

EDUCAÇÃO PARA AUTOMANEJO DA DPOC EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

Janaína Schäfer

Ahlam Hamid

Amanda Bulow

Isabel Pommerehn Vitiello

Andréa Lúcia Gonçalves da Silva*

*** Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, Hospital Santa Cruz, Brasil
andrea@unisc.br**

INTRODUÇÃO

Educação para o automanejo é um componente crucial no tratamento de doenças crônicas e para a capacidade dos pacientes para lidar com a doença.¹ Os pacientes devem ser considerados parceiros ativos em seus cuidados de saúde, responsáveis pelo manejo das suas próprias situações, para continuar a viver da forma mais satisfatória possível, apesar de seus problemas de saúde. Boa comunicação, incluindo a compreensão mútua e a colaboração têm se mostrado altamente eficaz na educação do paciente e conduz a uma influência positiva sobre a saúde emocional, resolução de sintomas, estado funcional e controle da dor.¹

Por causa da trajetória da doença entre os pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que muitas vezes inclui a deterioração gradual do estado funcional interrompido por súbito e potencial risco de exacerbações, o avanço no planejamento da assistência através da educação e automanejo pode ser particularmente importante para estes pacientes.² Como para todas as doenças crônicas, tem sido demonstrado que, para ser eficaz, os cuidados de pacientes com DPOC requer educação e automanejo com a formulação de um plano de assistência entendido, cuidadoso e contínua comunicação com um gestor de caso. Pacientes e familiares devem aprender a envolver-se em atividades de automanejo que promovam saúde e previnam complicações, garantindo envolvimento dos doentes no manejo de decisões diárias.³

À medida que a doença progride para diferentes estágios e complicações, a educação com base nos princípios do automanejo na prestação de cuidados continuados, ajuda pacientes com DPOC e suas famílias a se adaptar a mudanças e manter comportamentos saudáveis.³ A adesão ao tratamento, a incapacidade de reconhecer os fatores desencadeantes individuais, os fatores de risco e o impacto negativo da doença, estão associados à incapacidade de controlar a doença e a mortes potencialmente evitáveis.⁴

Sessões de educação que permitam que os doentes reconheçam o papel determinante que têm no controle da sua própria doença conduzem a melhoria dos índices de adesão terapêutica e conseqüentemente do controle da doença.⁴ Devem ser planejadas estratégias de ação que incluam adoção de comportamentos saudáveis, com dieta adequada, mantendo bons hábitos de sono, e engajar-se em casa na realização de exercício regular.³ Prevenção e tratamento das exacerbações são os objetivos principais do automanejo da DPOC.⁵

Baseado no exposto acima, este trabalho tem por objetivo avaliar o impacto da educação para o automanejo de portadores com DPOC, participantes de um programa de Reabilitação Pulmonar (RP) através da aplicação de questionário específico de avaliação do conhecimento sobre a DPOC.

METODOLOGIA

O presente estudo se configura com delineamento transversal, do tipo estudo de casos, caracterizado por uma descrição abrangente de cada caso em particular buscando encontrar pontos de contato entre os diferentes indivíduos pesquisados.⁷ Devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob protocolo nº 3016/11, a coleta de dados deu-se mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes e/ou responsáveis. Foram incluídos nesta pesquisa portadores de DPOC com diagnóstico confirmado da doença mediante prova de função pulmonar - Espirometria, de ambos os sexos, sem limite de idade e participantes do Programa de Reabilitação Pulmonar-PRP do Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul/RS. Foram excluídos da pesquisa portadores de DPOC com *déficit* no cognitivo, confusão mental, em exacerbação com crises de dispneia ou em exacerbação de comorbidades associadas.

Os dados clínicos e sociodemográficos do grupo PRP foram coletados junto a um banco de dados preexistente e informações adicionais foram obtidas na avaliação clínica. A partir destes dados foram avaliadas as condições prévias dos sujeitos para aplicação de um questionário específico, a fim de testar o conhecimento do paciente sobre a DPOC, bem como entrega e leitura de Manual da DPOC. O Manual da DPOC foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa CNPq intitulado Reabilitação em Saúde e suas Interfaces. O questionário (Q) abordava o conteúdo do Manual do DPOC e foi aplicado em 03 etapas: (Q1) aplicação do questionário e entrega do Manual da DPOC; (Q2) aplicação do questionário e leitura do Manual para o paciente; (Q3) aplicação do questionário. A pesquisa totalizou 06 semanas e as etapas foram realizadas individualmente, em sala fechada e examinadora sentada ao lado do

paciente, no intervalo de tempo de 02 semanas. Os dados obtidos foram inseridos e analisados no programa de análise estatística SPSS® versão 18.0.

RESULTADOS

As características sócio-demográficas e clínicas da amostragem estão descritas nas tabelas I.

