

Efetividade das intervenções de autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC: uma revisão integrativa

Effectiveness of self-management interventions in individuals diagnosed with COPD: an integrative review

Ana Paula Otoni Ogava¹ ; Gabriela Matoso Melgaço² ; Vanessa Pereira Lima^{3*} 

Resumo

Introdução: As intervenções de autogestão na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são impulsionadas pelo desenvolvimento de habilidades e confiança no paciente em sua capacidade de autogerir seus medicamentos e sintomas, visando retardar a progressão da doença. **Objetivo:** Identificar a efetividade das intervenções de autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, com pesquisa nas seguintes bases de dados: BVS, LILACS, EMBASE e PUBMED, no período de 2019 a 2024, sem restrição quanto ao idioma. **Resultados:** Identificaram-se 1.102 artigos, sendo 243 estudos elegíveis e 10 selecionados. Predominantemente, os estudos eram ensaios clínicos randomizados, realizados em diversos cenários, com intervenções que duraram 3 meses e acompanhamento pós-intervenção de 3 a 12 meses. Os resultados destacam a eficácia das intervenções, que mostraram benefícios em diversos aspectos, como função social, dispneia, mudanças comportamentais sustentadas, redução do tabagismo, qualidade de vida, habilidades de autogestão e ativação do paciente em relação à sua saúde. Tais estratégias foram realizadas por equipes multidisciplinares por meio de pictogramas, manuais, rodas de conversa e atendimentos individuais. **Conclusão:** As intervenções de autogestão na DPOC demonstraram-se efetivas nos desfechos de função social, redução da dispneia, sustentação da mudança de comportamento, diminuição do hábito tabagista, aumento da qualidade de vida, desenvolvimento de habilidades e autoeficácia na autogestão, além de maior engajamento no manejo de sua condição de saúde.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Autogestão; Comportamentos Relacionados com a Saúde; Qualidade de Vida; Dispneia.

Abstract

Background: Self-management strategies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are driven by the development of skills and confidence in the patient in their ability to self-manage their medications and symptoms, aiming to delay the progression of the disease. **Aim:** Identify the effectiveness of self-management interventions in people diagnosed with COPD. **Methods:** This is an integrative review, with research in the following databases: VHL, LILACS, EMBASE and PUBMED, from 2019 to 2024, without language restrictions. **Results:** 1,102 articles were found, of which 243 studies were eligible and 10 were selected. Predominantly, the studies were randomized clinical trials, carried out in different settings, with interventions that lasted 3 months and post-intervention follow-up of 3 to 12 months. The results highlight the effectiveness of the interventions, which showed benefits in several aspects, such as social function, dyspnea, sustained behavioral changes, reduction in smoking, quality of life, self-management skills and patient activation in relation to their health. These interventions were delivered by various health specialties in several formats, including pictograms, text manuals, conversation circles, and individual consultations. **Conclusion:** Self-management interventions for COPD have demonstrated effectiveness in improving outcomes related to social functioning, reduction of dyspnea, maintenance of sustained behavioral changes, reduction in smoking habits, enhancement of quality of life, development of self-management skills and self-efficacy, as well as increased patient engagement in managing their health condition.

Keywords: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Self-Management; Health Behavior; Quality of Life; Dyspnea.

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil

²Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil

³Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil

Como citar: Ogava APO, Melgaço GM, Lima VP. Efetividade das intervenções de autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy. 2025;16:e00452024. <https://doi.org/10.47066/2966-4837.e00452024pt>

Submissão em: Outubro 01, 2024
Aceito em: Dezembro 09, 2025

Estudo realizado em: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil.

Aprovação ética: Por se tratar de um estudo de revisão com dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa foi dispensada.

***Autor correspondente:** Vanessa Pereira Lima. E-mail: vanessa.lima@ufvjm.edu.br



Copyright© 2025 Os autores. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição pulmonar heterogênea caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, como falta de ar, tosse, produção excessiva de muco e expectoração e/ou possíveis períodos de piora (exacerbações). Esses sintomas resultam de alterações nas vias aéreas (como bronquite e bronquiolite) e/ou nos alvéolos (enfisema), levando a uma obstrução contínua, não reversível e, muitas vezes, progressiva do fluxo de ar¹.

A nível mundial, em 2020, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, essa condição de saúde acometia cerca de 300 milhões de pessoas, sendo a terceira principal causa de morte². Neste mesmo ano, a prevalência de DPOC no Brasil foi de 19% entre adultos maiores de 40 anos, com 23% dos casos concentrados na região Sudeste³. Segundo a Estimativa em Saúde Global, realizada pela OMS, em 2019, a DPOC foi a sexta causa de morte no país e a principal causa de anos de vida perdidos no âmbito das doenças respiratórias⁴. Ademais, em 2021, destacou-se por ser a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde entre pacientes com mais de 40 anos, com aproximadamente 200.000 hospitalizações⁵.

Nesse contexto, a condição crônica em questão resulta em altas taxas de perda de funcionalidade, da independência e causa também incapacidade. Isso se traduz em dificuldade para realizar as atividades cotidianas, conhecidas como Atividades de Vida Diária (AVD), que englobam desde tarefas simples até atividades mais complexas que exigem maior independência funcional, categorizadas como Atividades de Vida Diária Instrumentais (AIVD). Essas limitações restringem a participação social impactando diretamente na qualidade de vida (QV), índice de mortalidade e na incapacidade desses pacientes⁶.

Os períodos de exacerbações, caracterizados por uma piora aguda dos sintomas devido a fatores que podem agir de maneira isolada ou correlacionada como infecções respiratórias, exposição à poluição, entre outros, contribuem negativamente para a gravidade do quadro clínico^{1,6}. Estima-se que, cerca de 150 a 200 mil internações hospitalares a cada ano são geradas a partir desses episódios⁷. Isso acontece, pois os fatores desencadeiam uma resposta exacerbada do sistema imune, aumentando a inflamação sistêmica e o aprisionamento de ar, ocasionando a dispneia, tosse e quadro hipersecretivo¹.

Diante desse cenário, a autogestão dos sintomas, dos medicamentos, das mudanças nos hábitos de vida e a cessação do tabagismo têm recebido cada vez mais ênfase no tratamento dessa condição. O intuito é capacitar a pessoa com o diagnóstico a gerir sua sintomatologia, prevenindo desfechos adversos, como exacerbações, complicações graves, perda de capacidade funcional, hospitalizações e piora na QV^{1,8}.

