenvolvimento de inflamação sistémica, que contribui para o aumento do risco cardiovascular e à medida que a exacerbação progride, podem surgir alterações nas trocas gasosas, nomeadamente hipoxemia, hipercapnia e acidose, refletindo num compromisso significativo da função respiratória e do estado clínico global da pessoa (SPMI, 2023).

Pessoas com DPOC apresentam frequentemente outras comorbilidades associadas, mencionadas anteriormente, que podem contribuir para a agudização da doença (Agusti *et al.*, 2026). As agudizações da doença levam a uma deterioração da função pulmonar com necessidade de tratamento hospitalar ou até mesmo de internamento em uma unidade de cuidados intensivos. A DPOC representa assim um desafio tanto para os doentes como para os sistemas de saúde, uma vez que impõe uma carga de trabalho acrescida para os profissionais de saúde e um acréscimo financeiro para os serviços de saúde. Isto deve-se a estes doentes apresentarem frequentemente internamentos hospitalares prolongados e reincidentes, exigindo uma maior mobilização de recursos. Neste contexto, torna-se fundamental implementar estratégias eficazes que visam a prevenção das agudizações da doença (Lüthi-Corridori *et al.*, 2023).

No tratamento da DPOC, o tratamento farmacológico de manutenção deve ser individualizado, tendo em consideração a gravidade dos sintomas, o risco de exacerbações, as comorbilidades, a disponibilidade e custo dos fármacos, bem

como as preferências do doente e a sua capacidade de utilização dos diferentes dispositivos inalatórios. A técnica inalatória assume particular importância na eficácia da terapêutica. Por outro lado, o tratamento não farmacológico é complementar ao tratamento farmacológico, destacando-se a reabilitação pulmonar, que inclui treino de exercícios respiratórios, a oxigenoterapia de longa duração em casos de dessaturação em repouso e/ou durante exercício, e ventilação não invasiva de longa duração em doentes com hipercapnia (Agusti *et al.*, 2026).

O papel da equipa de enfermagem assume grande relevância, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos doentes durante os internamentos hospitalares, através da implementação de intervenções de enfermagem direcionadas para a melhoria da capacidade funcional e emocional, o desenvolvimento da autogestão da doença, o aumento da adesão ao tratamento e a promoção de comportamentos saudáveis por meio da educação para a saúde, atuando em todas as vertentes de prevenção (Pacheco *et al.*, 2024).

3.2. Dispneia na DPOC

A dispneia é o principal sintoma relatado pelas pessoas com DPOC, sendo a sua presença um preditor da diminuição da qualidade de vida e que afeta significativamente a sua capacidade para desempenhar AVD's (Putchá *et al.*, 2025). Trata-se de um sintoma subjetivo, progressivo e persistente ao longo do tempo o qual é definido como uma experiência subjetiva, caracterizada pelo desconforto ou dificuldade respiratória, muitas vezes expressa de diversas formas como “falta de ar” e/ou “angústia no peito” (Zamparette *et al.*, 2022).

A dispneia é um sintoma complexo e multidimensional, não está somente relacionado com a função pulmonar, mas sim com uma interação entre fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Suha *et al.*, 2025).

Dentro da fisiopatologia da dispneia pode-se incluir: i) a insuficiência respiratória isto é, a incapacidade do sistema respiratório de manter as trocas gasosas adequadas, resultando em falta de oxigénio ou retenção de Dióxido de Carbono (CO₂); ii) a dispneia de origem psicogénica, que consiste na sensação de falta de ar desencadeado por fatores emocionais e psicológicos; e iii) a dispneia compensatória por excessiva ventilação, que surge resultante de um mecanismo compensatório do nosso organismo, quando este entra em hiperventilação para corrigir um desequilíbrio metabólico ou hipoxemia. A fisiopatologia deste sintoma subjetivo envolve quimio e mecanorreceptores, presentes no diafragma e na musculatura esquelética, além dos centros respiratórios que modulam a sensação de desconforto (Seganfredo *et al.*, 2018).

Na DPOC, o mecanismo da dispneia pode estar associado a uma sensação de esforço aumentado, também devido à compressão das vias aéreas e à hipóxia e hipercapnia, normalmente presente nas pessoas com esta patologia (Gonçalves, 2003).

Trata-se de um sintoma comum, podendo constituir-se como a principal manifestação de diversas patologias, nomeadamente as de origem respiratória, cardíaca, neuromuscular ou até psicogénica, sendo influenciada por fatores como ansiedade, depressão, condição física, obesidade e contexto sociocultural (Suha *et al.*, 2025). Quanto à duração, pode ser classificada como aguda, se surgir de forma súbita ao longo de horas ou dias, subaguda, quando se desenvolve progressivamente até quatro semanas, e crónica, quando persiste para além de quatro semanas (Suha *et al.*, 2025).

A avaliação da dispneia é essencial para determinar a gravidade da situação clínica, para o diagnóstico e orientar na gestão da DPOC. A sua avaliação pode ser realizada através de questionários, como a escala modificada do *Medical Research Council* (mMRC) e a *COPD Assessment Test* (CAT). A escala de mMRC (Anexo A) avalia a gravidade da dispneia baseando-se nas AVD's e apresenta uma pontuação que varia de 0 a 4 pontos. Esta escala correlaciona-se com outros parâmetros de avaliação multidimensional e constitui um importante preditor do risco de mortalidade futura. De forma geral, uma pontuação igual ou superior a 2 (mMRC ≥ 2) é indicativa de maior gravidade da dispneia com necessidade de hospitalização (SPMI, 2023). Por outro lado, a escala CAT (Anexo B) permite uma avaliação abrangente dos sintomas e/ou da dispneia. Trata-se de um questionário composto por 8 itens que avaliam o estado de saúde do doente com DPOC, abordando aspetos como a qualidade do sono, a autoconfiança e o impacto na vida diária. A pontuação varia entre 0 e 40 pontos, sendo que os valores iguais ou superiores a 10 (CAT ≥ 10) indicam maior gravidade da dispneia com necessidade de tratamento (SPMI, 2023).

A avaliação exige uma abordagem sistematizada, começando com uma anamnese e um exame físico detalhado, podendo ser complementada por exames complementares de diagnóstico, como exames de imagem torácica, eletrocardiograma e testes de função pulmonar. A abordagem terapêutica é baseada na identificação e no tratamento da causa subjacente, com o objetivo de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do doente (Suha *et al.*, 2025).

3.3. Impacto da DPOC na qualidade de vida

A DPOC tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, uma vez que as exacerbações e a progressiva deterioração do estado de saúde condicionam as atividades do quotidiano. A vida das pessoas passa a ser

marcada por um equilíbrio constante entre a vida anterior à doença, as limitações impostas pelos sintomas e pela necessidade de adaptação das atividades de vida diárias à energia disponível, uma vez que mesmo tarefas simples podem desencadear um maior cansaço e um agravamento sintomático nos dias seguintes (Johansson *et al.*, 2019).

As limitações físicas e a dispneia influenciam também a participação social e familiar. Apesar das pessoas com DPOC desejarem manter o convívio social e participar em atividades sociais, frequentemente sentem-se incapazes de acompanhar o ritmo dos outros, o que pode gerar sentimentos de dependência, frustração e a sensação de serem um fardo para a família. Consequentemente, muitas optam por permanecer em casa, favorecendo o isolamento social. Atividades como viajar, visitar familiares ou deslocarem-se em espaços públicos tornam-se particularmente desafiantes, sobretudo devido às dificuldades respiratórias associadas ao esforço físico, às alterações climáticas e à exposição a fatores ambientais, como odores, humidade, vento ou temperaturas extremas (Johansson *et al.*, 2019).

Além das repercussões físicas, a DPOC está associada a impacto emocional e psicológico significativo, uma vez que os problemas respiratórios aumentam o consumo energético, contribuindo para a fadiga e para a perda de peso, limitando ainda mais a capacidade funcional e podendo afetar a autoestima e a imagem corporal. O conhecimento de que se trata de uma doença crónica e sem cura, aliado aos sentimentos de culpa relacionados com o tabagismo, pode provocar sofrimento emocional, ansiedade e stress. Muitas pessoas esforçam-se por cessar o consumo de tabaco, reconhecendo-o como parte essencial do tratamento, mas enfrentam dificuldades nesse processo. Existe ainda um conflito constante entre a importância do exercício físico e a limitação provocada pelos sintomas, o que dificulta a manutenção da atividade física regular (Johansson *et al.*, 2019).

Para conseguirem lidar com as limitações impostas pela doença, as pessoas com DPOC desenvolvem diversas estratégias de adaptação, incluindo técnicas de controlo respiratório, gestão do esforço físico e reorganização das tarefas domésticas, de forma a lidar com o impacto emocional associado à doença. O equilíbrio entre autonomia e limitação torna-se um desafio constante, exigindo uma adaptação contínua às alterações do estado de saúde (Johansson *et al.*, 2019).

Assim, as pessoas com DPOC necessitam de desenvolver estratégias de adaptação para lidar com as exigências da vida quotidiana, uma vez que a

capacidade para realizarem atividades e planearem a sua vida depende frequentemente da forma como se sentem em cada dia (Johansson *et al.*, 2019).

3.4. Contributo da enfermagem na gestão da dispneia na pessoa com DPOC

A enfermagem assume um papel fundamental na gestão da dispneia na pessoa com DPOC, contribuindo para a melhoria da sintomatologia respiratória e do bem-estar psicológico. As intervenções constituem uma abordagem eficaz e acessível, e incluem estratégias educativas, exercícios respiratórios, apoio emocional e promoção da autogestão da doença. Estas intervenções favorecem um maior controlo dos sintomas, aumentam a adesão terapêutica e promovem uma melhoria da qualidade de vida, destacando-se a importância do enfermeiro na implementação de estratégias não farmacológicas nos cuidados à pessoa com DPOC (Dhakshnamoorthy *et al.*, 2025).

Entre as principais intervenções de enfermagem encontram-se os exercícios respiratórios, como a respiração com lábios semicerrados e a respiração diafragmática, frequentemente ensinados pelos enfermeiros como estratégias para aliviar a dispneia e melhorar o padrão respiratório (Dhakshnamoorthy *et al.*, 2025).

A promoção da atividade física e da reabilitação pulmonar representam igualmente uma área importante da intervenção de enfermagem na gestão da DPOC. Os programas de exercício físico demonstram benefícios significativos ao nível da capacidade funcional, tolerância ao esforço e redução das admissões hospitalares. Para além dos benefícios físicos, a prática regular de atividade física contribui também para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, frequentemente associados à limitação funcional e ao impacto psicológico da doença (Dhakshnamoorthy *et al.*, 2025).

As intervenções dirigidas ao bem-estar emocional assumem igualmente grande importância. Estratégias como técnicas de relaxamento, controlo da ansiedade e apoio emocional ajudam a reduzir o sofrimento psicológico associado à dispneia e à progressão da doença. A ansiedade e o medo frequentemente agravam a sensação de falta de ar, pelo que o apoio psicológico e emocional prestado pelo enfermeiro pode contribuir para uma melhor adaptação à doença e para a melhoria da qualidade do sono e do bem-estar geral (Dhakshnamoorthy *et al.*, 2025).

A educação para a autogestão da doença e para a utilização correta dos inaladores constitui também uma intervenção essencial da enfermagem. A

capacitação da pessoa para reconhecer sinais de agravamento, gerir corretamente a terapêutica e adotar estratégias de controlo sintomático promove maior adesão ao tratamento e reduz o recurso aos serviços de urgência (Dhakshnamoorthy *et al.*, 2025).

Desta forma, o enfermeiro desempenha um papel central na promoção da autonomia, prevenção de exacerbações e aumento da qualidade de vida da pessoa com DPOC.

3.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

No âmbito da área de enfermagem, as teorias constituem um pilar importante para sustentar a prática clínica. As teorias em enfermagem contribuem para a construção de um corpo de conhecimento próprio, orientam e fundamentam a prática profissional, reforçando ainda o reconhecimento da área com um conhecimento próprio (Silva & Nascimento, 2023).

Entre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, teoria considerada de médio alcance, aplicável em diferentes contextos, e que se centra na promoção do conforto da pessoa doente e da sua família, de forma que estes se envolvam nos cuidados (Silva & Nascimento, 2023).

Segundo a definição de Kolcaba (2003), enfermagem envolve a:

“avaliação intencional das necessidades de conforto, o planeamento de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades, e a reavaliação do conforto dos doentes ou da comunidade após a implementação das medidas de conforto, em comparação com uma linha de base anterior” (pp. 241-242).

Nesta perspetiva, o conforto assume-se como um objetivo central da prática de enfermagem e como um objetivo a alcançar após a implementação das intervenções de enfermagem.

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é entendido como um conceito complexo e abrangente, integrado numa visão holística da pessoa, correspondendo a uma experiência alcançada através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência vivenciadas em quatro diferentes contextos: o físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Desta forma, o conforto torna-se assim um resultado importante para a enfermagem, crucial para o doente e para o seu ótimo funcionamento (Kolcaba, 2003, as cited in Kolcaba, 1992).

