

# PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriel Alves Saraiva<sup>1</sup>  
Gyovanna Victória Araújo Barbosa<sup>2</sup>  
Rosângela Vidal de Negreiros<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, é uma condição de saúde, que causa limitação do fluxo aéreo pulmonar, sendo prevenível e tratável, frequente em tabagistas crônicos. As alterações pulmonares podem ser somáticas, que tendem a piorar conforme a progressão da idade, ocasionando alterações de saúde. **Objetivo:** Relatar a proposta de implementação do Processo de Enfermagem - PE na assistência ao cliente idoso portador de DPOC. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência construído durante as atividades práticas da disciplina de Semiologia Semiotécnica II do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS, da Universidade Federal de Campina Grande UFCG, por discentes de enfermagem, que acompanharam o cliente portador de DPOC, internado na ala masculina de um hospital público de Campina Grande, Paraíba. A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2022, ao longo de uma semana, utilizando um instrumento validado e fundamentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, que atende as cinco etapas do PE. **Resultados e Discussão:** iniciou-se pela coleta de dados com o histórico de enfermagem realizou-se anamnese e o exame físico, posteriormente, elencamos os possíveis diagnósticos de enfermagem - DE taxonomia NANDA-I de 2018-2020, além do raciocínio clínico com o propósito de priorizar os DE. Construímos o plano de cuidados elencando as intervenções de enfermagem utilizando a NIC e os resultados esperados utilizando a NOC, com o propósito de atender as necessidades do cliente idoso com DPOC. **Considerações Finais:** O PE é uma ferramenta indispensável para avaliação e condução dos cuidados de enfermagem, visando colaborar de forma expressiva com a qualidade da assistência prestada ao cliente. Sabe-se que, a implementação do PE é atividade privativa do enfermeiro, permitindo a avaliação do cliente em sua integralidade visando atender suas necessidades prioritárias, voltadas à pessoa idosa, cabendo-lhe favorecer o alívio dos sintomas e manutenção do bem-estar ativo e saudável.

**Palavras-chave:** DPOC, Respiratório, Idoso, Processo de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória comum caracterizada por obstrução do fluxo aéreo, com associação a respostas inflamatórias anormais nos pulmões. Além da associação com a morbimortalidade, ela também se relaciona a altos custos de cuidados de saúde, tendo em vista que os portadores de enfermidades respiratórias

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, [gabrielsaraiva2909@gmail.com](mailto:gabrielsaraiva2909@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduando pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [gyovannavictoria@hotmail.com](mailto:gyovannavictoria@hotmail.com);

<sup>3</sup> Mestre pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [rosangelavn@usp.br](mailto:rosangelavn@usp.br)

crônicas, como a DPOC apresentam uma qualidade de vida reduzida, menor disposição para realização de atividades e esforços físicos e, maior incidência de doenças mentais como ansiedade e depressão, levando a uma frequência elevada de internações hospitalares (Clímaco, 2022; Vinolo-Gil, 2022).

Alguns dados apontados por Atanazio *et al.* (2022) trazendo informações de outros estudos realizados demonstra que é esperado até o ano de 2030 que a DPOC seja a terceira causa de morte no planeta, além de referências que demonstram a prevalência de 17% de casos no Brasil, sendo uma incidência maior do que a estimada para a população mundial, ainda com um aumento de casos entre adultos e idosos.

Segundo fluxograma disponibilizado no caderno de atenção básica nº 25 do Ministério da Saúde, os sintomas associados à DPOC são: falta de ar, tosse crônica, expectoração regular, “bronquite” frequente no inverno e sibilância; além disso, a manifestação da doença é mais frequente naqueles que apresentem algum dos fatores de risco para a doença, sendo eles: idade acima de 40 anos, ser tabagista e/ou ex-tabagista, aqueles que convivem em ambientes de trabalho com poeira constante e/ou fumaça de lenha (Ministério da Saúde, 2010).