No que tange às intervenções de autogestão na DPOC, estas englobam a educação em saúde sobre a doença e o desenvolvimento de habilidades nos pacientes para que

possam gerir seus medicamentos, sintomas, episódios de exacerbação e adotar um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios físicos e a cessação do tabagismo. O objetivo é retardar a progressão da doença, melhorar a funcionalidade, reduzir a incapacidade, aumentar a QV e prevenir exacerbações, reforçando que a mudança de comportamento seja impulsionada pela confiança do paciente em sua capacidade de se envolver no autogerenciamento. É fundamental que os profissionais da área da saúde conheçam essas estratégias e qual a melhor forma de implementá-las, uma vez que partirão deles a educação e o empoderamento em saúde. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão integrativa sobre a efetividade das intervenções de autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa, a qual reúne e analisa criticamente diferentes tipos de estudo, avaliando seus pontos fortes e fracos para obter conclusões confiáveis e identificar lacunas no conhecimento⁹. A pesquisa seguiu as recomendações de Dholand et al.^{10,11}, sendo elas:

- 1) Definir a pergunta de pesquisa com acrônimos ajuda o pesquisador a estruturar e delimitar a questão de forma clara, objetiva e específica, compreendendo os elementos-chave da pesquisa;
- 2) Detalhar a estratégia de busca para garantir que os resultados sejam reproduzíveis, considerando as particularidades das bases de dados e o uso correto dos operadores booleanos;
- 3) Avaliar criticamente os resultados para determinar se estes são apropriados e de qualidade para serem incluídos no estudo. Essa avaliação deve ser revisada em equipe e as divergências devem ser discutidas até o consenso;
- 4) Sumarizar os resultados por meio de um fluxograma, incluindo etapas de identificação, triagem e inclusão, assegurando uma revisão transparente e abrangente¹⁰;
- 5) Extração e redução dos dados por meio da elaboração de uma tabela de extração para sumarizar os resultados da busca realizada;
- 6) Análise crítica dos dados extraídos para escrita dos resultados;
- 7) Conclusões e implicações da pesquisa ressaltando a relevância, implicações clínicas e as limitações do estudo realizado.

Além de seguir as etapas supracitadas, foram contempladas a: Elaboração da pergunta de pesquisa, critérios de elegibilidade para seleção dos artigos, variáveis do estudo, estratégia de busca, seleção dos artigos, extração e análise dos dados e os aspectos éticos dessa pesquisa.



Elaboração da pergunta de pesquisa

A abordagem da Prática Baseada em Evidências (PBE) propõe que os problemas clínicos sejam especificados com o acrônimo PICO: Paciente, Intervenção, Comparação e Resultados. Esses quatro elementos são fundamentais para elaboração de uma pergunta de pesquisa bem delimitada e objetiva. Uma pergunta bem estruturada permite identificar as informações necessárias e direciona a busca de evidências nas bases de dados de forma focada¹². Por este motivo, a estratégia PICO foi escolhida para nortear a pergunta que contempla essa pesquisa, cuja foi desenvolvida da seguinte maneira:

- P (população): pacientes com diagnóstico de DPOC;
- I (intervenção): habilidade de autogestão em saúde;
- C (comparador): não se aplica, pois, esta pesquisa não visa realizar comparação entre intervenções;
- O (desfechos): QV, dispneia, incapacidade, atividade de vida diária (AVD), comportamento sedentário, atividade física e exacerbações.

Resultando na seguinte pergunta: Qual a efetividade das intervenções de autogestão em pessoas com diagnóstico de DPOC?

Critérios de elegibilidade

- Critérios de Inclusão: artigos publicados entre 2019 a 2024 resultante de pesquisa quantitativa do tipo: Ensaio Clínico Randomizado, caso-controle, estudo quase ou experimentais e todos os tipos de revisões da literatura, texto disponível na íntegra e não houve restrição de idiomas.
- Critérios de Exclusão: estudos que somente descreviam a intervenção de autogestão e que não avaliavam a eficácia da mesma ou que não retratavam a temática.

Variáveis de desfecho

QV, alívio da dispneia, redução da incapacidade, atividade de vida diária (AVD), redução do comportamento sedentário, atividade física e exacerbações.

Estratégia de busca

Foi desenvolvida a partir dos termos descritos acima, identificando os descritores controlados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e thesaurus do Embase (EMTREE) contemplado pela base de dados EMBASE. Os descritores foram combinados usando os operadores booleanos OR e AND. A busca foi conduzida de Abril até Agosto de 2024 na metabase BVS, LILACS, EMBASE e PUBMED. Exemplo das estratégias de busca final (Quadro 1).

Seleção dos artigos

Os resultados foram obtidos nas bases PUBMED e EMBASE. Em seguida, exportados ao programa Rayyan, o qual tem a função de excluir duplicatas e de triagem pela leitura de títulos e resumos. Após excluí-las e aplicar os critérios de elegibilidade, foi realizada a leitura dos títulos e resumos. A triagem foi realizada por duas pesquisadoras (APOO e GMM) de forma independente, escolhendo os estudos para leitura completa. As divergências foram resolvidas por uma terceira pesquisadora (VPL). Após a conclusão da seleção, os dados foram extraídos por meio de download e leitura completa.

Extração e análise dos dados

Iniciou-se a elaboração dos quadros de extração de dados dos artigos selecionados (Quadros 2 e 3), realizando a análise em equipe e resolvendo as discordâncias com uma terceira revisora (VPL). Essa abordagem colaborativa garantiu a consistência na extração e análise dos dados.

Planilhas no Microsoft Excel 2019 foram produzidas com os dados como o título do artigo, autor, ano de publicação, local, objetivo do estudo e número amostral e uma segunda focada nos dados principais das intervenções dos estudos, incluindo: idade dos participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção, duração da intervenção, desfechos avaliados e conclusão do estudo.

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo de revisão com dados de domínio público, sem envolvimento de seres humanos, a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa foi dispensada.

RESULTADOS

Foram recuperadas 1.102 publicações nas bases de dados. Após a exclusão de 317 duplicatas, um total de 785 estudos permaneceram. Em seguida, aplicaram-se os critérios de elegibilidade, resultando na exclusão de 542 estudos. Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 243 artigos restantes, dos quais 231 foram excluídos. Assim, 12 estudos foram considerados elegíveis para inclusão. No entanto, dois artigos não foram incluídos por não estarem disponíveis na íntegra, resultando em dez artigos incluídos nesta Revisão Integrativa (Figura 1). Foi realizado o contato aos autores, entretanto não houve resposta.