Como Wykle (2003) escreveu no prefácio do livro de Kolcaba:

“Proporcionar conforto ao doente é parte fundamental da enfermagem. O conforto engloba a integração da preocupação com os aspetos espirituais, emocionais e físicos dos cuidados ao doente. De acordo com a Dra. Kolcaba, o conforto do paciente é um conceito muito complexo, rico, valioso e útil para a saúde. A propriedade fortalecedora do conforto é especialmente importante para os doentes que estão a tentar regressar aos níveis funcionais anteriores, que estão a passar por terapias extenuantes ou programas de reabilitação, ou que desejam morrer de forma digna. Tal como sugerido pela Dra. Kolcaba na Teoria do Conforto, os pacientes confortáveis recuperam melhor e curam-se mais rapidamente, poupando recursos preciosos para o sistema de saúde.” (p. xiii)

A enfermagem está intrinsecamente ligada ao conceito de cuidar, entendido como a capacidade de satisfazer as necessidades da pessoa através da implementação de intervenções que potenciem e promovam o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida do doente. Para que isto aconteça, é necessário um passo primordial, ou seja, o reconhecimento de que o conforto é uma necessidade válida como as outras (alimentação, higiene, entre outras), para que se institua um cuidado holístico e humanizado. Assim, a equipa de enfermagem deve intervir logo que identifique o problema, de modo a aliviar o sofrimento do doente e o seu desconforto (Silva & Nascimento, 2023).

Embora a teoria de Katharine Kolcaba tenha sistematizado e aprofundado este conceito, não foi a primeira a abordar o conforto em enfermagem. Outras teorias, como a Teoria Interpessoal de Peplau e a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, já haviam integrado o conforto nas suas abordagens (Silva & Nascimento, 2023).

Atualmente, o conforto é entendido como um fenómeno multidimensional que abrange diferentes domínios da nossa vida. Este é alcançado através de cuidados

percecionados como confortantes, resultantes do processo de interação entre o enfermeiro e aquele que é alvo dos seus cuidados, dependendo das características de ambos, bem como das competências e da experiência do profissional na prestação dos cuidados (Martins *et al.*, 2022).

Segundo a teoria de Kolcaba, o conforto integra três componentes fundamentais: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio corresponde a um estado que o doente alcança após a satisfação de uma necessidade específica. A tranquilidade representa um estado de calma e de bem-estar. A transcendência traduz-se na capacidade de o doente superar/aceitar a sua doença e conseguir-se elevar acima da dor ou da incapacidade que essa doença lhe traz, mesmo que esta não seja eliminada (Kolcaba, 2003).

Estes componentes manifestam-se em quatro contextos distintos. O conforto físico, que se relaciona com as funções corporais e sensações físicas, nomeadamente a dor ou outros sintomas associados à doença. O conforto psicoespiritual no qual a autora integra aspetos como a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o sentido atribuído à vida pelo doente, bem como as crenças e a espiritualidade. O conforto ambiental que diz respeito ao meio envolvente e às suas características, como a luz, o ruído e a temperatura. E por fim, o conforto sociocultural, relacionado com as relações interpessoais com os familiares, amigos e profissionais de saúde, bem como a cultura, as tradições e as condições socioeconómicas (Kolcaba, 2003).

A evidência demonstra que o conforto está associado a diversos antecedentes, como o desconforto, a angústia e o sofrimento, bem como a múltiplos consequentes, nomeadamente a redução da ansiedade, a melhoria da condição de saúde, o aumento da autoestima e uma maior capacidade de adaptação aos cuidados (Kolcaba, 2003). Segundo Kolcaba (2003), os doentes nos quais foram implementadas medidas de conforto e que se sentiram confortáveis, apresentaram uma recuperação mais rápida e maior tranquilidade no fim de vida, comparativamente àqueles em que não foram aplicadas medidas de conforto.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2019 (CIPE), o termo conforto significa “Condição: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (International Council of Nurses [ICN], s.d.). Realizando uma análise desta definição, esta evidencia uma abordagem predominantemente centrada na dimensão física do conforto, não contemplando a sua natureza multidimensional. Neste sentido, a teoria do Conforto de Kolcaba apresenta uma visão mais abrangente, resultando da satisfação das necessidades dos domínios físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Assim, torna-se evidente que a atuação do enfermeiro deve ultrapassar a avaliação exclusiva de sinais físicos e

integrar uma abordagem holística que permita responder de forma mais completa às necessidades da pessoa.

Importa ainda salientar que, segundo a perspetiva de Katharine Kolcaba, não existe um estado de conforto estático e plenamente alcançado em todas as suas dimensões, sendo antes um processo dinâmico e contínuo ao longo do tempo (Martins *et al.*, 2022).

No contexto da DPOC, a presença persistente de sintomas como a dispneia e a fadiga, associadas à limitação funcional e à progressão da doença, contribui significativamente para o aumento do desconforto percebido pelo doente, comprometendo não apenas o conforto físico, mas também o psicológico e social. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel importante na promoção do conforto, que deve ter como objetivo dos seus cuidados de enfermagem a promoção do conforto da pessoa, atendendo às suas necessidades nos domínios preconizados por Kolcaba, o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Nogueira, 2014).

A aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) no contexto da pessoa com DPOC revela-se pertinente, uma vez que esta patologia crónica e progressiva compromete diferentes dimensões do conforto e interfere de forma significativa com a experiência vivida pela pessoa. A dispneia, o cansaço a pequenos esforços e a limitação funcional progressiva influenciam diretamente o conforto físico, condicionando a satisfação das AVD's, também contribuindo para o aumento do desconforto vivenciado. Adicionalmente, toda a sintomatologia sentida vai influenciar o conforto psicoespiritual, na convivência com uma patologia crónica, frequentemente associada ao aumento da dependência, e pode afetar o autoconceito, a autoestima e a forma como a pessoa atribui o significado à própria vida.

A DPOC pode igualmente influenciar o conforto sociocultural, através da alteração das dinâmicas familiares, da necessidade de apoio por diferentes redes de apoio e da diminuição das interações interpessoais e da participação social. Por outro lado, o conforto ambiental assume-se relevante, já que existem fatores no ambiente que podem desencadear ou agravar a dispneia e o desconforto da pessoa com DPOC.

Neste sentido, a teoria de conforto de Kolcaba constitui um referencial teórico relevante para a compreensão da pessoa com DPOC numa perspetiva holística e multidimensional, permitindo identificar necessidades de conforto, enquadrar a experiência da dispneia e orientar intervenções de enfermagem que promovam alívio, tranquilidade e transcendência, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida.

4. Metodologia

O presente trabalho consiste numa revisão narrativa da literatura, com o objetivo de descrever o papel do enfermeiro e os cuidados de enfermagem na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada. A revisão narrativa, também designada por revisão tradicional, constitui um instrumento de síntese que permite analisar e descrever a literatura previamente publicada sobre uma determinada temática, tendo por base um referencial teórico e/ou contextual. Este tipo de revisão assume-se crucial na área de investigação, identificando lacunas e o desenvolvimento de novas ideias de investigação (Néné & Sequeira, 2022).

Na área da saúde, as revisões narrativas constituem uma metodologia que possibilita uma abordagem descritiva e interpretativa da literatura existente, integrando diferentes tipos de estudos. Esta metodologia permite analisar criticamente as principais conclusões dos estudos, identificar atualizações relevantes sobre determinados eixos temáticos e contribuir para a consolidação do conhecimento científico (Fernandes *et al.*, 2023). Metodologicamente, a revisão narrativa não apresenta uma estrutura rígida pré-definida (Néné & Sequeira, 2022) e os resultados podem ser apresentados sob a forma de uma síntese narrativa, com o objetivo de integrar e interpretar os principais achados dos estudos analisados, respondendo às questões de investigação e aos objetivos delineados (Sousa *et al.*, 2018).

Para a formulação da questão de investigação e orientar a seleção da literatura, recorreu-se à estratégia metodológica PCC (População, Conceito, Contexto), segundo o Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris *et al.*, 2024). Assim, na presente revisão, a população (P), corresponde a adultos com DPOC; o conceito (C) refere-se ao papel do enfermeiro e à gestão da dispneia; e o contexto (C) diz respeito ao internamento hospitalar. Posto isto, formulou-se a seguinte questão de investigação: "Qual o papel do enfermeiro e que cuidados de enfermagem são utilizados na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada?".

A pesquisa bibliográfica foi realizada através da consulta de bases de dados e de motores de busca, "Scopus", "PubMed" e "Google Académico", durante as duas últimas semanas de março. Com base no PCC previamente estabelecido, foram utilizados descritores em saúde (DeCs) e termos livres, nomeadamente: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, cuidados de enfermagem, gestão da dispneia e hospital. A partir destes, elaborou-se uma lista de descritores e termos livres com os operadores booleanos (AND/OR/NOT) e procedeu-se à adaptação linguística e de termos de indexação para as diferentes bases e motores, resultando nas seguintes frases booleanas:

Tabela 1 - Chaves Booleanas utilizadas nos motores de busca selecionados para obtenção do corpus de análise. Fonte: Autoria Própria.

Bases de dados / Motor de busca	Frase Booleana
PubMed	([Pulmonary Disease Chronic Obstructive (MeSH)] AND [Dyspnea management] AND [Nursing Interventions] AND [Hospital*] NOT ([Pediatric AND Rehabilitation])
Scopus	([chronic obstructive pulmonary disease (DeCs) OR copd] AND [dyspnea (DeCs) OR dyspnea management] AND [nursing OR nursing interventions OR nursing care (DeCs)] AND [hospital OR hospitalization]) e ([copd (DeCs)] AND [nursing interventions] AND [dyspnea (DeCs)])
Google Académico	([Pulmonary Disease Chronic Obstructive (DeCs) OR COPD] AND [Dyspnea management] AND [Nursing Care OR Hospital]), ([Pulmonary Disease Chronic Obstructive (DeCs) OR COPD] AND [Dyspnea self-management] AND [Nursing interventions OR Hospital]), ([pulmonary disease chronic obstructive (DeCs) OR copd] AND [Dyspnea self-management] AND [Nursing] AND [Hospital] NOT [Pediatric OR Primary care Or Rehabilitation]) e ([Pulmonary Disease Chronic Obstructive (DeCs) OR copd] AND [Dyspnea management] AND [Nursing] AND [Hospital*])

Relativamente ao período temporal, optou-se por delimitar a pesquisa aos últimos cinco anos, compreendidos entre 2021 e 2026, de forma a garantir uma maior atualização dos conhecimentos disponíveis nesta área.

Definiram-se como critérios de inclusão: (1) publicações entre 2021 e 2026; (2) publicações com texto completo, de acesso gratuito e disponíveis online; (3) publicações em língua portuguesa e inglesa; (4) publicações que incluíssem adultos com idade ≥ 18 anos e (5) publicações que envolvessem pessoas com DPOC, em contexto de internamento. Apesar do foco nos cuidados de enfermagem, foram admitidas publicações que abordassem intervenções de equipas multidisciplinares, sendo, neste caso, extraídos apenas os resultados relativos aos cuidados de enfermagem na gestão da dispneia. Foram excluídas publicações: (1) partilhadas fora do período temporal delimitado; (2) sem acesso ao texto integral e/ou de acesso pago; (3) que incluíssem participantes com idade inferior a 18 anos; (4) que envolvessem pessoas com DPOC, em contexto

comunitário exclusivo ou (5) cujo conteúdo focasse apenas na área de especialização de reabilitação.

As revisões constituem uma fonte importante de informação. Para que estas sejam efetivamente úteis, é necessário que sejam elaboradas com rigor e transparência, apresentando de forma clara os objetivos, os métodos de seleção dos estudos e dos resultados obtidos (Page *et al.*, 2021). De forma a garantir estes princípios, a seleção das publicações foi realizada por etapas. Numa primeira fase, procedeu-se à análise dos títulos e resumos, com o objetivo de avaliar a pertinência dos estudos face à temática e aos critérios previamente estabelecidos. Posteriormente, os artigos considerados elegíveis foram sujeitos a uma leitura de forma integral, permitindo uma análise mais aprofundada do seu conteúdo, nomeadamente dos resultados e da sua conformidade com os objetivos da revisão. Por fim, após definido o corpus de análise, organizou-se a informação extraída e elaborou-se a presente revisão narrativa.

Assim sendo, apresenta-se de seguida o PRISMA Flow Diagram, onde se encontra discriminado o processo de pesquisa, a identificação e a seleção do corpus da análise para a presente revisão.