O diagnóstico é realizado com base na história clínica e sintomatologia apresentada, em conjunto com exame físico e exames complementares solicitados pelo profissional e, devido sua possibilidade de desenvolvimento lento, o diagnóstico muitas vezes é realizado tardiamente; ademais, a doença não possui cura, e sim tratamento que objetiva estabilizar, controlar e melhorar as funções pulmonares (Atanazio *et al.*, 2022).

Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem são fundamentais para propor intervenções que garantam o autocuidado do cliente e manutenção eficaz do regime terapêutico, buscando que o mesmo adote um estilo de vida mais saudável; sendo assim, o enfermeiro age na elaboração de programas de reabilitação, ação e orientação, que aumentam a qualidade de vida dos pacientes, diminuem a mortalidade e os internamentos e, nessa perspectiva, temos como legitimação dessa atividade, a Resolução COFEN nº 358/2009 que traz a sistematização necessária por meio da qual o enfermeiro deve elaborar os diagnósticos para posteriormente prescrever as ações de enfermagem necessárias – sendo esse conhecido por Processo de Enfermagem (Gomes *et al.*, 2020).

O Processo de Enfermagem (PE), deve ser realizado em todos os ambientes onde ocorre o cuidado profissional em enfermagem. Ele é sistematizado e dividido em 5 etapas interrelacionadas: Coleta de Dados (Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem; deve estar baseado em um suporte teórico que oriente o processo de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem

e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, fornecendo base para a avaliação quanto aos resultados esperados e se foram alcançados (COFEN, 2009).

A autonomia da enfermagem é fundamental para a manutenção das conquistas da profissão, implicando diretamente na tomada de decisão para a condução do cuidado de enfermagem e, ao utilizar a SAE, pode-se viabilizar a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos de maneira humanizada, facilitando o registro das informações (Santos, Montezeli e Peres, 2012).

Desta forma, o objetivo do presente estudo é aplicar o Processo de Enfermagem na assistência à pessoa com DPOC e elencar os principais cuidados a serem relatados pela experiência obtida, tendo como justificativa a importância do ensino e aprendizado para gerar discussões, a fim de melhorar a qualidade do cuidado e da assistência em enfermagem prestada à pessoas com DPOC e por legitimar a autonomia da classe através da aplicação das etapas do Processo de Enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência de um cliente internado com diagnóstico de DPOC. A coleta de dados ocorreu em hospital de referência no município de Campina Grande – PB, no período de julho de 2022. Para realização da coleta foi utilizado o livro de Registro de Consulta de Enfermagem e descrição de enfermagem, além da análise do prontuário para levantamento documental, implementação da assistência de enfermagem e evolução clínica.

Após admissão do cliente, foi implementado o Processo de Enfermagem (PE), iniciando-se pelo Histórico de Enfermagem – referente a coleta de dados – realizado por meio de uma entrevista semiestruturada utilizando um roteiro embasado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta e o exame físico da paciente. Após a coleta de dados, esses foram julgados do ponto de vista clínico para posteriormente serem elencados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) – correspondentes à segunda fase do PE.

Na identificação dos DE adotou-se o processo de raciocínio clínico com base na Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association International 2021-2023 (NANDA-I), e para a elaboração das Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem utilizou-se da Classificação de Intervenções em Enfermagem 7ª edição (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem 5ª edição (NOC), respectivamente; desse modo permitindo o planejamento das ações, – metas e prescrição de enfermagem – implementação e posterior avaliação dos Resultados de Enfermagem baseada na evolução do paciente. Por

consequente, foi dada continuidade à prestação de cuidados ao paciente, por meio da realização das evoluções diárias e monitoramento do seu estado de saúde.

Todas as ações foram realizadas com a supervisão da docente responsável pela disciplina de Semiologia e Semiotécnica II, que foi designada como esponsável pelo grupo de alunos, juntamente com auxílio da equipe de enfermagem do setor da instituição.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Histórico de enfermagem**