Os artigos selecionados (Quadro 2) foram publicados no idioma inglês e produzidos na Suécia^{13,14}, Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Reino Unido¹⁵, Taiwan¹⁶, Turquia¹⁷, Guizhou¹⁸, Austrália¹⁹, Coreia²⁰ e Canadá²¹. As intervenções foram realizadas em centros de Atenção Primária a Saúde^{13,14}, na Unidade de Terapia Intensiva¹⁶, no âmbito hospitalar e a domicílio¹⁷, em todos os ambientes de cuidado em saúde¹⁹, no Hospital^{18,20} e três sem especificação do cenário^{8,15,21}. O desenho de estudo mais

**Quadro 1.** Estratégia de busca realizada nas Bases de Dados PUBMED, BVS, LILACS, MEDLINE e EMBASE.

Data	Base de dados	Estratégia de busca final	Nº de resultados
10/08/2024	PUBMED	"pulmonary disease, chronic obstructive"[MeSH Terms] OR "Chronic Obstructive Lung Disease"[All Fields] OR "Chronic Obstructive Pulmonary Diseases"[All Fields] OR "COAD"[All Fields] OR "COPD"[All Fields] OR "Chronic Obstructive Airway Disease"[All Fields] OR "Chronic Obstructive Pulmonary Disease"[All Fields] OR "Chronic Airflow Obstructions"[All Fields] OR "Chronic Airflow Obstruction"[All Fields] AND "Health Behavior"[MeSH Terms] OR "Health Behaviors"[All Fields] OR "Health Related Behavior"[All Fields] OR "Health-Related Behaviors"[All Fields] OR "behavior therapy methods*"[All Fields] OR "counseling methods*"[All Fields] OR "health knowledge attitudes practice*"[All Fields] OR "risk reduction behavior*"[All Fields] OR "self management*"[All Fields] OR "behavior therapy methods*"[All Fields] OR "pulmonary rehabilitation"[All Fields] OR "behavior change techniques"[All Fields] OR "health behavior counseling"[All Fields] OR "outcome assessment health care"[All Fields] OR "Self Care"[All Fields] AND "Activities of Daily Living"[MeSH Terms] OR "ADL"[All Fields] OR "Daily Living Activities"[All Fields] OR "Daily Living Activity"[All Fields] OR "Chronic Limitation of Activity"[All Fields] OR "Sedentary Behavior"[MeSH Terms] OR "Sedentary Behaviors"[All Fields] OR "Sedentary Lifestyle"[All Fields] OR "Physical Inactivity"[All Fields] OR "Lack of Physical Activity"[All Fields] OR "Sedentary Time"[All Fields] OR "Sedentary Times"[All Fields] AND "Quality of Life"[MeSH Terms] OR "Life Quality"[All Fields] OR "Health Related Quality Of Life"[All Fields] OR "HRQOL"[All Fields] OR "quality of life*"[All Fields] OR "healthy lifestyle*"[All Fields] OR "Dyspnea"[MeSH Terms] OR "Shortness of Breath"[All Fields] OR "Breath Shortness"[All Fields] OR "Breathlessness"[All Fields]	597
10/08/2024	BVS	"pulmonary disease, chronic obstructive" OR "Chronic Obstructive Lung Disease" OR "COPD" OR "Chronic Airflow Obstructions" OR "Chronic Airflow Obstruction" AND "Health Behavior" OR "Health Behaviors" OR "Health Related Behavior" OR "Health-Related Behaviors" OR "pulmonary rehabilitation" OR "Risk Reduction Behavior" OR "Risk Reduction" OR "health behavior counseling" OR "self management" AND "Activities of Daily Living" OR "ADL" OR "Daily Activities" OR "Chronic Activity Limitation" AND "Sedentary Behavior" OR "Sedentary Behaviors" OR "Sedentary Lifestyle" OR "Sedentary Lifestyles" OR "Physical Inactivity" OR "Sedentary" OR "Sedentary Time" AND "Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "HRQOL" OR "Life Quality" AND "Dyspnea" OR "Breath Shortness" OR "Breath Shortnesses" OR "Breathlessness" OR "Shortness of Breath"	0
10/08/2024	LILACS	Mesma estratégia utilizada na base de dados BVS	0
10/08/2024	EMBASE	('chronic obstructive lung disease' OR 'chronic airflow obstruction' OR 'chronic airway obstruction' OR 'chronic obstructive bronchopulmonary disease' OR 'chronic obstructive lung disorder' OR 'chronic obstructive pulmonary disease' OR 'chronic obstructive pulmonary disorder' OR 'chronic obstructive respiratory disease' OR 'chronic pulmonary obstructive disease' OR 'chronic pulmonary obstructive disorder' OR 'copd' OR 'lung chronic obstructive disease' OR 'lung disease, chronic obstructive' OR 'obstructive chronic lung disease' OR 'obstructive chronic pulmonary disease' OR 'obstructive lung disease, chronic' OR 'pulmonary disease, chronic obstructive' OR 'pulmonary disorder, chronic obstructive') AND ('behavior, health' OR 'behaviour, health' OR 'health behaviour' OR 'health promoting behavior' OR 'health promoting behaviour' OR 'health related behavior' OR 'health related behaviour' OR 'health behavior' OR 'risk reduction behavior' OR 'risk reduction behaviour' OR 'risk reduction' OR 'lung rehabilitation' OR 'pulmonary rehabilitation' OR 'health behavior counseling' OR 'self management') AND ('activities of daily living' OR 'activity, daily living' OR 'ADL (activities of daily living)' OR 'daily living activity' OR 'daily life activity' OR 'sedentary behavior' OR 'sedentary behaviour' OR 'sedentary life style' OR 'sedentary lifestyle') AND ('health related quality of life' OR 'HRQL' OR 'life quality' OR 'quality of life' OR 'breathing difficulties' OR 'breathing difficulty' OR 'breathlessness' OR 'difficult breathing' OR 'difficult respiration' OR 'dyspneas' OR 'dyspneic syndrome' OR 'dyspnoea' OR 'dyspnoeae' OR 'dyspnoeas' OR 'lung dyspnea' OR 'lung dyspnoea' OR 'shortness of breath' OR 'dyspnea')	505

Legenda: PubMed: Public/Publisher; BVS: Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; Embase: Excerpta Medica Database.

Fonte: elaborado pelos autores.

prevalente foi o Ensaio Clínico Randomizados^{13,14,17,18,20}, seguido de Revisões Sistemáticas de ensaios clínicos randomizados^{8,19}, Revisão Sistemática com Meta-análise¹⁵, Estudo prospectivo e quase-experimental¹⁶ e Estudo de viabilidade de coorte prospectivo antes e depois²¹.

Em relação ao ano de publicação, os estudos foram distribuídos da seguinte maneira: duas publicações em

2019^{13,14}, três em 2020¹⁵⁻¹⁷, duas em 2021^{8,18} e uma nos anos de 2022¹⁹, 2023²⁰ e 2024²¹. No que se refere ao tamanho amostral, os ensaios clínicos incluídos variaram entre 40 e 162 participantes. Nas revisões sistemáticas, os estudos primários contemplados apresentaram amostras que variaram entre 23 e 1.447 participantes, Estudo Prospectivo Quase-Experimental com 55 participantes



Quadro 2. Caracterização dos estudos selecionados.