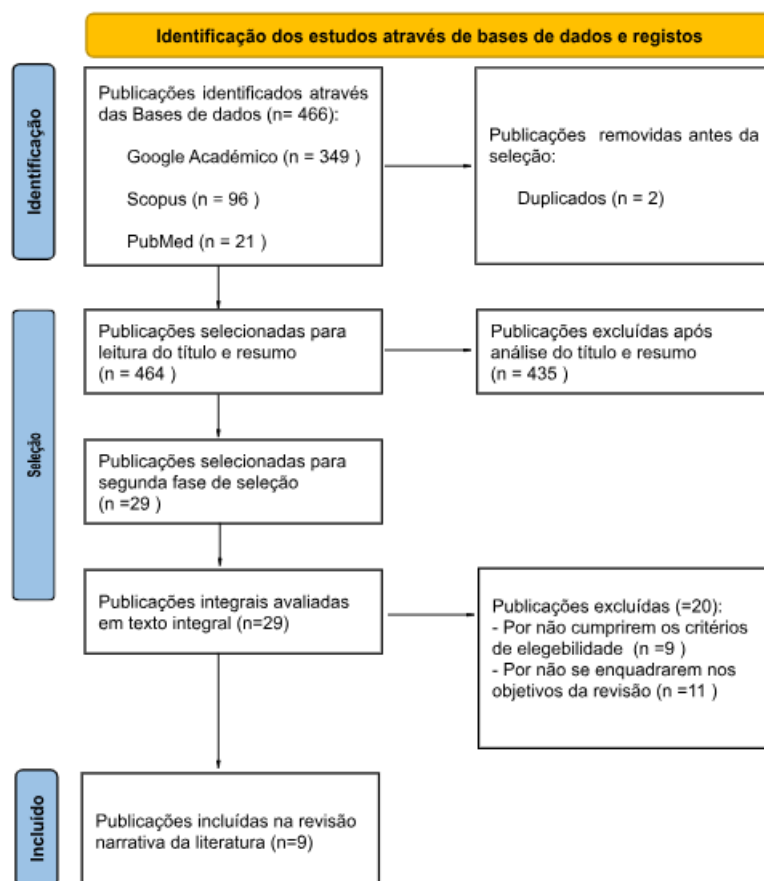


Figura 1 - PRISMA Flow Diagram (Adaptado de Page *et al.*, 2021).

5. Análise e Discussão de Resultados

Este capítulo está organizado de forma a analisar os resultados obtidos e, através destes, compreender o papel do enfermeiro, bem como os cuidados por si implementados na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada em contexto hospitalar. Numa primeira parte, apresenta-se a síntese global dos estudos incluídos, posteriormente, a discussão dos resultados que inclui as seguintes temáticas: avaliação da dispneia, intervenções de enfermagem na gestão da dispneia (farmacológicas e não farmacológicas), o papel do enfermeiro e, por fim, uma análise dos resultados à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, referencial teórico que sustenta a presente revisão. Também foi incluído um subcapítulo das expectativas relacionado com a presente narrativa, onde se exploram as limitações desta revisão e os desafios inerentes à sua condução.

Com base nas publicações seleccionadas, foi elaborada uma tabela de caracterização dos estudos (Tabela 2), organizada por ordem cronológica, desde a publicação mais antiga até à mais recente. Esta tabela é composta pelo título do artigo, país de origem, autor(es)/ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e principais resultados. O corpus de análise desta revisão é composto por nove publicações, seleccionadas de acordo com os critérios previamente definidos, os quais irão sustentar e aprofundar a discussão dos resultados.

Tabela 2 - Caracterização das publicações selecionadas/corpus de análise. Fonte: autoria própria.

Título	País	Autor(es)/Ano	Tipo de publicação	Objetivos	Resultados
“Effect of Self-Management Program on Health Status and Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease”	Irão	Ali Hasanpour Dehkordi, Farshad Heidari- Beni, Iman Reiszadeh, Masih Hosseini, Fereydoun Khajeh Ali (2022)	Estudo experimental semi-	Determinar o efeito de um programa de autogestão no estado de saúde e na gravidade da dispneia em pacientes com DPOC.	Este estudo apresenta instrumentos de avaliação da dispneia, e avalia um programa de autogestão e os seus contributos (intervenção não farmacológica). Os participantes no programa apresentaram uma melhoria no seu estado de saúde e redução da dispneia.
“The Effect of Inhaler Training on Self-Efficacy in Patients With COPD”	Indonésia	Hasby Pri Choiruna, Ratna Sitorus, I Made Kariasa (2022)	Estudo experimental quase-	Determinar o efeito do treino do uso do inalador na autoeficácia em doentes com DPOC.	Os resultados deste estudo demonstram que o treino, executado pela equipa de enfermagem, para o uso de inaladores, aumenta a autoeficácia dos doentes com DPOC. Verificou-se um aumento de 9,33 pontos após a intervenção e uma diferença significativa ao comparar com o grupo de controlo. Desta forma,

					conclui-se que o ensino sobre a técnica inalatória contribui para um aumento da confiança do doente e na gestão da dispneia. Estudo que reforça a importância do papel da equipa de enfermagem.
“Effects of symptom management program on selected health outcomes among older people with chronic obstructive pulmonary disease: a quasi-experimental study“	Tailândia	Kannikar Phuthornchai, Samoraphop Banharak, Ladawan Panpanit, Sutin Chanaboon (2023)	Estudo quase-experimental	Investigar os efeitos de um programa de gerenciamento de sintomas em desfechos de saúde selecionados em idosos com doença pulmonar obstrutiva crónica.	Apresenta instrumentos de avaliação da dispneia e a implementação de um programa de gestão de sintomas (intervenção não farmacológica) à população idosa com DPOC. A implementação do programa de gestão de sintomas contribuiu para a redução da dispneia e ajudou a melhorar a qualidade de vida. Não se verificaram melhorias na função pulmonar nem nas readmissões hospitalares.
“Nursing interventions to promote dyspnea self-management	Portugal	Helga Rafael Henriques, Andreia Correia, Tatiana Santos, José Faria,	Revisão narrativa	Identificar intervenções de enfermagem que possam melhorar a	Esta revisão identificou intervenções farmacológicas e não

of complex chronic patients: An integrated review “		Diana Sousa, Joana Portela, Joana Teixeira (2024)		autogestão de doentes com doenças crónicas complexas, aumentando assim o controlo sobre a dispneia crónica.	farmacológicas. Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão evidenciam uma melhoria da dispneia, aumento da autogestão da doença e melhoria da qualidade de vida dos doentes. Esta revisão também demonstrou que as intervenções de enfermagem são essenciais, promovem a capacitação dos doentes e contribuem para uma melhor gestão da dispneia crónica.
“Application of Fan Therapy in Alleviating Dyspnea”	China	Yayuan Tan, Gaosheng Zhou, Xueli Li, Zhaohui Zhang, Fu Ni & Min Liu (2025)	Revisão narrativa	Resumir o progresso da terapia com ventilador em aplicações médicas, fornecendo referências para pesquisas e tratamentos clínicos	Os estudos presentes nesta revisão demonstram que a terapia com ventilador apresenta benefício para o alívio da dispneia, sobretudo em doentes com doença pulmonar, onde se inclui a DPOC. Os resultados são:

				relacionados.	a diminuição da dispneia, uma melhoria da recuperação após exercícios e um aumento do controlo dos sintomas da doença.
“Effect of Gamification on Improved Adherence to Inhaled Medications in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Randomized Controlled Trial”	China	Xiting Huang, Zhili Jiang, Yifan Dai, Yang Liu, Ziyang Dai, Jing Wang, Liping Chen, Zhiqian Wang, Wenxiao Wu, Lihua Huang (2025)	Estudo Clínico Controlado Randomizado	Explorar a eficácia de um programa educativo sobre medicação inalada (website Inhaling-Health), baseado no Modelo Comportamental de Fogg e em princípios de gamificação, na adesão à terapêutica inalada e noutros resultados relacionados com a saúde em doentes com DPOC.	Este estudo verificou que a implementação deste programa sobre a terapêutica, pode melhorar a adesão terapêutica, a técnica inalatória, a função pulmonar e a qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como reduzir a gravidade da dispneia, sintomas físicos e risco de exacerbações agudas em doentes com DPOC.
“Gestão não farmacológica da dispneia na pessoa em situação paliativa”	Portugal	Ana Martins Margarida Gonçalves (2025)	Relatório de estágio	Descrever estratégias e atividades desenvolvidas no alívio da dispneia em pessoas em	O relatório de estágio permitiu explorar estratégias não farmacológicas na gestão da dispneia.

				situação paliativa ao longo de um estágio curricular para obtenção do título em mestre em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação paliativa.	
“Effects of emergency nursing interventions on the outcome of patients with chronic obstructive pulmonary disease”	China	Fengxian Zhang, Pan Zhu (2025)	Estudo Clínico Controlado Randomizado	Explorar o impacto das intervenções de enfermagem de emergência nos resultados de pacientes com DPOC.	O estudo demonstrou que as intervenções de enfermagem de emergência melhoravam a função pulmonar, os parâmetros gasométricos e a tolerância ao exercício físico. Também existiu uma redução da dispneia, através da utilização de estratégias não farmacológicas.
“The Impact of Psychological Nursing Combined with Respiratory Training on Mental Health Pulmonary	China	Ling Chu, Yanan Yang (2025)	Estudo retrospectivo	Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem psicológica e treino respiratório nos níveis de ansiedade	Este estudo demonstrou que a associação de intervenções de enfermagem com foco psicológico e o treino respiratório em doentes

Function, and Quality of Life In Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Retrospective Analysis“				e depressão, na função pulmonar, na dispneia, na tolerância ao exercício e na qualidade de vida dos doentes com DPOC.	com DPOC promovem uma redução da dispneia, melhoria da função pulmonar e aumento da tolerância ao esforço. São apresentados instrumentos de avaliação da dispneia, intervenções não farmacológicas (respiração diafragmática, respiração com lábios semicerrados, técnicas de relaxamento, educação para a saúde, etc.). Também apresenta uma ênfase no papel do enfermeiro que se assume no estudo com um papel central.
---	--	--	--	---	---

As publicações incluídas no corpus de análise apresentam diversos instrumentos de avaliação da dispneia e descrevem a implementação de estratégias farmacológicas e, sobretudo, não farmacológicas para o seu controlo em pessoas com DPOC.

De um modo geral, estas intervenções evidenciam benefícios na redução da dispneia, com repercussões positivas na qualidade de vida. Destaca-se ainda o papel da enfermagem, amplamente referido nos estudos, nomeadamente na avaliação da dispneia, na implementação de intervenções promotoras da sua gestão e na capacitação das pessoas para o autocuidado.

Relativamente à distribuição geográfica dos estudos incluídos, verifica-se uma predominância de publicações provenientes da China ($n = 4$) e de Portugal ($n = 2$), como se pode analisar no gráfico 1. No que diz respeito ao ano de publicação, verificou-se a inclusão de estudos recentes, destacando-se cinco publicações do precedente ano, como se pode observar no gráfico 2, o que evidencia o interesse crescente pela temática da gestão da dispneia, reforçando assim a sua relevância.

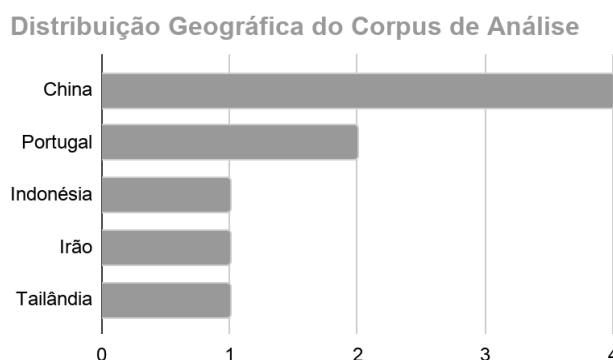


Gráfico 1: Distribuição Geográfica do Corpus de Análise. Fonte: Autoria Própria.

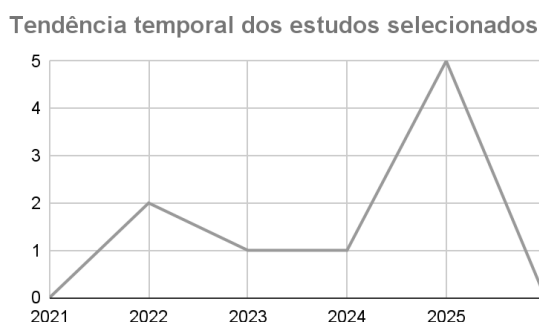


Gráfico 2: Tendência temporal dos estudos selecionados. Fonte: Autoria Própria.

5.1. Avaliação da dispneia

Na presente revisão narrativa, verifica-se que a avaliação da dispneia é uma componente essencial na abordagem à pessoa com DPOC internada, cabendo à equipa de enfermagem um papel determinante na sua monitorização e na implementação de intervenções apropriadas. As publicações analisadas evidenciaram a utilização de diferentes instrumentos de avaliação que permitem quantificar a intensidade e avaliar o impacto funcional que este sintoma tem, bem como verificar a evolução clínica após a implementação de algumas estratégias.