Paciente, 68 anos de idade com diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Etilista há 30 anos e tabagista por 60 anos - fumava por volta de 100 cigarros por ano – porém, havia cessado o hábito a 2 anos, nega outros problemas de saúde como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Cardiopatias. Internado devido complicações associadas ao seu quadro clínico, apresentando dispneia à pequenos esforços e tosse produtiva, necessitando de oxigenação e medicação. Reside em casa própria, com saneamento básico e coleta de lixo. Quanto ao padrão do sono, o paciente refere não dormir bem à noite devido a ansiedade. No momento da consulta encontrava-se acompanhado de seu cuidador; apresentou-se consciente e orientado, porém pouco responsivo, acianótico, anictérico e afebril, com acesso venoso em braço esquerdo. Ao exame pulmonar apresentou: tórax simétrico, com expansibilidade torácica bilateral preservada e murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, em oxigenoterapia com máscara simples. Ao exame cardiovascular apresentou: ausculta cardíaca presente em todos os focos, com taquicardia, e bulhas normofonéticas em 2T, sem sopro e não referindo dor à palpação dos focos. Ao exame do aparelho gastrointestinal e geniturinário apresentou: boa aceitação de dieta oral, um pouco emagrecido, eliminações alteradas, apresentando constipação, segundo informações colhidas (SIC), e micção normal, com odor fétido e uso de fralda. Ao exame neuromuscular apresentou restrição de movimentos, estando acamado. Apresentou os seguintes sinais vitais: FC = 107 bpm; PA = 110 x 80 mmHg; FR = 18 rpm e; Tax = 36,6°C. CONDUTAS: Realizado banho no leito, possibilitando observar 5 lesões, sendo: duas lesões por dispositivo estágio I - uma em cada pavilhão auricular – causadas pelo uso da máscara de O<sub>2</sub>; três lesões por pressão estágio II, sendo uma na região sacral e uma em cada cotovelo, devido a posição em que se encontrava de decorticação – com braços e cotovelos em adução. Após essa constatação, foi realizado curativo em todas as lesões avaliadas. Ao observar o paciente, percebeu-se que o acesso venoso no braço direito estava obstruído, sendo preciso realizar a desobstrução com infusão lenta de 1 mL de soro fisiológico constantemente até desobstrução.

## Plano de Cuidados

Após realização da anamnese e exame físico, formulou-se o planejamento das ações com base nas prioridades do quadro clínico do cliente: dor nas lesões por pressão e por dispositivos, risco de infecção pela hospitalização em grande tempo de internação, emagrecimento do corpo, dificuldade para andar sem auxílio, dificuldade para dormir, ansiedade referida e desconforto no ambiente em que estava inserido. Depois, foram feitos os diagnósticos de enfermagem, determinados os resultados esperados e planejadas as intervenções necessárias para alcança-los

Dessa maneira, foram feitos prioritariamente sete diagnósticos de enfermagem, com base na taxonomia NANDA, elaborados por meio da observação clínica e raciocínio científico baseando em evidências; depois, foram determinadas metas, com base nos resultados de enfermagem esperados, e prescrito as intervenções de enfermagem para melhor suprir as necessidades do paciente, conforme consta no quadro 1.

**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Continua)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
<p><b>Dor aguda</b> relacionado à agente de lesão física, caracterizado por expressão facial de dor e comportamento protetor</p>	<p><b>Controle da dor</b> Amenizar e controlar a dor do paciente.</p>	<p><b>Controle da dor: aguda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a intensidade da dor;</li> <li>- Monitorar a dor utilizando um instrumento de classificação válido e confiável apropriado para a idade e a capacidade de comunicação;</li> <li>- Certificar-se de que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem dor;</li> <li>- Incorporar intervenções não farmacológicas conforme a etiologia da dor e a preferência</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)

**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Continua)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
		do paciente, conforme apropriado.
<p><b>Risco de infecção</b> relacionado a doença crônica com risco aumentado pela exposição a patógenos.</p>	<p><b>Controle de Riscos.</b> Manter o paciente livre de infecções durante a internação hospitalar.</p>	<p><b>Proteção contra infecção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção;</li> <li>- Monitorar vulnerabilidade da infecção;</li> <li>- Manter a assepsia para o paciente;</li> <li>- Promover a ingestão nutricional suficiente;</li> <li>- Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.</li> </ul> <p><b>Controle de Infecção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpar o ambiente apropriadamente após o uso de cada paciente;</li> <li>- Orientar os visitantes a lavarem as mãos na entrada e saída do quarto do paciente;</li> <li>- Manter um ambiente asséptico ideal durante a inserção central de cateter à beira do leito;</li> <li>- Garantir técnicas de cuidado de feridas apropriadas;</li> <li>- Incentivar o repouso;</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)