Autor	Título	País	Desenho do estudo	Objetivo	Tamanho amostral	Idade dos participantes	Valores de VEF ₁ , VEF ₁ % pred	Cenário
Smalley et al. ⁸	Can self-management programmes change healthcare utilization in COPD? A systematic review and framework analysis.	Local não especificado	Revisão Sistemática de ensaios clínicos randomizados	Avaliar a capacidade de programas de autogestão em mudar os comportamentos de procura de cuidados de saúde de pessoas com DPOC	O tamanho da amostra variou entre 40 e 743 pacientes	Não especificado	Não especificado	Não especificado
Zakrisson et al. ¹³	A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow-up.	Suécia	Ensaio multicêntrico de controle randomizado	Avaliar os efeitos de uma intervenção de autogestão na APS* para pacientes com DPOC** ou ICC***	162 participantes	Média entre 71 a 74 anos	VEF ₁ /CVF [®] < 0,70 e VEF ₁ % < 80% do previsto após broncodilação	Centros de Saúde Primária
Luhr et al. ¹⁴	Effects of a self- management programme on patient participation in patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial.	Suécia	Ensaio Clínico Randomizado Multicêntrico	Descrever os efeitos de um programa de autogestão nas Preferências e Experiências de Participação de pacientes com DPOC ou ICC na APS	118 participantes.	Média entre 72 a 74 anos	VEF ₁ /CVF [®] < 0,70 e VEF ₁ % < 80% do previsto	Centros de Saúde Primária
Shaw et al. ¹⁵	Are COPD self- management mobile applications effective? A systematic review and meta-analysis.	Países Baixos e Reino Unido	Revisão Sistemática e Meta-análise	Sintetizar e avaliar as evidências sobre a eficácia de aplicativos móveis em comparação aos cuidados habituais em pessoas com DPOC	1.447 participantes	≥60 anos	A média do VEF ₁ % previsto variou entre 47,6% a 48,9%	Não especificado
Liou et al. ¹⁶	Improving self-care efficacy and quality of life with a self-management program among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A quasi-experimental study.	Taiwan	Estudo prospectivo e quase experimental	Investigar a eficácia de um programa de autogestão em eficácia do autocuidado e QV [®] relacionada à saúde em pacientes com DPOC	55 participantes	idade superior a 30 anos	Não especificado	UTI [#] de um centro médico.
Cevirme e Gokcay ¹⁷	The impact of an Education-Based Intervention Program (EBIP) on dyspnea and chronic self-care management among chronic obstructive pulmonary disease patients. A randomized controlled study.	Turquia	Ensaio randomizado controlado pré-teste- pós-teste	Investigar o efeito do EBIP [®] , liderado por uma equipe de enfermeiros, para pessoas com DPOC	40 participantes	61 a 66 anos	VEF ₁ % entre 50% e 79%	Hospital Universitário e nas residências dos pacientes

Legenda: QV[®] = Qualidade de Vida; APS* = Atenção Primária em Saúde; DPOC/COPD** = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC/CHF*** = Insuficiência Cardíaca Congestiva; UTI[#] = Unidade de Terapia Intensiva; EBIP[®] = Programa de Intervenção Baseado na Educação; VEF₁/CVF[®] = Relação entre o volume expirado no primeiro segundo e a capacidade vital forçada; VEF₁% = Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.



Quadro 2. Continuação...

Autor	Título	País	Desenho do estudo	Objetivo	Tamanho amostral	Idade dos participantes	Valores de VEF ₁ /CVF, VEF ₁ % pred	Cenário
Wang et al. ¹⁸	A mobile health application to support self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial.	Guizhou	Ensaio clínico randomizado, controlado e cego	Investigar os efeitos de um aplicativo móvel de saúde para Smartphone em pacientes com DPOC	78 participantes	Não especificado	Não especificado	Enfermaria de um Hospital
Shnaigat et al. ¹⁹	Effectiveness of patient activation interventions on chronic obstructive pulmonary disease self-management outcomes: A systematic review.	Austrália	Revisão Sistemática de ensaios clínicos randomizados.=	Avaliar o efeito das intervenções de autogestão da DPOC orientadas pela ativação do paciente	O tamanho da amostra variou entre 23 e 763 pacientes	Entre 64 a 74 anos	Não especificado	Em todos os ambientes de cuidados de saúde
Choi et al. ²⁰	Effect of self- management education using pictogram-based content of health information on outcomes in Korean patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial.	Coreia	Ensaio Clínico Randomizado	Avaliar o impacto de nossa educação de autogestão baseada em pictogramas na experiência de sintomas, autoeficácia, adesão à autogestão e qualidade de vida relacionada a saúde entre pacientes com DPOC	66 participantes	Idade igual ou superior a 40 anos	Não especificado	Ambulatório respiratório de um Hospital Universitário
Wu et al. ²¹	Feasibility of a wearable self-management application for patients with COPD at home: a pilot study	Canadá	Estudo de viabilidade de coorte prospectivo antes e depois	Determinar se os pacientes com DPOC usarão um aplicativo dedicado para smartphone e smartwatch para ajudar a controlar sua DPOC e, em caso afirmativo, determinar os efeitos em seu autogerenciamento	Amostra foi de conveniência de 30 participantes	Idade igual ou superior a 40 anos	Não especificado	Não especificado

Legenda: QV^o = Qualidade de Vida; APS* = Atenção Primária em Saúde; DPOC/COPD** = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC/CHF... = Insuficiência Cardíaca Congestiva; UTI# = Unidade de Terapia Intensiva; EBIP&= Programa de Intervenção Baseado na Educação; VEF1/CVF® = Relação entre o volume expirado no primeiro segundo e a capacidade vital forçada; VEF1% = Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.



Quadro 3. Síntese das intervenções e dos resultados dos estudos selecionados.

Autor	Intervenção (Grupo Experimental)	Intervenção (Grupo Controle)	Duração da intervenção	Desfechos avaliados	Instrumentos	Resultado
Smalley et al. ⁸	Intervenções de autogerenciamento em pessoas com DPOC.	Cuidados habituais	Não especificado	-Hospitalização; -Readmissões; -QV; -Mortalidade.	A partir dos resultados dos artigos, foi realizada uma análise apoiada na teoria da mudança de comportamento (TDF) para avaliar os desfechos	Não houve resultado significativo em nenhum dos desfechos
Zakrisson et al. ¹³	Cuidados habituais em saúde Intervenção de autogestão (rastrear e sanar as temáticas trazidas pelos participantes, bem como treinar habilidades de autogestão)	Cuidados habituais em saúde	3 meses com acompanhamento da população até um ano após a intervenção	-Autoeficácia em relação à dispneia e ao exercício físico; -Sintomas de dispneia; -Funcionalidade relacionada à fadiga; -Estado geral de saúde; -Sintomas emocionais; -QV.	-PSEFSM -S-ESES; -mMRC; -FIS; -SF-36. -HADS; -COPM; -TC6.	A função social foi estatisticamente significante medida pelo SF36 modificar por gentileza
Luhr et al. ¹⁴	Cuidados habituais em saúde intervenção de autogestão (rastrear e sanar as temáticas trazidas pelos participantes, bem como treinar habilidades de autogestão).	Cuidados habituais em saúde	3 meses com acompanhamento da população até um ano após a intervenção	-Funcionalidade; -Capacidade; -Limitações funcionais devido à fadiga; -Autoeficácia relacionada ao exercício e fadiga; -Saúde; -Participação do paciente.	Conjunto de questionários elaborados pelos autores para avaliar os desfechos, apoiado nas Preferências do Paciente para a Participação do Paciente (os 4Ps)	Não houve diferença significante em nenhum dos desfechos
Shaw et al. ¹⁵	Intervenções em que pessoas com DPOC receberam um dispositivo móvel contendo um programa que despenhava uma função específica relacionada à DPOC e à saúde pessoal.	Cuidados habituais	Variou entre 2 semanas a 1 ano	-Exacerbações da DPOC; -Função física; -QV; -Dispneia e Fadiga; Atividade física; -Autoeficácia; -Ansiedade e depressão.	-Relato do paciente segundo exacerbações; -Shuttle walking test; TC6; -SF-12; SF-36; CCQ; SGRQ; -Chronic Respiratory Disease Questionnaire; mMRC; -CRQ; MFI; FACIT-F; -Acelerômetros; pedômetros; Moderate Physical Activity questionnaire; Baecke Physical Activity Questionnaire; -Não informado para autoeficácia; -HADS.	Não houve diferença estatisticamente significante em nenhum dos desfechos