Entre os instrumentos frequentemente utilizados destaca-se a escala *Modified Medical Research Council* (mMRC) (Anexo A), identificada em vários estudos incluídos na revisão. No estudo de Dehkordi *et al.* (2022), a dispneia foi avaliada através desta escala, tendo sido considerada um instrumento válido, de fácil aplicação e que permite avaliar a limitação funcional associada à dispneia na execução das AVD's. A mMRC apresenta-se pontuada entre 0 e 4, sendo que 0, a pessoa não tem falta de ar exceto em caso de exercício intenso, e um 4 significa que tem uma limitação funcional quase completa, por exemplo com dispneia em repouso.

Também Phuthornchai *et al.* (2023) recorreram à mMRC, reforçando a relevância deste instrumento, como também recorreram à utilização do *COPD Assessment Test* (CAT) (Anexo B). Neste estudo, em complemento à mMRC e ao CAT também foi utilizada a Escala Visual Analógica de Dispneia (DVAS), escala frequentemente utilizada na avaliação da dispneia em pessoas com DPOC. Esta consiste numa linha com pontuação de 0 a 100, em que numa extremidade se encontra a indicação “ausência de dispneia” e na outra “pior dispneia imaginável”. A pessoa deve assinalar o ponto que melhor representa a intensidade da dispneia percebida, sendo que quanto maior a pontuação, maior a percepção da dispneia.

De forma semelhante, Chu e Yang (2025) utilizaram a mMRC na pessoa com DPOC internada, demonstrando a sua utilidade na monitorização da evolução do estado clínico da pessoa durante o internamento, e após a instituição de intervenções, permitindo assim adequar os cuidados prestados aos doentes e compreender a eficácia dos mesmos.

A revisão de Henriques *et al.* (2024) reforça igualmente a importância da mMRC, evidenciado que a gravidade da dispneia avaliada por esta escala está associada a maior risco de mortalidade, com valores que aumentam de 26% no grau 1 para 155% no grau 4, demonstrando não só o impacto funcional da dispneia, mas também um indicador de prognóstico da doença.

Outros estudos incluídos na revisão, nomeadamente Huang *et al.* (2025) e Zhang e Zhu (2025), identificaram a utilização do CAT (Anexo B), um instrumento

que permite avaliar não só a dispneia e outros sintomas, mas também o impacto da DPOC na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa.

O relatório de estágio de Gonçalves (2025) refere que uma gestão eficaz da dispneia depende de uma avaliação rigorosa. Segundo esta autora, que tem por base as recomendações da *European Society for Medical Oncology* (ESMO), a avaliação da dispneia deve ser abrangente e detalhada, contemplando não apenas a sua intensidade, mas também o impacto que esta tem na qualidade de vida da pessoa e nos fatores desencadeantes e de agravamento. Neste relatório, são ainda referidos outros instrumentos, como a escala numérica de avaliação, descrita por Banzett e Moosavi (2017), a qual é amplamente utilizada na prática clínica e se caracteriza pela sua simplicidade e por variar entre 0 e 10, permitindo avaliar a intensidade da dispneia. A escala de Borg (Anexo C) é igualmente mencionada como um instrumento que possibilita quantificar a dispneia, particularmente no contexto do esforço durante a atividade física, permitindo não só avaliar a sua intensidade, mas também o seu impacto na qualidade de vida. Por sua vez, a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), frequentemente utilizada em cuidados paliativos, permite não apenas a avaliação da dispneia, mas também a intensidade de outros sintomas, contribuindo para uma visão global da pessoa.

Assim, os resultados demonstram que a avaliação da dispneia deve assumir um carácter multidimensional e contínuo, recorrendo a instrumentos adequados, sendo que a utilização complementar de mais do que uma escala pode ser relevante para uma avaliação mais abrangente e rigorosa. Adicionalmente, o uso de escalas permite uma maior objetividade na avaliação do sintoma e promove o uso de uma linguagem comum, que facilita a comunicação entre os profissionais da equipa de saúde.

5.2. Intervenções de enfermagem na gestão da dispneia

A análise dos estudos selecionados evidencia que a gestão da dispneia na pessoa com DPOC deve integrar diversas estratégias, que promovem o seu alívio e a melhoria da sua qualidade de vida. Foram identificadas nos estudos analisados intervenções farmacológicas e, sobretudo, não farmacológicas.

5.2.1. Intervenções farmacológicas

De acordo com Henriques *et al.* (2024), as intervenções farmacológicas assumem um papel fundamental no controlo da dispneia, contribuindo para a redução da intensidade dos sintomas e para a melhoria da qualidade de vida dos

indivíduos. Uma gestão terapêutica correta implica que a pessoa compreenda o regime medicamentoso prescrito e desenvolva competências para uma utilização segura, assegurando uma maior autonomia e uma participação ativa no controlo da doença. Estes ainda referem que a oxigenoterapia de curta duração demonstra benefícios durante o esforço físico.

Nos estudos de Phuthornchai *et al.* (2023) e de Dehkordi *et al.* (2022), embora o foco incida maioritariamente nas estratégias não farmacológicas, os autores referem que a utilização e administração correta de terapêutica, associadas ao treino da técnica inalatória, contribuem para aumentar a eficácia do tratamento e, consequentemente, reduzir a dispneia.

Destacam-se como intervenções farmacológicas, a oxigenoterapia, a administração de antibióticos, os anti-inflamatórios e a terapêutica inalatória como os broncodilatadores e os corticosteroides. Estas abordagens terapêuticas contribuem para a redução do desconforto respiratório, melhoria da ventilação e aumento da tolerância ao esforço, em particular a oxigenoterapia suplementar de curta duração. Por outro lado, o recurso a broncodilatadores tem vindo a aumentar, sobretudo em indivíduos com comorbilidades, disfunção cardiopulmonar e maior limitação nas AVD's (Henriques *et al.*, 2024).

Ao contrapormos os resultados da presente revisão com evidência externa, nomeadamente com o estudo de Kim & Park (2020), verifica-se que cerca de 70,9% dos participantes apresentavam padrões de sobredosagem terapêutica, uma situação associada a um maior risco de efeitos adversos e complicações. Estes dados reforçam a importância de uma gestão farmacológica adequada, sustentada na educação terapêutica e na monitorização contínua, de forma a promover uma utilização segura e eficaz da medicação (Henriques *et al.*, 2024).

No estudo de Gonçalves (2025), a autora refere que, embora o foco do seu trabalho incida nas intervenções não farmacológicas, a gestão da dispneia pode e deve incluir medidas farmacológicas. Acrescenta que, em determinadas situações, a combinação de ambas as abordagens permite um melhor controlo do sintoma, reforçando a necessidade de um tratamento individualizado e ajustado à condição clínica da pessoa, de forma a promover o máximo de conforto e qualidade de vida.

Importante referir que, embora os estudos/publicações analisadas incidam maioritariamente em intervenções não farmacológicas, a Norma da Direção-Geral da Saúde (Norma 005/2019), enquanto documento orientador, reforça a relevância de terapêutica farmacológica na abordagem da pessoa com DPOC. Esta preconiza que a prescrição seja adequada à gravidade da doença, tendo por base a avaliação da dispneia através da escala mMRC e do número de exacerbações no último ano (DGS, 2019).

De acordo com esta norma, o tratamento farmacológico pode incluir broncodilatadores inalatórios de curta e longa duração, como agonistas adrenérgicos β_2 e anticolinérgicos, que podem ser utilizadas em monoterapia ou concomitantemente, tendo em conta a sintomatologia da pessoa, a gravidade do estado clínico e a sua evolução. A terapêutica com broncodilatadores inalados constitui a base de tratamento farmacológico da DPOC, contribuindo para a prevenção e redução dos sintomas, nomeadamente da dispneia, bem como a diminuição de exacerbações da doença. A combinação de broncodilatadores de diferentes classes farmacológicas pode ajudar a aumentar a eficácia terapêutica e apresentar menores efeitos adversos quando comparados com o aumento da dose de um único broncodilatador. Em situações de maior gravidade ou em casos de manutenção de dispneia e agudizações frequentes, pode ser necessário associar corticosteroides inalados. Perante a ocorrência de uma agudização da doença, o tratamento pode incluir antibioterapia, corticoterapia sistémica e oxigenoterapia (em pessoas com hipoxemia, até saturações alvo 88-92%) (DGS, 2019).

Para além das intervenções farmacológicas dirigidas para o controlo de sintomas, a norma 005/2019 da DGS recomenda igualmente a vacinação anual contra a gripe e a vacinação antipneumocócica como medidas preventivas na pessoa com DPOC. Embora estas estratégias não atuem diretamente no alívio da dispneia, contribuem para a prevenção de infeções respiratórias e posterior agudização da doença, prevenindo assim a exacerbação dos sintomas (DGS, 2019).

Embora os estudos incluídos na revisão não abordem a utilização de opioides no controlo da dispneia, a evidência proveniente de orientações para a gestão de sintomas sugere que estes fármacos podem constituir uma opção terapêutica eficaz em situações de dispneia, particularmente em pessoas com doença avançada ou em contexto de fim de vida. Segundo Freire (2020), os opioides, nomeadamente a morfina, apresentam eficácia no alívio da dispneia independente da sua etiologia. Segundo a mesma autora, a ansiedade está frequentemente associada à dispneia, podendo agravar este sintoma, pelo que, pode-se ponderar a utilização de benzodiazepinas como terapêutica adjuvante. A associação destas duas classes farmacológicas pode contribuir para um maior controlo sintomático, permitindo doses mais reduzidas de cada fármaco. Adicionalmente, existem outras terapêuticas, como broncodilatadores, corticosteroides (referidos anteriormente) e diuréticos, caso a etiologia da dispneia seja proveniente de congestão e/ou sobrecarga hídrica.

Estas orientações reforçam a importância de uma abordagem terapêutica individualizada e ajustada a cada caso, a fim de promover um controlo

sintomático. Importante referir que a prescrição da terapêutica é de competência médica, no entanto, o enfermeiro assume um papel importante na administração da medicação prescrita, na vigilância da resposta terapêutica, na monitorização da evolução clínica e na capacitação da pessoa na correta administração da técnica inalatória e na promoção da adesão terapêutica.

5.2.2. Intervenções não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas assumem um papel importante na gestão da dispneia na pessoa com DPOC, contribuindo para a redução da intensidade do sintoma, a melhoria da função pulmonar, o aumento da tolerância ao esforço e a promoção da qualidade de vida. Os estudos analisados evidenciam estratégias de educação para a saúde, programas de autogestão da doença, exercícios respiratórios, apoio psicológico e outras estratégias que se demonstraram eficazes na redução da dispneia. Segundo a literatura analisada por Gonçalves (2025), estas intervenções devem ser integradas numa abordagem holística e individualizada, tendo em conta as necessidades de cada pessoa.

A) Programas de autogestão

A promoção do autocuidado e da autogestão da doença destacou-se como uma das principais intervenções de enfermagem na gestão da dispneia. O estudo de Dehkordi *et al.* (2022) demonstrou que a implementação de um programa de autogestão, iniciado ainda durante o internamento da pessoa com DPOC e mantido no pós-alta durante três meses consecutivos, permitiu melhorar o controlo da sintomatologia e reduzir a dispneia, com efeitos observáveis ainda durante o período de internamento e que se prolongam ao longo do tempo.

O programa baseava-se em intervenções de educação para a saúde incluindo: informação sobre a doença e fatores de risco (incentivo à cessação tabágica); reconhecimento precoce de agudizações da doença; gestão da dispneia; aconselhamento nutricional; exercícios para aumentar a tolerância ao esforço e promoção à adesão terapêutica e a sua correta administração (técnicas inalatórias). Os resultados evidenciaram uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Estas sessões decorreram durante quatro semanas consecutivas, com uma sessão em cada semana e no final de cada sessão foi entregue material de apoio (livros informativos) (Dehkordi *et al.*, 2022).

De forma semelhante, Phuthornchai *et al.* (2023) verificaram que programas centrados no controlo de sintomas favorecem a capacitação dos doentes para lidar com a dispneia, promovendo uma redução da mesma.

Para Henriques *et al.* (2024), os programas educativos e de autogestão constituem uma intervenção não farmacológica eficaz na gestão da dispneia nas pessoas com DPOC, permitindo melhorar a autoeficácia, o controlo dos sintomas, a capacidade funcional e a sua qualidade de vida. A inclusão de estratégias como a educação para a saúde, o treino respiratório, técnicas de controlo da dispneia, capacitação para tomada de decisão e a reabilitação respiratória com intervenção de enfermeiros de reabilitação e de fisioterapeutas, contribuem para uma maior autonomia dos doentes, reduzindo assim a sua perceção de falta de ar e uma menor utilização dos serviços de saúde.