**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Continua)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a ingestão de líquidos, conforme apropriado;</li> <li>- Administrar terapia com antibióticos, conforme apropriado.</li> </ul>
<p><b>Integridade da pele prejudicada</b> relacionada a Diabetes, índice de massa corporal acima do normal da faixa para idade e sexo e secreções, evidenciado por cor da pele alterada, sangramento e superfície da pele danificada.</p>	<p><b>Integridade Tissular: Pele e Mucosas</b></p> <p>Melhorar a cicatrização da lesão</p>	<p><b>Cuidados com lesões por pressão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever as características da lesão em intervalos regulares, incluindo o tamanho (comprimento × largura × profundidade), estágio (I e II), localização, exsudato, tecido de granulação ou necrótico e epitelização;</li> <li>- Realizar cuidados com lesão de pele, assegurando técnica asséptica para troca de curativo</li> <li>- Monitorar para sinais e sintomas de infecção da ferida;</li> <li>- Orientar o indivíduo ou familiar sobre os procedimentos de cuidados da ferida.</li> </ul> <p><b>Supervisão da pele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem;</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)

**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Continua)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
		<p><b>Cuidados com o repouso no leito:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar mudança de decúbito, conforme indicado pela condição da pele;</li> <li>- Monitorar condição da pele.</li> </ul>
<p><b>Mobilidade física prejudicada</b> relacionada a dor e diminuição da força muscular, evidenciado por movimento lento.</p>	<p><b>Mobilidade</b> Paciente consegue movimentar-se livremente pelo ambiente com ou sem auxílio.</p>	<p><b>Controle do ambiente: segurança</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as necessidades de segurança do paciente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além da história de comportamento;</li> <li>- Usar dispositivos de proteção (grades de cama) para limitar fisicamente a mobilidade ou o acesso a situações perigosas;</li> <li>- Monitorar o ambiente quanto a alterações no estado de segurança.</li> </ul> <p><b>Terapia com exercício: mobilidade articular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar as limitações do movimento e o efeito sobre a função articular;</li> <li>- Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução de um programa de exercícios;</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)



**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Continua)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
<p><b>Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais</b> relacionada à dificuldade para engolir, evidenciado por peso corporal abaixo do peso ideal faixa para idade e sexo.</p>	<p><b>Estado nutricional</b></p> <p>Paciente melhora a ingestão de nutrientes, atendendo a suas necessidades metabólicas.</p>	<p><b>Controle nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar o estado nutricional do paciente e sua capacidade de atender às necessidades nutricionais;</li> <li>- Determinar as preferências alimentares do paciente;</li> <li>- Oferecer a seleção de alimentos, orientando em direção às escolhas mais saudáveis, se necessário;</li> <li>- Ajustar a dieta fornecendo alimentos ricos em proteínas e aumentar calorias conforme necessário;</li> <li>- Monitorar o consumo de calorias e da dieta;</li> <li>- Monitorar as tendências de perda ou ganho de peso;</li> </ul> <p><b>Alimentação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente sobre a preferência na ordem de alimentação;</li> <li>- Oferecer água depois da alimentação, se necessário;</li> </ul> <p>Alimentar o paciente sem pressa/vagarosamente.</p>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)