Legenda: QV = Qualidade de Vida; TDF = Estrutura de Domínios Teóricos; SGRQ = Saint George Respiratory Questionnaire; PSEFSM = Autoeficácia percebida da Escala para autogestão da fadiga; S-ESES = Escala Sueca de Autoeficácia no Exercício; HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; mMRC = Escala MRC modificada; FIS = Escala de Impacto da Fadiga; COPM = Medida Canadense de desempenho ocupacional; TC6 = Teste de caminhada de seis minutos; SF-12 = pesquisa resumida de 12 itens; SF-36 = pesquisa resumida de 36 itens; MRC = Dispnéia do Conselho de Pesquisa Médica; CSES = Escala de Autoeficácia da DPOC; CCQ = Escala Clínica da DPOC Questionário; BDI = Índice de Dispnéia Basal; SCMP-G = Escala de gerenciamento do autocuidado; CAT = Teste de Avaliação da DPOC; CSMS = Comportamento de autogestão; CDSES-K = Chronic Disease Self-Efficacy Scale; CRQ = Chronic Respiratory Questionnaire; MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; FACIT-F = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue; PAM = Patient Activation Measure; PRAISE = Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy; IMC = índice de massa corporal.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.



Quadro 3. Continuação...

Autor	Intervenção (Grupo Experimental)	Intervenção (Grupo Controle)	Duração da intervenção	Desfechos avaliados	Instrumentos	Resultado
Liou et al. ¹⁶	Programa de autogestão que com um manual de instruções que inclui o gerenciamento da sintomatologia.	Tratamento usual para pacientes com DPOC. pós a admissão educar os pacientes sobre os sintomas da DPOC e a adesão às prescrições do tratamento	Após alta hospitalar, foi realizado o acompanhamento por 3 meses	-Dispneia; -Autoeficácia; -QV.	-MRC; -CSES; -CCQ.	Resultado estatisticamente significativo na QV, Autoeficácia (após alta hospitalar) pelo CSES e na Dispneia (após 2 meses de alta) pelo MRC
Cevirme e Gokcay ⁷	Programa de Intervenção Baseado na Educação (EBIP) que consistiu em Educação hospitalar; visitas domiciliares + educação e monitoramento, um manual de instruções e orientações telefônicas.	Cuidados e tratamento de rotina	3 meses	-Dispneia; -Habilidades de autogerenciamento; -Hospitalizações; -Mudança no IMC; -Mudanças na função pulmonar.	-BDI; -SCMP-G; -Formulário elaborado pelos autores; -IMC; -Espirometria.	Melhora estatisticamente significativa na dispneia pelo BDI e nas habilidades de autogestão pelo SCMP-G
Wang et al. ¹⁸	Dispositivo móvel contendo um aplicativo de saúde para autogestão e cuidados habituais em DPOC. O treinamento foi realizado antes de receberem alta.	Cuidados habituais que incluía educação em saúde, como aconselhamento sobre manutenção de atividade física 3 a 5x por semana, uso de medicamentos e prescrição de oxigenioterapia) por uma enfermeira respiratória na alta	No terceiro, no sexto e ao décimo segundo mês após a intervenção	-Comportamento de autogestão, -QV; -Mudança sustentada de comportamento, isto inclui, atividade física e cessação do tabagismo.	-CSMS; -CAT; -Questionário elaborado pelos autores sobre atividade física e tabagismo	Melhora estatisticamente significativa para: -Melhora na QV em ambos os grupos no 3, 6 e aos 12 meses pelo CAT; -Comportamento de autogestão ao longo dos 12 meses pelo CSMS; -Mudança de comportamento sustentada aos 3, 6 e aos 12 meses pelo questionário; -Redução no hábito tabagista após 1 ano e redução na quantidade de cigarros fumados por dia pelo questionário.

Legenda: QV = Qualidade de Vida; TDF = Estrutura de Domínios Teóricos; SGRQ = Saint George Respiratory Questionnaire; PSEFSM = Autoeficácia percebida da Escala para autogestão da fadiga; S-ESES = Escala Sueca de Autoeficácia no Exercício; HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; mMRC = Escala MRC modificada; FIS = Escala de Impacto da Fadiga; COPM = Medida Canadense de desempenho ocupacional; TC6 = Teste de caminhada de seis minutos; SF-12 = pesquisa resumida de 12 itens; SF-36 = pesquisa resumida de 36 itens; MRC = Dispneia do Conselho de Pesquisa Médica; CSES = Escala de Autoeficácia da DPOC; CCQ = Escala Clínica da DPOC Questionário; BDI = Índice de Dispneia Basal; SCMP-G = Escala de gerenciamento do autocuidado; CAT = Teste de Avaliação da DPOC; CSMS = Comportamento de autogestão; CDES-K = Chronic Disease Self-Efficacy Scale; CRQ = Chronic Respiratory Questionnaire; MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; FACIT-F = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue; PAM = Patient Activation Measure; PRAISE = Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy; IMC = índice de massa corporal.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.



Quadro 3. Continuação...