A utilização correta de medicação constitui igualmente uma componente muito importante no autocuidado. Choiruna *et al.* (2022) reforçam a importância da utilização correta de inaladores na redução dos sintomas respiratórios em indivíduos com DPOC. A diminuição da dispneia e do desconforto respiratório contribui para melhorias a nível fisiológico e psicológico, promovendo uma maior perceção de capacidade para lidar com as dificuldades respiratórias. Neste contexto, o treino adequado na utilização de inaladores assume um papel relevante no aumento da autoeficácia e na capacitação da pessoa para a gestão da doença. Henriques *et al.* (2024) partilham da mesma perspetiva, reforçando que a educação para a saúde sobre a gestão medicamentosa capacita as pessoas e promove maior autonomia, adesão ao tratamento e participação ativa no autocuidado. Neste âmbito, é fundamental assegurar que as pessoas compreendam os princípios da oxigenoterapia e dominem as técnicas de inalação, incluindo a utilização adequada de dispositivos inalatórios, de forma a maximizar a eficácia terapêutica (Henriques *et al.*, 2024).

Zhang e Zhu (2025) incluíram no seu estudo a supervisão da adesão ao regime terapêutico, a educação para a saúde e o acompanhamento pós-alta, através de um canal de comunicação *online*. Estas intervenções contribuíram para uma melhoria dos resultados e uma capacidade de gestão da doença por parte das pessoas com DPOC.

As aplicações digitais e plataformas *web* têm surgido como ferramentas inovadoras de apoio à autogestão, permitindo uma monitorização contínua dos sintomas, a deteção precoce de exacerbações e o acesso à informação relacionada com o controlo de sintomas, inclusive da dispneia, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz da DPOC e da dispneia (Henriques *et al.*, 2024).

Esta perspetiva é corroborada por Huang *et al.* (2025), que avaliaram a eficácia de um programa de educação gamificada sobre a terapêutica inalatória, através de uma plataforma digital denominada de “*Inhaling-Health*”. Os autores verificaram melhorias significativas na adesão à terapêutica inalatória, na técnica

de utilização dos inaladores, na literacia em saúde, na função pulmonar e na qualidade de vida. Verificou-se ainda uma redução da dispneia e do número de exacerbações, demonstrando assim que as ferramentas digitais podem ser uma estratégia benéfica para a promoção da autogestão na pessoa com DPOC.

A autogestão eficaz produz benefícios a curto e longo prazo. A curto prazo, melhora a capacidade de reconhecer alterações na respiração, permitindo implementar o mais precocemente estratégias de controlo de sintomas. A longo prazo, a autogestão traduz-se numa melhoria na qualidade de vida, uma redução das agudizações e, conseqüentemente, uma diminuição da utilização dos serviços de saúde, nomeadamente dos internamentos hospitalares (Henriques *et al.*, 2024).

As recomendações da DGS reforçam a importância da educação terapêutica e a correta utilização dos dispositivos inalatórios. A Norma 005/2019 recomenda que a técnica seja avaliada no ato da prescrição dos dispositivos e nas consultas posteriores, devendo ser realizada a demonstração e a reavaliação da técnica. Estas orientações vão ao encontro dos resultados apresentados, que evidenciam a importância do treino da técnica inalatória (DGS, 2019).

O contexto hospitalar constitui uma oportunidade privilegiada para capacitar as pessoas com DPOC, permitindo aos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, realizarem intervenções de educação para a saúde, treinos respiratórios, promover a adesão terapêutica e reforçar a correta utilização da terapêutica, promovendo assim nas pessoas a aquisição de competências para a gestão da dispneia. Contudo, para garantir a continuidade dos cuidados, é crucial que ocorra uma articulação entre a equipa de enfermagem do internamento e os profissionais presentes na comunidade. Esta continuidade favorece a manutenção de comportamentos promotores de autocuidado e reforça a autogestão da doença, contribuindo para uma melhor gestão da dispneia.

B) Exercícios respiratórios e melhoria da função pulmonar

Muitos artigos referem os exercícios respiratórios como sendo uma estratégia não farmacológica importante para o controlo da dispneia (Chu & Yang, 2025; Henriques *et al.*, 2024; Phuthornchai *et al.*, 2023; Zhang e Zhu, 2025).

Phuthornchai *et al.* (2023) referem que a respiração diafragmática e a respiração com os lábios semicerrados são estratégias que ajudam a melhorar a função pulmonar e aliviar a dispneia.

Resultados semelhantes foram encontrados por Chu & Yang (2025), que implementaram intervenções de treino respiratório progressivo a nível hospitalar. Este promoveu uma melhoria da mobilidade diafragmática, melhoria da ventilação

alveolar e alívio da dispneia. O programa incidia principalmente em exercícios de respiração diafragmática e na respiração com os lábios semicerrados, realizados de forma regular (todos os dias, duas vezes por dia, cada sessão com duração de 20 minutos) e progressiva, durante 12 semanas.

A respiração diafragmática consistia na inspiração nasal durante quatro segundos e na expiração oral durante seis segundos, promovendo assim uma respiração mais profunda. Por sua vez, a respiração com os lábios semicerrados favorecia um tempo expiratório superior ao inspiratório, o que promovia uma redução da resistência na via aérea, uma redução da hiperinsuflação pulmonar e uma melhoria da ventilação alveolar (diminuição da retenção do CO₂) (Chu & Yang, 2025).

Após a implementação destes exercícios, associados conjuntamente com outras intervenções, os autores verificaram uma melhoria da função pulmonar e uma redução dos níveis de dispneia avaliados através da escala mMRC. Foi igualmente observada uma melhoria da capacidade funcional, traduzida pelo aumento da tolerância ao exercício (Chu & Yang, 2025).

Henriques *et al.* (2024) reforçam estes resultados, referindo que as estratégias de conservação de energia, como períodos de repouso entre as atividades, a inspiração profunda seguida da expiração prolongada, a respiração diafragmática e a respiração com os lábios semicerrados contribuem para melhorar o padrão respiratório, fortalecer os músculos respiratórios e reduzir a dispneia.

Zhang e Zhu (2025), verificaram que as intervenções de enfermagem centradas no treino respiratório contribuem para a melhoria da função ventilatória na pessoa com DPOC. Entre as intervenções implementadas destacam-se a respiração diafragmática, os exercícios de expansão toracoabdominal, a massagem nas costas (com o objetivo de promover uma respiração suave), o treino de tosse eficaz e as estratégias de permeabilização das vias aéreas. Os autores salientam ainda a importância da monitorização da oxigenoterapia, da utilização de humidificadores e da sua manutenção, bem como a aspiração de secreções, nos casos em que a eliminação de secreções é ineficaz. Estas intervenções favorecem a otimização da função pulmonar e, consequentemente, auxiliam na prevenção de episódios de dispneia e na diminuição da severidade destes.

Para além destas estratégias identificadas nos estudos analisados, existem outras intervenções não farmacológicas frequentemente utilizadas em contexto hospitalar na gestão da dispneia da pessoa com DPOC. Entre estas destaca-se a Ventilação Não Invasiva (VNI), frequentemente utilizada em situações de agudização da doença associada a insuficiência respiratória, constituindo o plano

preferencial para este tipo de doentes. A VNI promove a melhoria das trocas gasosas, reduz o trabalho respiratório e contribui para a diminuição da dispneia (APMGF, 2021). Adicionalmente, esta intervenção é associada a uma redução da necessidade de ventilação invasiva, do tempo de internamento e de mortalidade de pessoas com DPOC (APMGF, 2021; DGS, 2019).

C) Intervenções psicológicas

As comorbilidades do foro psíquico, particularmente a ansiedade e a depressão são frequentes nas pessoas com DPOC e encontram-se frequentemente associadas ao agravamento da dispneia e à diminuição da qualidade de vida (Chu & Yang, 2025; Gonçalves, 2025; Zhang e Zhu, 2025).

Neste contexto, Chu & Yang (2025) avaliaram os efeitos que a associação de intervenções psicológicas e de reabilitação pulmonar teriam em pessoas com DPOC. Os resultados demonstraram uma diminuição significativa nos níveis de dispneia, uma melhoria da função pulmonar, da tolerância ao exercício físico, da estabilidade emocional e da qualidade de vida.

No âmbito das intervenções psicológicas, os autores recorreram a estratégias de comunicação empática, gestão de expectativas, a promoção de mecanismos de *coping* adaptativos e o reforço positivo, com o objetivo de reduzir a ansiedade e facilitar a adaptação do doente à doença. Adicionalmente, utilizaram técnicas de relaxamento, tais como exercícios de respiração profunda e lenta, meditação e musicoterapia (Chu & Yang, 2025). Esta abordagem encontra-se suportada pela literatura analisada por Gonçalves (2025), que identifica intervenções como *mindfulness*, meditação e relaxamento muscular progressivo como contributos para a redução da ansiedade, a qual está intimamente ligada ao agravamento da dispneia.

Os autores concluíram que a combinação de estratégias respiratórias e psicológicas apresenta resultados superiores aos obtidos se estas intervenções fossem implementadas isoladamente, reforçando assim uma visão multidimensional para a gestão da dispneia.

Também Zhang e Zhu (2025), reforçaram a importância das intervenções psicológicas na pessoa com DPOC. No estudo, a implementação de aconselhamento psicológico diário, técnicas de relaxamento e estratégias de suporte emocional contribuiu para uma redução dos níveis de ansiedade e depressão. Segundo os autores, esta diminuição do sofrimento psicológico, promove uma melhoria da autogestão em doentes com DPOC. Esta evidência reforça a importância de uma visão holística da pessoa com DPOC internada, uma vez que a gestão da dispneia não depende exclusivamente da função respiratória, mas também do controlo de fatores emocionais.

D) Outras intervenções complementares

Entre as intervenções complementares, Chu & Yang (2025) referem a implementação de um plano alimentar individualizado, baseado numa dieta hipercalórica e hiperproteica. Nesta linha, Zhang e Zhu (2025) reforçam a importância da intervenção nutricional na pessoa com DPOC, tendo implementado planos alimentares individualizados com o objetivo de promover a adoção de uma alimentação saudável, caracterizada pela ingestão adequada de vitaminas, calorias, fibras e proteínas, bem como pela redução do consumo de sal e de alimentos ricos em gorduras. Adicionalmente, torna-se pertinente considerar a importância de uma alimentação fracionada, particularmente em pessoas que apresentam dispneia e fadiga durante a ingestão alimentar, de forma a facilitar a tolerância ao esforço e assegurar um adequado aporte nutricional.

Também como intervenção complementar não farmacológica e de fácil implementação, constitui a intervenção com recurso a uma ventoinha. Tan *et al.* (2025) referem que a terapia com ventoinha (*fan therapy*) é uma intervenção não farmacológica económica, não invasiva e de fácil implementação, que demonstra benefícios no alívio da dispneia nas pessoas com DPOC. O fluxo de ar direcionado para a face diminui a sensação de falta de ar, reduzindo assim a intensidade da dispneia. Esta terapia pode melhorar a dispneia através de mecanismos fisiológicos e neurológicos, na medida em que o fluxo de ar atua como um estímulo de distração, promove o relaxamento, influencia a perceção da dispneia, contribui para a redução da ansiedade associada ao sintoma e promove uma maior sensação de controlo por parte do doente (Gonçalves, 2025; Tan *et al.*, 2025). Contudo, os seus efeitos a longo prazo ainda não se encontram devidamente comprovados, sendo necessária mais evidência científica. Por outro lado, alguns utentes referem desconforto, devido ao fluxo de ar frio, o que limita a aceitação e a utilização generalizada na prática clínica.

A literatura analisada por Gonçalves (2025) refere ainda a importância de intervenções simples relacionadas com o posicionamento da pessoa, como a adoção da posição de sentado e a elevação da cabeceira da cama, mantendo o correto alinhamento corporal, o que favorece a expansão da caixa torácica e as trocas gasosas.

Por fim, Gonçalves (2025), através de literatura analisada, identifica outras intervenções complementares benéficas para a gestão da dispneia, como técnicas de relaxamento, musicoterapia e algumas abordagens cognitivo-comportamentais, como o ioga, alongamentos e a avaliação de necessidades espirituais.

5.3. O Papel do enfermeiro

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciam que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada, através da implementação de intervenções dirigidas ao controlo sintomático, à promoção da autogestão da doença e ao aumento da literacia em saúde destas pessoas. Na sua globalidade, estas intervenções contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DPOC, quer na fase de internamento, quer no período pós-alta.

No estudo de Dehkordi *et al.* (2022), o enfermeiro assumia um papel crucial ao longo da implementação do programa, sendo responsável pela condução de sessões de educação para a saúde, bem como pelo treino e demonstração de técnicas de inalação corretas. Acompanhava regularmente os doentes, promovendo, assim, uma implementação eficaz deste programa de autogestão, que resultou na redução da dispneia e na melhoria do estado de saúde dos doentes.

Como Chu & Yang (2025) comprovaram, tem-se vindo a dar destaque à implementação e aplicação de intervenções de enfermagem não farmacológicas. Estas assumem um papel fundamental na gestão da doença, pois permitem ao enfermeiro atuar não só ao nível dos sintomas físicos, mas também ao nível de sintomas psicológicos, ao reduzir a ansiedade e depressão sentidas pelos doentes. Estas intervenções promovem uma melhoria da qualidade de vida, o alívio de outros sintomas e um aumento da autoconfiança do doente na gestão da sua saúde, tornando a integração destas estratégias terapêuticas multidimensionais fundamentais para uma abordagem holística e eficaz no cuidado à pessoa com DPOC.