**Quadro 01:** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem associadas ao quadro clínico. (Conclusão)

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA	Resultados de Enfermagem (Metas)	Intervenção de Enfermagem – NIC
<p><b>Insônia</b> relacionado à ansiedade e perturbações ambientais, evidenciado por expressa insatisfação com o dormir.</p>	<p><b>Sono</b> Paciente melhora a qualidade do sono.</p>	<p><b>Controle do ambiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir os estímulos do ambiente, conforme apropriado;</li> <li>- Criar um ambiente seguro para o paciente.</li> </ul>
<p><b>Ansiedade</b> relacionado à dor e estressores, caracterizado por expressão de angústia.</p>	<p><b>Autocontrole da ansiedade</b> Redução da ansiedade no cliente.</p>	<p><b>Terapia de relaxamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar um ambiente calmo e sem interrupções com luzes fracas e temperatura agradável;</li> <li>- Utilizar um tom de voz suave com um ritmo lento das palavras;</li> <li>- Demonstrar e praticar as técnicas de relaxamento com o paciente.</li> </ul> <p><b>Apoio emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar com o paciente o que desencadeou as emoções;</li> <li>- Fazer declarações de apoio ou empáticas;</li> <li>- Auxiliar o paciente a reconhecer sentimentos como ansiedade, raiva ou tristeza;</li> <li>- Ficar com o paciente e proporcionar a garantia de segurança e proteção durante períodos de ansiedade;</li> <li>- Encorajar cliente a conversar.</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria a partir da bibliografia previamente citada (2023)

O enfermeiro tem competência para realizar curativos em lesões por pressão, além de intervir na prevenção da mesma, por meio de uma avaliação criteriosa da pele e classificação de risco da lesão, prescrevendo ações, que configuram umas das etapas importantes para manter a segurança do paciente (Mendonça *et al.*, 2018).

Além disso, a Resolução COFEN nº 0501/2015, regulamenta a atuação do enfermeiro sobre a avaliação e indicação de coberturas para as lesões na pele, mostrando a sua competência dentre a equipe de enfermagem no cuidado de feridas (COFEN, 2015).

Os planos de cuidados realizados por meio do PE foram registrados no sistema informacional do hospital, esperando uma melhora na evolução do paciente. Os registros de enfermagem são de suma importância para o processo do cuidar, e devem retratar a realidade a ser documentada, e deve ser registrada no prontuário do paciente as informações inerentes para sua saúde (COFEN, 2017). O registro possibilita o diálogo entre a equipe de saúde, além de servir para o ensino, pesquisa, auditorias, planejamento, fins estatísticos e outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o que foi exposto, percebe-se a importância do Processo de Enfermagem para a atuação e prática profissional, pois consolida a enfermagem enquanto ciência, além de conferir mais autonomia aos profissionais; em contraponto, o PE favorece também o cliente, pois possibilita observá-lo em sua integralidade, com base nas principais necessidades apresentadas. Trazendo para o contexto do cliente com DPOC, sabemos que a doença não tem cura, sendo assim, a aplicação das etapas do PE nos possibilita delimitar um plano de cuidados individualizado para o mesmo, de modo a tentar controlar e atenuar a sintomatologia que ele vem apresentando e minimizar possíveis complicações que possam surgir.

## REFERÊNCIAS

ATANAZIO, D. *et al.* Diagnóstico de enfermagem no cuidado de adultos e idosos hospitalizados com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Redes**, ano 5, nº 1. 2022.

CLÍMACO, D.C.S. *et al.* Sleep quality in COPD patients: correlation with disease severity and health status. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 48(03): e20210340. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN N° 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [Cofen – Conselho Federal de Enfermagem » RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 » Print](#). Acesso em 31 de jul. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução N° 0501/2015**. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05012015\\_36999.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05012015_36999.html). Acesso em 25 set. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN N° 564/2017**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em 25 set. de 2023

GOMES, R.V. *et al.* Análise do perfil epidemiológico das internações hospitalares de pacientes com DPOC no SUS em Sergipe: do ano de 2018. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, v. 6, n. 2. p. 23-36. 2020.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

MCCLOSKEY, J.C., *et al.*, (Eds.). (2018). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

MENDONÇA, P.K. *et al.* Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. e4610017, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 25: Doenças Respiratória Crônicas**. Ministério da Saúde: Brasília. 2010. 160p.

MOORHEAD, M. *et al.* **NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem**. [s.l.] Elsevier Editora Ltda., 2015.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem** 16(2): 251-257. 2012.

VINOLO-GIL, M.J. *et al.* Eficacia de la tele-rehabilitación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una revisión sistemática. **An Sist Sanit Navar** 45(2): e0999. 2022.