Autor	Intervenção (Grupo Experimental)	Intervenção (Grupo Controle)	Duração da intervenção	Desfechos avaliados	Instrumentos	Resultado
Shnaigat et al. ¹⁹	Intervenções de autogestão com a premissa da ativação do paciente.	Não houve grupo comparador. A pesquisa visa a comparação entre as intervenções rastreadas	Alguns dos estudos incluídos realizaram o acompanhamento pós intervenção de autogestão entre 3 a 24 meses	-Atividade física; -Saúde mental (depressão ansiedade); -Ativação e autoeficácia do paciente no autogestão; -Hospitalizações e visitas de emergência, -QV.	-TC'6; Shuttle Walking Test; -HAD; -PAM; PRAISE; -CAT; SGRQ; -Não foi especificado para hospitalizações e visitas de emergência	Resultado estatisticamente significativo na ativação e autoeficácia do paciente no autogestão pelo PRAISE
Choi et al. ²⁰	Educação sobre autogestão baseado em pictogramas ofertada por meio de sessões individualizadas de 30 minutos.	Educação tradicional ministrada por meio de panfletos baseados em texto	Durante o período no ambulatório e acompanhamento 2 meses após alta	-Experiência de sintomas, -Autoeficácia, -Adesão a autogestão, -QV.	-The Symptom Experience Scale; -CDESK; -The self-care scale; -SGRQ.	Resultados estatisticamente significativo na autoeficácia pelo CDESK
Wu et al. ²¹	Aplicativo que fornece monitoração e registro da frequência cardíaca, saturação de oxigênio, atividade, tosse, recursos educacionais para DPOC, incluindo exercícios em vídeo de respiração com freio labial, um plano de ação para DPOC no qual os pacientes podiam inserir seu plano de ação em caso de exacerbação, lembretes de medicamentos e mensagens motivacionais incentivando a participação	Não houve. A pesquisa visou comparar o antes e depois do grupo intervenção	6 meses	-Adesão ao aplicativo, -Comportamento de autogestão, -QV, -Controle clínico da doença, -Autoeficácia, -Dispneia.	-Determinado pelo tempo de uso registrado pelo próprio aplicativo, -CRQ, por meio da mudança na subseção Mastery, -CRQ e SGRQ, -CCQ, -CSES, -MRC.	Resultados estatisticamente significativo na redução da autoeficácia pelo CSES

Legenda: QV = Qualidade de Vida; TDF = Estrutura de Domínios Teóricos; SGRQ = Saint George Respiratory Questionnaire; PSEFSM = Autoeficácia percebida da Escala para autogestão da fadiga; S-ESES = Escala Sueca de Autoeficácia no Exercício; HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; mMRC = Escala MRC modificada; FIS = Escala de Impacto da Fadiga; COPM = Medida Canadense de desempenho ocupacional; TC'6 = Teste de caminhada de seis minutos; SF-12 = pesquisa resumida de 12 itens; SF-36 = pesquisa resumida de 36 itens; MRC = Dispneia do Conselho de Pesquisa Médica; CSES = Escala de Autoeficácia da DPOC; CCQ = Escala Clínica da DPOC Questionário; BDI = Índice de Dispneia Basal; SCMP-G = Escala de gerenciamento do autocuidado; CAT = Teste de Avaliação da DPOC; CSMS = Comportamento de autogestão; CDESK-K = Chronic Disease Self-Efficacy Scale; CRQ = Chronic Respiratory Questionnaire; MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; FACIT-F = Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue; PAM = Patient Activation Measure; PRAISE = Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy; IMC = índice de massa corporal.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

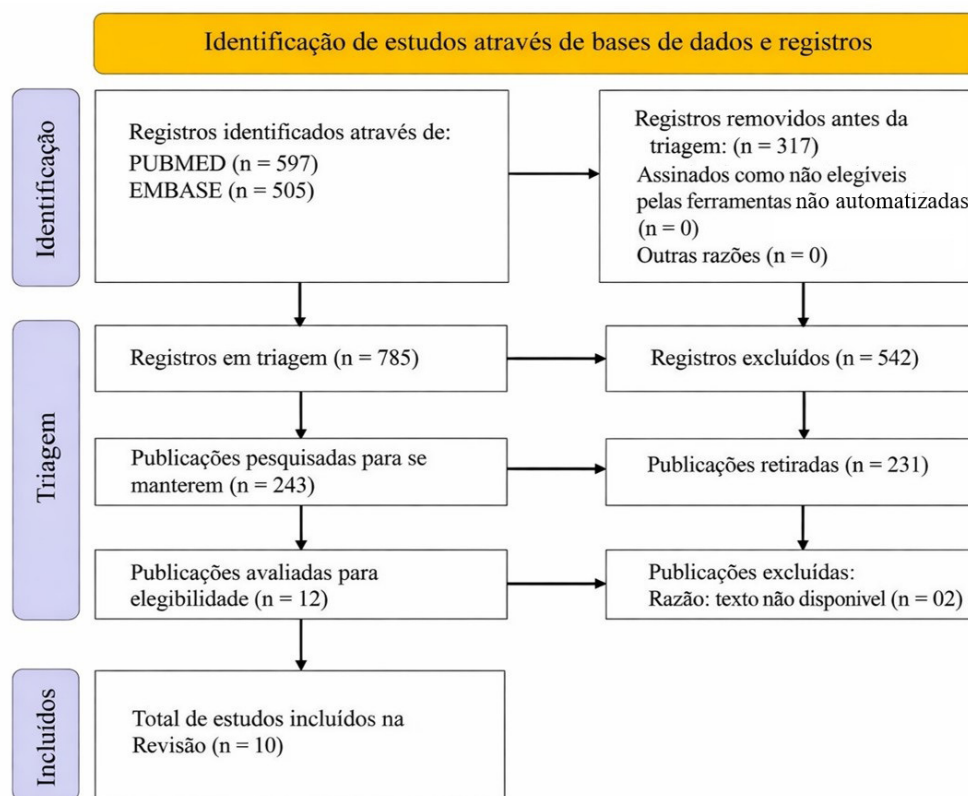


Figura 1. Fluxograma da composição amostral segundo critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020*.

Fonte: elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

e o Estudo de viabilidade de coorte prospectivo antes e depois com 30 participantes, sendo que um estudo não especificou o número amostral⁸.

No que tange à caracterização das populações e das intervenções dos estudos (Quadro 3), houve predominância do sexo masculino^{13,15,17-20}, sendo apenas um estudo com predomínio do sexo feminino¹⁶. A idade variou entre 60 a 81 anos. A duração das intervenções foi de 3 meses e um acompanhamento pós-intervenção que variou entre 3 a 12 meses. Dos nove estudos, oito deles utilizaram como comparador de sua intervenção, os cuidados habituais^{8,13-18,20}.

Os desfechos predominantes foram: autoeficácia e habilidades no autocuidado nos pacientes após a intervenção; mudança sustentada de comportamento (atividade física e cessação do tabagismo); sintomas de dispneia e fadiga; QV, exacerbações da DPOC e número de hospitalizações/readmissões. Como resultados estatisticamente significantes: função social¹³, de habilidades de autogestão de doenças crônicas pelos pacientes com DPOC e mudança de comportamento sustentada quando a intervenção foi implantada^{17,18}. Além disso, apresentou-se melhora da QV e Autoeficácia após alta hospitalar e dispneia após 2 meses de alta^{16,19,20}. Em contrapartida, apenas um estudo obteve redução neste último desfecho mencionado²¹. Os estudos de Smalley et al.⁸, Luhr et al.¹⁴ e Shaw et al.¹⁵ não apresentaram resultados estatisticamente significantes.

DISCUSSÃO

Essa Revisão de Literatura, evidenciou que as intervenções de autogestão foram eficazes nos desfechos de função social, dispneia, mudança de comportamento sustentada, redução do hábito tabagista, QV, habilidades e ativação do paciente em relação a sua condição de saúde. Entretanto, os resultados sobre autoeficácia foram conflitantes. As intervenções variaram amplamente entre especialidades e utilizaram diversos instrumentos, alguns dos quais não são específicos para a condição estudada e não seguem um consenso uniforme sobre os componentes das intervenções.