Henriques *et al.* (2024), afirmam que os enfermeiros assumem um papel fundamental no apoio à autogestão da dispneia crónica em indivíduos com doenças complexas e crónicas. As suas intervenções contribuem significativamente para a capacitação da pessoa através da promoção de conhecimentos, desenvolvimento de competências de autocuidado e incentivo à adesão ao regime terapêutico. De forma global, estas medidas podem associar-se à diminuição da frequência e gravidade de episódios de dispneia.

Os enfermeiros intervêm também através da monitorização dos sintomas respiratórios, na orientação para a realização de exercícios respiratórios e na promoção da consciência corporal, favorecendo uma melhor gestão da dispneia e das limitações associadas à doença (Henriques *et al.*, 2024).

Para além da dimensão física, os cuidados de enfermagem incluem igualmente o suporte emocional e a educação terapêutica, permitindo ao doente desenvolver maior confiança e capacidade para lidar com a dispneia crónica.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro contribui não só para o controlo sintomático, mas também para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa (Henriques *et al.*, 2024).

Phuthornchai *et al.* (2023) acrescentam que a promoção da qualidade de vida constitui um dos principais objetivos dos cuidados prestados à pessoa com DPOC. Os enfermeiros procuram preservar a capacidade funcional, a realização das AVD's e promover uma maior participação do doente a nível social e familiar, particularmente no âmbito da preparação para a alta e da transição para o domicílio.

O controlo dos sintomas, a promoção do autocuidado e a adoção de comportamentos de saúde adequados assumem particular relevância e os enfermeiros desempenham um papel essencial na prestação de cuidados, educação terapêutica, aconselhamento e apoio contínuo, incentivando a pessoa a desenvolver competências que favoreçam uma gestão eficaz da doença e uma melhoria do bem-estar geral (Phuthornchai *et al.*, 2023).

Choiruna *et al.* (2022) reforçam que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação para a saúde da pessoa com DPOC, devendo esta incluir não apenas o ensino teórico, mas também o treino prático e a monitorização contínua dos resultados.

A educação para a saúde, associada ao apoio e *feedback* positivo fornecidos pelos profissionais de saúde, contribui para o fortalecimento da autoeficácia, promovendo uma maior confiança da pessoa na capacidade de gerir os sintomas respiratórios e o regime terapêutico (Choiruna *et al.*, 2022).

A literatura revela que níveis elevados de autoeficácia (a capacidade que o doente tem para controlar a sua sintomatologia) estão associados à diminuição da dispneia, da depressão e da ansiedade (Choiruna *et al.*, 2022). Adicionalmente, indica que a autoeficácia aumenta significativamente após programas de educação para a saúde, mantendo benefícios ao longo do tempo, verificando-se uma melhoria significativa quando as intervenções educativas são realizadas por enfermeiros desde o período de internamento e acompanhadas e monitorizadas ao longo do tempo em consultas de *follow-up* (Choiruna *et al.*, 2022).

Num estudo de Zhang & Zhu (2025), o papel da enfermagem de contextos de emergência e de cuidados críticos na gestão da pessoa com DPOC internada, envolve intervenções como a monitorização, cuidados respiratórios, educação sobre técnicas de respiração, cuidados relacionados com a tosse, auxiliando na expulsão e/ou aspiração de secreções, adesão à terapêutica, gestão da alimentação, aumento da ingestão de vitaminas, proteínas e fibras e apoio psicológico. Este estudo demonstrou que estes cuidados apresentaram benefícios

superiores aos cuidados de rotina na gestão da dispneia da pessoa com DPOC internada, em contexto de agudização da doença e durante a fase de descompensação aguda. Concluíram, assim, que esta abordagem é eficaz na melhoria dos sintomas clínicos e nos resultados de saúde, apresentando uma abordagem de elevado valor clínico. No entanto, os efeitos a longo prazo e o seu potencial de generalização necessitam de investigação adicional.

Devido à reduzida distinção do papel dos diferentes profissionais de enfermagem nos artigos incluídos, considerou-se pertinente clarificar os contributos específicos dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas, nomeadamente nas áreas da Enfermagem de Reabilitação e da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa (EMC-PSP).

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro generalista é um profissional autónomo que presta cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo de vida. As suas competências integram três domínios fundamentais: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde o enfermeiro atua de acordo com os princípios deontológicos e legais; no domínio da prestação e gestão de cuidados, que inclui a avaliação das necessidades de saúde, o planeamento, a execução e avaliação de intervenções de enfermagem, bem como a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação; e, por fim, no domínio do desenvolvimento profissional, na qual é importante a atualização contínua dos conhecimentos para melhorar a qualidade dos cuidados. As intervenções de um enfermeiro generalista no contexto da DPOC em internamento passam pela avaliação clínica, gestão de sintomas e implementação de intervenções, como a oxigenoterapia, a ventilação não invasiva e a inaloterapia, assegurando também o ensino à pessoa e/ou cuidador, focando-se na promoção da saúde e na prevenção da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Por outro lado, o Enfermeiro Especialista (EE), segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011), é um profissional que possui um corpo de conhecimentos aprofundado numa área específica da enfermagem. As competências do enfermeiro especialista estão alinhadas e articulam-se com as do enfermeiro de cuidados gerais, distinguindo-se pela mobilização de conhecimentos aprofundados e pela capacidade de resposta a situações de maior complexidade, nos diferentes domínios da prática de enfermagem.

Entre as diferentes áreas de especialização, destaca-se a Enfermagem de Reabilitação. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010), o EE em

Reabilitação tem como foco a promoção da funcionalidade, a maximização das capacidades da pessoa e a capacitação para a reintegração e participação social. Neste sentido, intervém na prevenção de complicações, na promoção da autonomia e na adaptação às limitações resultantes da doença ou incapacidade. O regulamento destaca ainda a importância de uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa, visando melhorar a sua qualidade de vida e promover a independência funcional. No contexto da DPOC, o EE em Reabilitação desempenha um papel na melhoria da capacidade funcional, na redução da dispneia e na prevenção de complicações, através de programas estruturados de exercício e educação (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A DPOC é uma doença crónica, complexa e evolutiva, pelo que a intervenção de enfermagem se centra no conforto, controlo sintomático e apoio à família, assumindo os cuidados paliativos um papel relevante ao longo do curso da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A atuação do EE em EMC-PSP tem como principal objetivo aliviar o sofrimento e promover o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para tal, de acordo com Gonçalves (2025), é necessário desenvolver uma abordagem holística centrada na avaliação e controlo dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, evidenciando a importância da avaliação sistemática dos sintomas, da elaboração de planos de cuidados individualizados e da promoção do conforto através da implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A autora salienta ainda a importância da comunicação terapêutica, do apoio emocional, da capacitação dos cuidadores e do acompanhamento contínuo da pessoa e família ao longo do processo de doença contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a redução do sofrimento.

A literatura demonstra que a gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada, beneficia da intervenção articulada da equipa de enfermagem. Enquanto o enfermeiro de cuidados gerais realiza a avaliação inicial, a monitorização contínua e a implementação de intervenções para o controlo sintomático, os enfermeiros especialistas mobilizam competências diferenciadas, nomeadamente na reabilitação funcional e na área dos cuidados paliativos, complementando a resposta às necessidades da pessoa e da sua família. A ação conjunta entre enfermeiros generalistas e especialistas, bem como destes com a restante equipa de saúde, permite uma abordagem holística e centrada na pessoa com DPOC, favorecendo melhores resultados em saúde, os quais devem ser iniciados durante o internamento e prolongar-se ao longo do tempo.

5.4. O Papel do Enfermeiro na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba

Na fase final da discussão dos resultados, é fundamental analisar os resultados identificados na literatura à luz da teoria seleccionada para sustentar a presente revisão narrativa - a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

No que diz respeito ao conforto físico, entendido como relativo “às sensações corporais e aos mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados com diagnósticos específicos” (Kolcaba, 2003, as cited in Kolcaba, 1997, p.12), verifica-se que, no contexto da DPOC, este encontra-se frequentemente comprometido devido à presença de dispneia, alterações respiratórias, fadiga e limitação funcional, fatores que afetam negativamente o bem-estar físico e a capacidade da pessoa de realizar atividades do seu quotidiano. Neste sentido, Henriques *et al.* (2024) demonstraram que intervenções de enfermagem, como a monitorização dos sintomas respiratórios e a realização de exercícios respiratórios, contribuem para a diminuição das limitações físicas associadas à doença e para a promoção do conforto físico, uma vez que favorecem a manutenção do equilíbrio fisiológico, incluindo “o equilíbrio hidroelectrolítico, a estabilidade e normalidade dos níveis sanguíneos, a saturação adequada de oxigénio e outros indicadores metabólicos de saúde” (Kolcaba, 2003, pp. 11-12).

O conforto psicoespiritual “combina componentes mentais, emocionais e espirituais do eu, sendo entendido como tudo aquilo que dá sentido à vida de um indivíduo, englobando a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e a relação com uma ordem ou ser superior” (Kolcaba, 2003, as cited in Kolcaba, 1997, p.12). Neste sentido, Chu & Yang (2025), Gonçalves (2025) e Zhang & Zhu (2025) demonstraram que intervenções como a comunicação empática, a gestão de expectativas, a promoção de estratégias adaptativas e o reforço positivo são essenciais para promover a estabilidade emocional do doente, contribuindo assim para o aumento do conforto psicoespiritual da pessoa com DPOC. Paralelamente, intervenções como exercícios de respiração profunda e lenta, meditação e musicoterapia promovem não apenas o equilíbrio emocional, mas também o conforto físico, ao contribuírem para o controlo da dispneia e a redução do esforço respiratório.

O conforto ambiental é definido como o conforto relativo ao ambiente exterior, às condições e às influências que envolvem a pessoa. Inclui elementos como a cor, o ruído, a luz, a temperatura, as vistas, o acesso à natureza e a presença de elementos naturais versus sintéticos (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1997; Kolcaba, 2003). Para além destes aspetos, as necessidades de conforto ambiental incluem também as dimensões relacionadas com a segurança e a organização do meio

envolvente, como a existência de espaços públicos seguros, acessibilidade a transportes e serviços de saúde, apoio a populações vulneráveis, entre outras (Kolcaba, 2003).

Em contexto hospitalar, o conforto ambiental para a pessoa com DPOC encontra-se intimamente relacionado com a criação de um ambiente terapêutico que favoreça o repouso, minimize estímulos perturbadores e promova a sensação de segurança. Ao analisar os resultados desta revisão, percebeu-se a importância que o ambiente exerce ao nível da gestão da dispneia (Henriques *et al.*, 2024; Chu & Yang, 2025).

Na mesma linha, num outro estudo, Bakthavatsalu *et al.* (2022), demonstraram que fatores como o ruído proveniente de outros doentes e dos equipamentos hospitalares interferiam com o descanso e o sono, o que contribuía para uma perceção negativa do internamento. Em contrapartida, a existência de um ambiente limpo, organizado e percecionado como seguro aumenta a confiança nos cuidados recebidos e promove uma maior sensação de conforto. Simultaneamente, a presença contínua de profissionais de saúde e a disponibilidade imediata de cuidados especializados pode contribuir para uma maior sensação de proteção e controlo dos sintomas, particularmente perante episódios de dispneia ou agravamento do estado clínico (Bakthavatsalu *et al.*, 2022).

No contexto hospitalar, a promoção do conforto ambiental assume particular relevância na pessoa com DPOC internada, uma vez que os fatores externos como o ruído, o espaço envolvente pode contribuir para um aumento da ansiedade e sucessivamente para um aumento da perceção de dispneia. Também relacionado com a segurança, um dos principais motivos de agudização da DPOC é por infeções víricas/ bacterianas, por este motivo, deve haver um aumento dos cuidados a fim de prevenir infeções cruzadas. Por outro lado, a presença contínua de profissionais de saúde, a monitorização constante, o acesso imediato a estratégias de alívio e de profissionais treinados para este fim promovem sentimentos de segurança no doente. Compete, assim, à equipa de enfermagem otimizar o ambiente envolvente, minimizando os estímulos, promovendo uma boa qualidade do ar, de forma a promover o conforto e o bem-estar da pessoa.

O conforto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, e inclui aspetos como finanças, educação e apoio, bem como histórias familiares, tradições, língua, vestuário e costumes (Kolcaba, 2003). Em contexto de cuidados de saúde, torna-se essencial que a equipa de enfermagem respeite e

facilite a expressão destes elementos durante o internamento ou nos cuidados domiciliários, de forma a promover uma abordagem centrada na pessoa (Kolcaba, 2003). No contexto da pessoa com DPOC internada, o conforto sociocultural implica a adaptação dos cuidados às necessidades individuais de cada pessoa. Em linha com os resultados obtidos na nossa revisão, Nygård *et al.* (2023) salientam a importância de um acompanhamento próximo pelos profissionais de saúde, da capacitação para a autogestão da doença e da preparação da transição para o domicílio, salientando que as intervenções devem considerar as características, as preferências e o contexto social da pessoa. Reforçam ainda a relevância da continuidade dos cuidados e da articulação com recursos da comunidade para uma adaptação bem-sucedida após a alta hospitalar.

De igual modo, Miravittles *et al.* (2023) destacam a importância das intervenções iniciadas durante o internamento, como a educação terapêutica, a elaboração de planos individualizados para a autogestão e a preparação para a alta hospitalar, sublinhando também a necessidade de acompanhamento pós-alta e de articulação entre os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e os recursos comunitários, assegurando uma transição segura para o domicílio e uma melhor gestão da DPOC.

Podemos concluir que na pessoa internada com DPOC, o conforto sociocultural implica a identificação prévia de fatores sociais, familiares e emocionais que poderão interferir na gestão da doença após a alta. A recolha desta informação deve-se realizar logo na admissão, de forma contínua, ao longo do internamento hospitalar, a fim de identificar situações que exigem um seguimento mais próximo de equipas da comunidade. Esta avaliação possibilita a referenciação atempada para estas equipas, promovendo assim a continuidade dos cuidados e uma transição mais segura e eficaz para o domicílio.

A partir da análise dos resultados à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba, é possível concluir que a gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada exige uma abordagem holística e centrada na pessoa. As intervenções de enfermagem identificadas na literatura contribuem para a promoção do conforto nas suas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, evidenciando que o controlo da dispneia ultrapassa a gestão dos sintomas respiratórios e envolve também a promoção do bem-estar emocional, a adaptação do ambiente e o fortalecimento das redes de suporte, não apenas no período de internamento, mas também no regresso da pessoa à comunidade.

A satisfação das necessidades de conforto favorece a adoção de comportamentos promotores de saúde, aumentando a satisfação com os

cuidados prestados, tanto por parte dos profissionais como dos utentes e suas famílias, o que se reflete em melhores resultados em saúde (Kolcaba, 2003).

A análise dos resultados à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba permite ainda desenvolver uma reflexão crítica sobre a conceptualização do conforto em enfermagem. Embora a CIPE (2019) associe o conforto ao bem-estar físico e ao alívio do desconforto corporal, os resultados desta revisão demonstram que, na pessoa com DPOC internada por dispneia, o conforto não pode ser compreendido apenas nesta dimensão, mas sim encarado numa natureza multidimensional. A experiência da dispneia não se resume apenas a um sofrimento físico, estando intimamente relacionada com a ansiedade, a dependência funcional, as alterações dos papéis familiares, o medo e a insegurança. Assim sendo, a promoção do conforto nestas pessoas exige intervenções multidimensionais, focadas na dimensão física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, como é proposto por Kolcaba.

As intervenções identificadas na literatura abrangem não só o controlo dos sintomas respiratórios, mas também o apoio emocional, a promoção da autogestão da doença, a adaptação do ambiente terapêutico e o envolvimento da família. O enfermeiro assume uma função central na avaliação das necessidades da pessoa e na implementação de intervenções que promovam o conforto baseando-se numa visão holística e individualizada.

De forma a simplificar a análise dos resultados, recorreu-se à estrutura taxonómica proposta por Katharine Kolcaba, presente na seguinte tabela.

Tabela 3 - Adaptação dos resultados da revisão narrativa à estrutura taxonómica de Kolcaba (Fonte: Adaptado de Kolcaba, 2003).

Contexto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	<u>Estratégias Farmacológicas:</u> - Oxigenoterapia, inaladores, broncodilatores e corticosteroides; <u>Estratégias não farmacológicas:</u> - Posicionamentos; - Terapia com ventoinha. (Henriques <i>et al.</i> 2024; DGS, 2019; Gonçalves, 2025; Tan <i>et al.</i> , 2025).	<u>Estratégias não farmacológicas:</u> - Exercícios respiratórios; - Estratégias de conservação de energia. (Phuthornchai <i>et al.</i> , 2023; Chu & Yang, 2025; Henriques <i>et al.</i> , 2024).	Capacitação da pessoa para o seu autocuidado e autogestão da dispneia.
Psicoespiritual	<u>Estratégias não farmacológicas:</u> - Intervenções psicológicas; - Apoio emocional; - Aconselhamento psicológico. (Zhang & Zhu, 2025; Chu & Yang, 2025).	- Comunicação empática; - Reforço positivo; - Técnicas de relaxamento; - Meditação; - Ioga; - Musicoterapia. (Chu & Yang, 2025; Gonçalves, 2025).	Desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> adaptativas e de autogestão da doença.
Ambiental	<u>Estratégias não farmacológicas</u> - Ambiente físico envolvente (ruído, espaço, iluminação); - Ventilação e qualidade do ar envolvente. (Tan <i>et al.</i> , 2025).	Promoção de um ambiente seguro.	Sensação de segurança.

Sociocultural	Envolvimento da família nos cuidados e apoio (exemplo: referência para as equipas na comunidade).	Educação para a saúde, treino de técnica inalatória, promoção da adesão terapêutica. (Choiruna <i>et al.</i> , 2022; Haung <i>et al.</i> , 2025; Henriques <i>et al.</i> , 2024).	Acompanhamento após a alta e articulação eficiente com os recursos da comunidade.
---------------	---	--	---

A análise dos resultados à luz da estrutura taxonómica de Kolcaba permite verificar que as intervenções de enfermagem identificadas na literatura podem ser enquadradas nos três estados de conforto propostos pela autora: alívio, tranquilidade e transcendência, bem como pelos quatro contextos.

No contexto físico, o alívio é promovido através de intervenções para controlo imediato da dispneia, nomeadamente a instituição de medidas farmacológicas, os posicionamentos e outras estratégias que se demonstraram eficazes, como a terapia da ventoinha (DGS, 2019; Gonçalves, 2025; Henriques *et al.* 2024; Tan *et al.*, 2025). A tranquilidade é aqui alcançada através da implementação de exercícios respiratórios e estratégias de conservação de energia, que contribui para reduzir o trabalho respiratório e, conseqüentemente, melhora o controlo de sintomas (Chu & Yang, 2025; Henriques *et al.*, 2024; Phuthornchai *et al.*, 2023). Por sua vez, a transcendência atinge-se na capacitação da pessoa para a autogestão da dispneia, permitindo aceitar, compreender e lidar de forma mais eficaz as limitações que a DPOC pode provocar.

No contexto psicoespiritual, as intervenções de apoio emocional, o aconselhamento psicológico e o apoio emocional contribuem para o alívio do sofrimento psicológico associado à dispneia. A tranquilidade é promovida através da instituição de uma comunicação baseada na empatia, reforço positivo, técnicas de relaxamento, meditação, ioga e musicoterapia (Chu & Yang, 2025; Gonçalves, 2025; Zhang & Zhu, 2025). A transcendência surge quando a pessoa desenvolve estratégias de *coping* adaptativas e competência de autogestão que lhe permite ter um maior controlo da sua doença e encará-la de forma mais positiva.

No contexto ambiental o alívio está associado à adequação do meio envolvente, incluindo o controlo de fatores como o controlo do ruído, da ventilação e da qualidade do ar (Tan *et al.*, 2025). A promoção de um ambiente seguro favorece a tranquilidade, enquanto a perceção de segurança proporcionada pelos profissionais contribui para a transcendência, o que permite à pessoa sentir-se mais protegida.

Relativamente ao contexto sociocultural, o envolvimento da família nos cuidados à pessoa, o apoio social e a articulação com as equipas da comunidade são estratégias fundamentais para favorecer o alívio. A educação para a saúde, o treino e a promoção de adesão terapêutica favorecem a tranquilidade, pois promovem a confiança da pessoa para gerir a sua doença (Choiruna *et al.*, 2022; Haung *et al.*, 2025; Henriques *et al.*, 2024). A transcendência, é promovida através da continuidade dos cuidados e do acompanhamento após a alta, facilitando a adaptação da pessoa com DPOC no seu domicílio.

Desta forma, verifica-se que as intervenções de enfermagem são multidimensionais, contribuindo para a promoção do conforto de forma holística, tal como é preconizado por Katharine Kolcaba.

5.5. Expectativas relacionadas com a Revisão

A realização da presente narrativa foi desenvolvida com a expectativa de identificar evidência científica diversificada e atualizada sobre a temática em estudo. Inicialmente, esperava-se encontrar um maior número de estudos desenvolvidos em países europeus, de forma a possibilitar uma aproximação à realidade da prática profissional de enfermagem nos hospitais portugueses. No entanto, durante o processo de revisão, verificou-se uma predominância de estudos realizados em países orientais, bem como a escassez de estudos que abordassem especificamente a gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada. Acresce ainda o facto de uma parte considerável da literatura identificada incidir sobretudo nos cuidados domiciliários e comunitários, não descurando a sua importância, mas não constituíam o foco desta revisão.

De igual modo, uma menor disponibilidade de estudos centrados em estratégias farmacológicas limitou a possibilidade de explorar essa vertente. Apesar de a prescrição terapêutica não integrar as competências dos enfermeiros, esta é essencial no tratamento da DPOC e na gestão da dispneia. Para além de serem os enfermeiros o último elo na administração da terapêutica, são também fundamentais na educação para a saúde e na promoção da adesão terapêutica, prevenindo agudizações da doença e minimizando internamentos.

Apesar dos desafios e limitações identificadas considera-se que a presente revisão da narrativa permitiu reunir informações pertinentes para a temática. Contudo, torna-se evidente a necessidade de desenvolver mais investigações nesta área, particularmente em contexto hospitalar e direcionada para a população europeia.

6. Considerações Finais

A presente revisão narrativa da literatura permitiu compreender qual o papel do enfermeiro e quais são os cuidados de enfermagem utilizados na gestão da dispneia na pessoa com DPOC internada. Entre as diferentes intervenções, destacam-se a monitorização de sintomas através de diferentes escalas de avaliação da dispneia, estratégias farmacológicas e não farmacológicas, e a promoção do conforto.

Os estudos analisados evidenciam que a atuação do enfermeiro assume um papel fundamental na redução da dispneia e na promoção do conforto, através da implementação de intervenções respiratórias, educativas, emocionais e de suporte à adaptação da pessoa à doença.

Como Suha *et. al.* (2025) destacam, a dispneia constitui uma experiência complexa, que ultrapassa a dimensão física e afeta significativamente o bem-estar global da pessoa, e Johansson *et al.* (2019) referem que para além da limitação funcional e do desconforto respiratório, a dispneia encontra-se frequentemente associada a sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e perda de autonomia, com impacto na qualidade de vida e na capacidade de participação nos cuidados.

Assim, torna-se evidente a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa, que considere as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais, pelo que a interpretação dos resultados foi sustentada pela Teoria do Conforto de Kolcaba, a qual permite sustentar cuidados de enfermagem numa perspetiva multidimensional.

As intervenções identificadas demonstram que a promoção do conforto na pessoa com DPOC não se limita ao controlo dos sintomas respiratórios, abrangendo de igual modo o apoio emocional, a educação para a autogestão da doença, a capacitação para o autocuidado, o envolvimento da família e a preparação para a transição para o domicílio. Desta forma, a teoria revelou-se um referencial pertinente para orientar a prática de enfermagem junto desta população.

Os resultados reforçam a importância de uma avaliação sistemática das necessidades de conforto da pessoa com DPOC, bem como da implementação de intervenções individualizadas que promovam o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida. Simultaneamente, evidenciam a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências que lhes permitam responder às

múltiplas dimensões do conforto, através de uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa.

Torna-se, igualmente, pertinente o desenvolvimento de investigação futura que permita aprofundar o conhecimento sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na promoção do conforto da pessoa com DPOC internada por dispneia, contribuindo para o fortalecimento da evidência científica nesta área e para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Promover o conforto da pessoa com DPOC significa reconhecer a singularidade da sua experiência de doença e responder de forma integrada às suas necessidades, pelo que, a enfermagem assume um papel central na promoção do bem-estar, da dignidade e da qualidade de vida da pessoa, reafirmando o seu compromisso com cuidados humanizados e centrados na pessoa.

Referências Bibliográficas

Agusti, A., Criner, G., Halpin, D., Ozoh, O. B., Salvi, S., Vogelmeier, C., Zheng, J., Aaron, S., Anzueto, A., Texas, S., Health, V., System, C., Bourbeau, J., Han, M. K., Martinez, F. J., Papi, A., Roche, N., Cochin, H., Sin, D. D., ... Wedzicha, J. A. (2026). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 report)*. Gold Science Committee * (2025). www.goldcopd.org

Almeida, P. T., Simão, P., Silva, P. M., Fernandes, A. V., & Senra, D. (2009). *Aprenda a viver com a DPOC*. Associação Respira & Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. https://www.respira.pt/content/docs/aprenda_a_viver_com_a_DPOC.pdf

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2021). *Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários*. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-DPOC-GRESP-Bial.pdf>

Bakthavatsalu, B., Walshe, C., & Simpson, J. (2022). *The experience of hospitalization in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative, phenomenological study*. *Chronic Illness*, 19(2), 339–353. <https://doi.org/10.1177/17423953211073580>

Borg, Gunnar. (1998). *Borg's Perceived exertion and pain scales*. Human Kinetics.