Diante do exposto, a função social foi um desfecho positivo das intervenções de autogestão, refletindo a participação dos indivíduos em atividades cotidianas e sociais¹³. Portanto, favorecer a sociabilidade é crucial, pois, como destacado no estudo de Disler et al.²², o isolamento social é comum em indivíduos com DPOC, principalmente devido à dispneia, o que pode resultar em problemas como ansiedade e depressão, que são preditores de mortalidade²³. Outro desfecho favorecido foi a dispneia, com melhorias notáveis após dois meses da intervenção¹⁶, uma vez que é uma das principais causas de hospitalizações¹. Esses achados são corroborados por uma revisão sistemática, que mostrou que as intervenções de autogestão melhoraram significativamente a dispneia persistindo após dois meses da intervenção²⁴.



Houve redução do tabagismo e da mudança de comportamento sustentada, isto é, aumento da frequência de exercício físico¹⁸. A cessação é a principal intervenção para o manejo da DPOC, pois influencia diretamente a sintomatologia, reduzindo a frequência de exacerbações. A inclusão de exercícios físicos na rotina dos pacientes com DPOC é essencial para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e a força muscular, uma vez que devido a redução de suas atividades cotidianas e sociais, experimentam uma vida sedentária e, se tornam, menos tolerantes ao esforço, resultando em sintomas como dispnéia e exacerbações¹. O estudo de Gregersen et al.²⁵ também demonstrou que intervenções de autogestão reduziram hospitalizações e o uso de serviços de saúde, além de melhorar os níveis de atividade física.

No que se refere à QV, é comum observar uma deterioração progressiva da função pulmonar que resulta em um declínio gradual da saúde física, emocional e social, leva a uma redução simultânea na nesse desfecho²⁶. Uma revisão sistemática de 2016 demonstrou que as intervenções de autogestão em DPOC foram eficazes no aumento significativo desse desfecho após 12 meses de intervenção²⁷, ratificando os achados deste estudo, que também evidenciou essa persistência^{16,18}.

No tocante às habilidades e autoeficácia na autogestão da DPOC, três estudos encontraram melhorias significativas que persistiram de dois a doze meses após a intervenção¹⁶⁻²⁰. As intervenções de autogestão incluem a aquisição de habilidades que possam melhorar a gestão da sintomatologia, dos medicamentos e da saúde, de modo geral, do paciente com DPOC, sendo guiada pelas suas próprias preocupações e queixas. A autoeficácia, ou a confiança do paciente em gerenciar sua saúde, também é um aspecto central para garantir um manejo eficaz e adequado da condição¹⁸. Uma revisão sistemática com metanálise corrobora esses achados, mostrando que as intervenções foram eficazes em desenvolver habilidades de autogestão, aumentar a QV, reduzir hospitalizações e visitas ao pronto-atendimento²⁸.

O estudo de Robert Wu et al.²¹ demonstrou uma redução significativa na subescala de Excitação Emocional da Escala de Autoeficácia da DPOC, o que impactou diretamente na diminuição desse desfecho. Também foi evidenciado que a autoeficácia tende a diminuir em pacientes com DPOC ao longo do tempo, devido à exacerbação dos sintomas, à gravidade da doença, ao envelhecimento, entre outros fatores²⁹. No estudo anteriormente mencionado, a composição da amostra reflete esses fatores, pois era composta majoritariamente por idosos (com uma média de idade de 69,8 anos) e com diagnóstico médio de 9,3 anos, o que pode ter contribuído para a redução desse desfecho.

O estudo revelou variações na implementação das intervenções de autogestão. Dos nove estudos analisados, dois utilizaram dispositivos móveis com programas específicos para DPOC^{15,18}, mas apenas um obteve resultados significativos. A eficácia das intervenções

digitais permanece incerta, demonstrando escassas melhoras significativas nos desfechos mencionados³⁰. Abordagens como instruções por pictogramas e manuais de saúde^{13,14,16-20}, mostraram-se alinhadas com a literatura, que associa maior engajamento na autogestão a melhores desfechos clínicos¹⁹. A promoção do empoderamento em saúde reuniões em grupo e educação individual. Dois estudos adotaram intervenções em grupo na Atenção Primária^{13,14} sem resultados estatisticamente significativos que comprovem sua eficácia, mas com tendência à redução da ansiedade e consultas médicas³⁰. Quanto à responsabilidade pelas intervenções, a maioria dos estudos não especificou o profissional envolvido, variando conforme a equipe disponível. Quando mencionado, o enfermeiro liderou a maioria dos casos, sendo o fisioterapeuta citado em apenas um estudo. Isso destaca a necessidade de mais pesquisas que avaliem o seu papel nessas intervenções¹⁵.

Assim, de acordo com os dados disponíveis na Portaria nº19 do Ministério da Saúde do Brasil, a DPOC representa um gasto anual de aproximadamente 72 milhões de reais⁵. Diante disso, este estudo evidenciou que as intervenções de autogestão têm um impacto direto na redução do número de exacerbações, por meio do controle dos sintomas e dos medicamentos e, conseqüentemente, nas taxas de hospitalizações nessa população, o que pode resultar em uma redução nos gastos dos recursos públicos em saúde.

As limitações do estudo incluem heterogeneidade da população analisada, que abrangeu não somente a DPOC, como também a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), variações de estágios e gravidades da DPOC, além de uma ampla faixa etária, com predominância de idosos. As intervenções foram aplicadas em diversos níveis de complexidade, abrangendo desde a atenção primária até o unidades de terapia intensiva (UTIs), utilizando diversos métodos e abordando diferentes tópicos, o que dificultou a definição de um modelo único. A diversidade nos instrumentos de medida, especialmente na avaliação de autogestão e eficácia, também comprometeu a confiabilidade dos resultados^{13,16,17,20}.

Como pontos fortes, o estudo evidenciou a eficácia das intervenções de autogestão e destacou lacunas, como a escassez de instrumentos validados que se propõem a avaliar a aquisição das habilidades de autogestão e autoeficácia em pacientes com DPOC, a falta da compreensão do papel do fisioterapeuta nas implementações das estratégias e o impacto dessas práticas em termos de gastos públicos em saúde, questões importantes para pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

A efetividade nas intervenções de autogestão em pacientes com DPOC, foi evidenciada pela melhoria na função social, redução da dispnéia, sustentação da mudança de



comportamento, diminuição do hábito tabagista, aumento da qualidade de vida, desenvolvimento de habilidades e autoeficácia na autogestão, e maior ativação do paciente em relação à sua condição de saúde. No entanto, são necessários mais estudos para consolidar essas conclusões.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nada a declarar.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Vanessa Pereira Lima pela orientação e pelo apoio acadêmico durante o desenvolvimento deste estudo. Sou também grata à minha tia, Josimare Otoni Spira, pelo apoio contínuo, incentivo, dedicação e valiosa colaboração na escrita e na revisão do manuscrito.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS DA PESQUISA