Carette, H., Zysman, M., Morelot-Panzini, C., Perrin, J., Gomez, E., Guillaumot, A., Burgel, P. R., Deslee, G., Surpas, P., Le Rouzic, O., Perez, T., Chaouat, A., Roche, N., Chabot, F., Zysman, M., Burgel, P. R., Deslee, G., Surpas, P., Le Rouzic, O., ... Risse, B. (2019). *Prevalence and management of chronic breathlessness in COPD in a tertiary care center*. *BMC Pulmonary Medicine*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-019-0851-5>

Cheng, S., Zhou, J., Zhang, W., Li, X., Qin, L., Ding, J., Pang, S., Zhou, J., & Song, W. (2026). *Establishment and effectiveness of a community self-management intervention model for patients with chronic pulmonary heart disease: A prospective observational study*. *Digital Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/20552076261428191>

Choiruna, H. P., Sitorus, R., & Kariasa, I. M. (2022). *The effect of inhaler training on self-efficacy in patients with COPD*. *Journal of Bionursing*, 4(3), 207–215. https://www.researchgate.net/publication/370662574_The_Effect_of_Inhaler_Training_on_Self-Efficacy_among_Patients_with_COPD

Chu, L., & Yang, Y. (2025). *The Impact of Psychological Nursing Combined with Respiratory Training on Mental Health, Pulmonary Function, and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Retrospective Analysis*. *Patient Preference and Adherence*, 19, 3961–3971. <https://doi.org/10.2147/PPA.S561019>

De Soyza, A., Nordon, C., Coak, E., Pennant, T., Mullerova, H., Fageras, M., Alves, J. A., & Janssens, W. (2025). *Clinical Burden of People with Symptomatic and Exacerbating COPD While on Triple Inhaled Therapy*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(18). <https://doi.org/10.3390/jcm14186488>

Dehkordi, A. H., Heidari-Beni, F., Reiszadeh, I., Hosseini, M., & Ali, F. K. (2022). *Effect of Self-Management Program on Health Status and Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *Tanaffos*, 21(1), 96–103. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9571233/>

DGS. (2019). NORMA DGS Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>

Dhakshnamoorthy, M., Viswanathan, V. kumar, Rajendran, S. S., Duraikannu, A., Parasuraman, A., Periyakaruppan, G. M., & Rajan, J. (2025). *Effect of nurse-led interventions on dyspnea severity and psychological well-being among patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *Bioinformation*, 21(08), 2733–2736. <https://doi.org/10.6026/973206300212733>

Diez, T. (2012). *O Papel do Enfermeiro na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica - DPOC*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/o-papel-do-enfermeiro-na-doen%C3%A7a-pulmonar-obstrutiva-cr%C3%B3nica-dpoc/>

Fernandes, J. M. B., Vieira, L. T., & Castelhana, M. V. C. (2023). *Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: Reflexões técnicas-formativas*. *REDES – Revista Educacional da Sucesso*, 3(1), 1–7. <https://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/rec/article/view/223/340>

Freire, E. (2020). *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://spmi.pt/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico.pdf>

GlaxoSmithKline. (2009). *COPD Assessment Test (CAT)*. https://www.catestonline.org/content/dam/global/catestonline/questionnaires/English_CAT_combined.pdf

Gonçalves, F. (2003). *Fisiopatologia da dispneia*. Medicina Paliativa. https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/200328210155.pdf?utm_source=chatgpt.com

Gonçalves, A., M., M. (2025). *Gestão Não Farmacológica da Dispneia na Pessoa em Situação Paliativa*. Relatório de Estágio do Instituto Politécnico de Beja para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Paliativa. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/7061>

Henriques, H. R., Correia, A., Santos, T., Faria, J., Sousa, D., Portela, J. & Teixeira, J. (2024). *Nursing interventions to promote dyspnea self-management of complex chronic patients: An integrated review*. International Journal of Nursing Sciences. 11 (pp 241-247) <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.008>

Huang, X., Jiang, Z., Dai, Y., Liu, Y., Dai, Z., Wang, J., Chen, L., Wang, Z., Wu, W., & Huang, L. (2025). *Effect of Gamification on Improved Adherence to Inhaled Medications in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Randomized Controlled Trial*. Journal of Medical Internet Research, 27(1). <https://doi.org/10.2196/65309>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP browser: International Classification for Nursing Practice*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jardim, J. R., Casas-Maldonado, F., Fernandes, F. L. A., de O Castellano, M. V. C., Torres-Durán, M., & Miravittles, M. (2021). *Update on and future perspectives for the diagnosis of alpha-1 antitrypsin deficiency in Brazil*. In Jornal Brasileiro de Pneumologia (Vol. 47, Number 3). Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/E20200380>

Johansson, H., Berterö, C., Berg, K., & Jonasson, L. L. (2019). *To live a life with COPD – The consequences of symptom burden*. International Journal of COPD, 14, 905–909. <https://doi.org/10.2147/COPD.S192280>

Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2012). *Dyspnea review for the palliative care professional: Treatment goals and therapeutic options*. In Journal of Palliative Medicine (Vol. 15, Number 1, pp. 106–114). <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0110>

Kim, J. W., & Park, E. Y. (2020). *Self-management of oxygen and bronchodilators to relieve the dyspnoea of lung cancer with pneumoconiosis*. International Journal of Palliative Nursing, 26(4), 167–174. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.4.167>

Kolcaba, K., & Braswell, A. (n.d.). *Philosophical Perspectives*. Comfort Line. <https://www.thecomfortline.com/philosophical-perspectives>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company

Lüthi-Corridori, G., Boesing, M., Ottensarendt, N., Leuppi-Taegtmeyer, A. B., Schuetz, P., & Leuppi, J. D. (2023). *Predictors of Length of Stay, Mortality and Rehospitalization in COPD Patients: A Retrospective Cohort Study*. Journal of Clinical Medicine, 12(16). <https://doi.org/10.3390/jcm12165322>

Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). *Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem*. Cogitare Enfermagem, 27(27), 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>

Miravittles, M., Bhutani, M., Hurst, J. R., Franssen, F. M. E., van Boven, J. F. M., Khoo, E. M., Zhang, J., Brunton, S., Stolz, D., Winders, T., Asai, K., & Scullion, J. E. (2023). *Implementing an Evidence-Based COPD Hospital Discharge Protocol: A Narrative Review and Expert Recommendations*. In Advances in Therapy (Vol. 40, Number 10, pp. 4236–4263). Adis. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02609-8>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel. https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica

Nogueira, S. (2014). *Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Alívio da Dispneia e da Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva*. <http://hdl.handle.net/10400.26/16319>

Nygård, T., Wright, D., Nazar, H., & Haavik, S. (2023). *Enhancing potential impact of hospital discharge interventions for patients with COPD: a qualitative systematic review*. BMC Health Services Research, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09712-0>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário Da República, 2.ª Série, n.º 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Pessoa em Situação Paliativa, Pessoa em Situação Perioperatória e Pessoa em Situação Crónica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Pacheco, S., Alves, T., & Alves, T. (2024). *Impact of Nursing Interventions on the Readmission Rate of People with Chronic Obstruction Pulmonary Disease*. In *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* (Vol. 7, Number 1). Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.360>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. In *BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Phuthornchai, K., Banharak, S., Panpanit, L., & Chanaboon, S. (2023). *Effects of symptom management program on selected health outcomes among older people with chronic obstructive pulmonary disease: a quasi-experimental study*. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49654-5>

Putcha, N., Maselli, D. J., Bon, J., Lester, M. G., & Drummond, M. B. (2025). *Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Expert Assessment of Management in Clinical Practice*. In *Pulmonary Therapy* (Vol. 11, Number 4, pp. 553–567). Adis. <https://doi.org/10.1007/s41030-025-00318-x>

Seganfredo, F. B., Dalto, G., Machado, B., Willes, J., & Genehr, L. (2018). *Acute dyspnea in inpatient: diagnosis and management*.

Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). *Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem- uma revisão integrativa*. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, VI, 946–969. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2023). *Roteiro de cuidados na DPOC*. 1–93. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2023/06/Roteiro_DPOC_Interactivo.pdf

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). *Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Suha, F., Modi, P., & Sharma, S. (2025). *Dyspnea*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499965/>

Sukhera, J. (2022). *Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical*. Journal of Graduate Medical Education, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>

Tan, Y., Zhou, G., Li, X., Zhang, Z., Ni, F., & Liu, M. (2025). *Application of Fan Therapy in Alleviating Dyspnea*. In Journal of Multidisciplinary Healthcare (Vol. 18, pp. 2263–2269). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S520222>

Wykle, L. (2003). Prefácio. In K. Kolcaba, *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research* (pp. xiii-xiv). Springer Publishing Company

Zamparette, H. P., Wamosy, R. M. G., & Schivinski, C. I. S. (2022). *Dispneia: revisão integrativa sobre o conceito da falta de ar*. ASSOBRAFIR Ciência, 13, e44458. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.ac.2022.0048>

Zhang, F., & Zhu, P. (2025). *Effects of emergency nursing interventions on the outcome of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial*. Medicine (United States), 104(42), e45009. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000045009>

Anexos

Anexo A – Modified Medical Research Council (mMRC)

Grade	Description
0	Not troubled by breathlessness except during strenuous exercise
1	Short of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill
2	Walks slower than people of the same age on level ground due to breathlessness or has to stop
3	Stops for breath after walking about 100 meters or after a few minutes on level ground
4	Too breathless to leave the house or breathless when dressing or undressing

Note: Data sourced from the study by Moding et al.^{[19](#)}

Figura 2 - Escala mMRC (Fonte: Cheng *et al.*, 2026).

Anexo B – COPD Assessment Test (CAT)



Your name: _____

Today's date: _____

How is your COPD? Take the COPD Assessment Test™ (CAT)

This questionnaire will help you and your healthcare professional to measure the impact that COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is having on your wellbeing and daily life. Your answers and test score can be used by you and your healthcare professional to help improve the management of your COPD and gain the greatest benefit from the treatment.

For each item below, place a mark (X) in the box that best describes your current situation. Please ensure that you only select one response for each question.

Example: I am very happy

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 I am very sad

		SCORE							
I never cough	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	I cough all the time	☐
0	1	2	3	4	5				
I have no phlegm (mucus) on my chest at all	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	My chest is full of phlegm (mucus)	☐
0	1	2	3	4	5				
My chest does not feel tight at all	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	My chest feels very tight	☐
0	1	2	3	4	5				
When I walk up a hill or a flight of stairs I am not out of breath	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	When I walk up a hill or a flight of stairs I am completely out of breath	☐
0	1	2	3	4	5				
I am not limited to doing any activities at home	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	I am completely limited to doing all activities at home	☐
0	1	2	3	4	5				
I am confident leaving my home despite my lung condition	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	I am not confident leaving my home at all because of my lung condition	☐
0	1	2	3	4	5				
I sleep soundly	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	I do not sleep soundly because of my lung condition	☐
0	1	2	3	4	5				
I have lots of energy	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	I have no energy at all	☐
0	1	2	3	4	5				
TOTAL SCORE			<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

A COPD assessment test was developed by an interdisciplinary group of international COPD experts with support from GSK. GSK's activities in connection with the COPD assessment test are monitored by a supervisory council that includes external, independent experts, one of which is chair of the council. CAT, the COPD assessment test and the CAT logo are trademarks that belong to the GSK group of companies. ©2009 GSK. All rights reserved.

Figura 3 - Escala CAT (Fonte: GlaxoSmithKline, 2009).

Anexo C – Escala de Borg

10 /	ATIVIDADE DE ESFORÇO MÁXIMO É quase impossível continuar. Completamente sem fôlego, incapaz de falar. Não é possível manter por mais tempo.
9 /	ATIVIDADE MUITO DIFÍCIL Muito difícil manter a intensidade do exercício. Mal consigo respirar e falar apenas algumas palavras.
7-8 /	ATIVIDADE VIGOROSA No limite do desconfortável. Falta de ar, consigo falar uma frase.
4-6 /	ATIVIDADE MODERADA Respirar profundo, posso manter uma conversa curta. Ainda um pouco confortável, mas cada vez mais desafiador.
2-3 /	ATIVIDADE LEVE Parece que podemos manter durante horas. Fácil de respirar e manter uma conversa.
1 /	ATIVIDADE MUITO LEVE Quase nenhum esforço, mas mais do que dormir, ver TV, etc.

Figura 4 - Escala de Borg (Fonte: Borg, 1998).