Nenhum dado de pesquisa foi utilizado. Este estudo consiste em uma revisão da literatura e não gerou nem analisou dados primários de pesquisa. Todas as informações foram obtidas a partir de bases de dados bibliográficas de acesso público, incluindo BVS, LILACS, Embase e PubMed.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Paula Otoni Ogava: Conceitualização; Metodologia; Análise formal; Investigação; Curadoria de dados; Escrita - esboço original; Escrita - revisão e edição. Gabriela Matos Melgaço: Escrita - revisão e edição. Vanessa Pereira Lima: Supervisão; Metodologia; Escrita - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD 2024 report: global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. Deer Park, IL: GOLD; 2024 [citado em 2024 Maio 15]. Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
2. SBPT: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 18/11 – Dia Mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 2024 Abril 9]. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/dia-mundial-dpoc-2020/>
3. Cruz MM, Santos MP. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in brazil: a systematic review and meta-analysis. *Cien Saude Colet*. 2020;25(11):4547-57. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00222019>.
4. OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde. Estimativas de Saúde Global 2020: carga de doenças por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000-2019 [Internet]. Washington, D.C.; 2020 [citado em 2024 Abril 9]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria conjunta nº19, de novembro de 2021 [Internet]. 2021 [citado em 2024 Abril 9]. Disponível em: https://bvs/saudelegis/Saes/2021/poc0019_22_11_2021.html
6. Guenette JA, Webb KA, O'Donnell DE. Does dynamic hyperinflation contribute to dyspnoea during exercise in patients with COPD? *Eur Respir J*. 2012;40(2):322-9. <https://doi.org/10.1183/09031936.00157711>. PMID:22183485.
7. Ko FW, Chan KP, Hui DS, Goddard JR, Shaw JG, Reid DW, et al. Acute exacerbation of COPD. *Respirology*. 2016;21(7):1152-65. <https://doi.org/10.1111/resp.12780>. PMID:27028990.
8. Smalley KR, Aufegger L, Flott K, Mayer EK, Darzi A. Can self-management programmes change healthcare utilisation in COPD?: A systematic review and framework analysis. *Patient Educ Couns*. 2021;104(1):50-63. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.015>. PMID:32912809.
9. Pluye P, Hong QN, Bush PL, Vedel I. Opening-up the definition of systematic literature review: the plurality of worldviews, methodologies and methods for reviews and syntheses. *J Clin Epidemiol*. 2016;73:2-5. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.033>. PMID:26898706.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. PMID:33782057.
11. Dhollande S, Taylor A, Meyer S, Scott M. Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *J Res Nurs*. 2021;26(5):427-38. <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>. PMID:35251272.
12. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The pico strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(3):1-4. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
13. Zakrisson AB, Arne M, Hasselgren M, Lisspers K, Stallberg B, Theander K. A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow-up. *J Adv Nurs*. 2019;75(1):175-86. <https://doi.org/10.1111/jan.13899>. PMID:30375028.
14. Luhr K, Eldh AC, Theander K, Holmefur M. Effects of a self-management programme on patient participation in patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;18(3):185-93. <https://doi.org/10.1177/1474515118804126>. PMID:30277807.
15. Shaw G, Whelan ME, Armitage LC, Roberts N, Farmer AJ. Are COPD self-management mobile applications effective? A systematic review and meta-analysis. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020;30(1):11. <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0167-1>. PMID:32238810.
16. Liou HL, Huang YT, Lai ZY, Tsou YY, Tsai YC, Yu HH, et al. Improving self-care efficacy and quality of life with a self-management program among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a quasi-experimental study.



- Nurs Health Sci. 2020;22(3):629-38. <https://doi.org/10.1111/nhs.12703>. PMID:32125080.
17. Cevirme A, Gokcay G. The impact of an Education-Based Intervention Program (EBIP) on dyspnea and chronic self-care management among chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomized controlled study. *Saudi Med J*. 2020;41(12):1350-8. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.12.25570>. PMID:33294894.
18. Wang L, Guo Y, Wang M, Zhao Y. A mobile health application to support self- management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil*. 2021;35(1):90-101. <https://doi.org/10.1177/0269215520946931>. PMID:32907384.
19. Shnaigat M, Downie S, Hosseinzadeh H. Effectiveness of patient activation interventions on chronic obstructive pulmonary disease self-management outcomes: a systematic review. *Aust J Rural Health*. 2022;30(1):8-21. <https://doi.org/10.1111/ajr.12828>. PMID:35034409.
20. Choi JY, Ryu EJ, Jin X. Effect of self-management education using pictogram-based content of health information on outcomes in Korean patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Geriatr Nurs*. 2023;54:324-30. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.030>. PMID:37948887.
21. Wu R, de Lara E, Liaqat D, Liaqat S, Chen JL, Son T, et al. Feasibility of a wearable self-management application for patients with COPD at home: a pilot study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2024;24(1):66. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02461-y>. PMID:38443858.
22. Disler R, Green A, Luckett T, Newton PJ, Inglis S, Currow DC, et al. Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease: metasynthesis of qualitative research. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(6):1182-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.009>. PMID:24780181.
23. Stridsman C, Skar L, Hedman L, Ronmark E, Lindberg A. Fatigue affects health status and predicts mortality among subjects with COPD: report from the population-based OLIN COPD study. *COPD*. 2015;12(2):199-206. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922176>. PMID:24983402.
24. Zwerink M, Brusse-keizer M, Van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, Van der Palen J, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(3):CD002990. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub3>. PMID:24665053.
25. Gregersen TL, Ulrik CS, Green A, Frausing E, Ringbæk T, Brøndum E. Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016;11:809-22. <https://doi.org/10.2147/COPD.S96079>. PMID:27143872.
26. Bentley CL, Mountain GA, Thompson J, Fitzsimmons DA, Lowrie K, Parker SG, et al. A pilot randomised controlled trial of a Telehealth intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: challenges of clinician-led data collection. *Trials*. 2014;15(1):313. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-313>. PMID:25100550.
27. Jonkman NH, Westland H, Trappenburg JC, Groenwold RH, Bischoff EW, Bourbeau J, et al. Do self-management interventions in COPD patients work and which patients benefit most? An individual patient data meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016;11:2063-74. <https://doi.org/10.2147/COPD.S107884>. PMID:27621612.
28. Wang T, Tan JY, Xiao LD, Deng R. Effectiveness of disease-specific self- management education on health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an updated systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2017;100(8):1432-46. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.026>. PMID:28318846.
29. Bonsaksen T, Fagermoen MS, Lerdal A. Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: an explorative longitudinal study. *Psychol Health*. 2014;29(3):350-64. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.856432>. PMID:24219510.
30. Demeyer H, Louvaris Z, Frei A, Rabinovich RA, De Jong C, Gimeno-Santos E, et al. Physical activity is increased by a 12-week semiautomated telecoaching programme in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial. *Thorax*. 2017;72(5):415-23. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209026>. PMID:28137918.