Tabela I. Característica clínica dos pacientes com DPOC

Característica	DPOC (n=16)
Gênero	
Masculino, n(%)	8(50)
Feminino, n(%)	8(50)
Etnia branca, n(%)	16(100)
Idade (ano) ^a	65.69 ± 7.93
IMC (kg/m ²) ^a	25.29 ± 6.76
Hábito de fumar	
Cigarros-ano ^b	7300(2190-25550)
Fumante	
Nunca/Ex-fumante/Fumante	1/14/1
Duração do tabagismo	
>30 anos, n(%)	12(75)
Fármacos	
Corticosteroide, n(%)	11(69)
Anti-hipertensivo, n(%)	7(44)
Oxigenoterapia, n(%)	4(25)
Comorbidades	
HAS, n(%)	10(62)
Gastrite, n(%)	8
Labirintite, n(%)	1
Estadiamento da DPOC	
Leve, n(%)	1(6)
Moderado, n(%)	6(37)
Severo, n(%)	4(25)
Muito Severo, n(%)	5(31)

^aOs dados estão apresentados com média ± DP; ^b Mediana (mínimo-máximo); IMC- Índice de Massa Corporal; HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

Observa-se em relação ao gênero, tanto o masculino quanto o feminino estão representados de forma equivalente (50%), predominância da raça branca e idade adulta avançada. O *status* tabágico demonstra o tabagismo como fator de risco importante para DPOC e provável causa das comorbidades associadas. O resultado da prova de função pulmonar classificou os portadores de DPOC com estadiamento predominantemente entre moderado e muito severo. A totalidade dos sujeitos é aposentada, apresentam baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e baixa renda (menos que 02 salários mínimos).

As figuras 1, 2 e 3 estão os resultados referentes a aplicação do questionário nas 03 etapas (Q1, Q2 e Q3) abordando conteúdo sobre definição, sintomas e exacerbação da DPOC respectivamente.

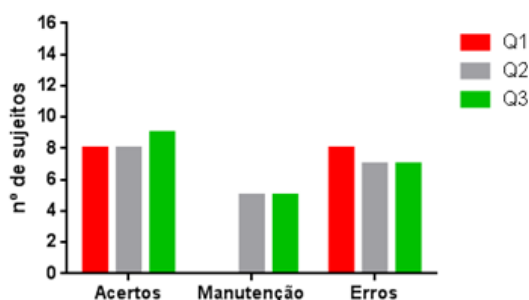


Fig. 1 Quais são as doenças que caracterizam a DPOC? Resposta: Enfisema Pulmonar e Bronquite Crônica.

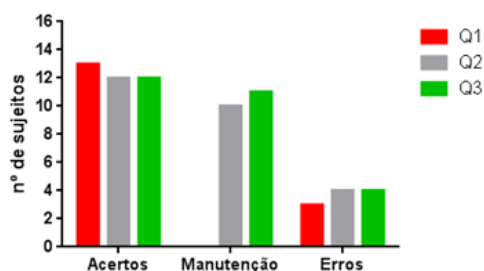


Fig. 2 Qual o primeiro sintoma que você identifica quando a doença está agravada? Resposta: Aumento na falta de ar.

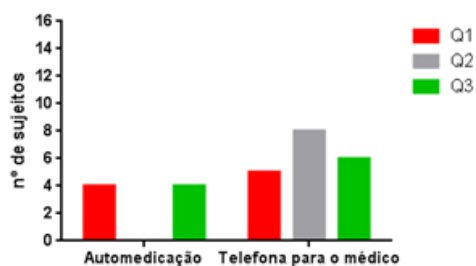


Fig. 3 Qual a primeira medida que toma ao identificar o agravamento da doença? Respostas: "Automedicação" e "telefonam para o médico".

Observa-se confusão nos conceitos relativos à definição da DPOC e seu agravamento. Pertinente à medida tomada frente ao agravamento da doença, as medidas utilizadas estão corretas. Referente aos aspectos nutricionais, após a aplicação dos três questionários, obtiveram-se os seguintes resultados: em Q1, 12,88% das respostas foram negativas, entre elas, se destacam a ingestão de líquidos juntamente com as refeições, ficar mais de 2 horas sem alimentar-se e não eliminar a secreção antes das refeições; no Q2 observou-se que 56% (n:9) modificaram algumas de suas práticas alimentares conforme foi indicado no manual, 2 (13%) continuaram com o mesmo comportamento e não houve evolução nenhuma em 31% das respostas; no Q3 11 questões (69%) tiveram resultado positivo e 5 (31%) continuaram com resultado negativo, não modificando as suas práticas nutricionais e alimentares.

Um resultado positivo e unânime (100%) nas 3 aplicações do questionário foi encontrado para a ingestão de verduras e legumes. Entretanto, referente as recomendações em relação ao consumo de sal, alimentos com alto valor calórico e água, os resultados foram negativos nas 3 investigações da pesquisa.

DISCUSSÃO

O manejo de doenças crônicas se concentra cada vez mais em estratégias de prevenção e atendimento integral e multidisciplinar. Estudos têm demonstrado que o automanejo é o mais importante item dos programas de educação para o paciente, revelando

uma melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e importante redução dos custos de saúde.^{6,8,9} Worth, Dhein & Lederer¹⁰ foram os primeiros a descrever o automanejo como forma de tratamento em uma pequena amostra de pacientes, o que dificultou demonstrar uma eficácia importante, porém houve reduções na frequência das exacerbações.

Gerenciamento de casos promove a continuidade, comunicação, colaboração entre o paciente, a família, médicos e prestadores de cuidados em saúde. A idéia do automanejo é o de ensinar os pacientes as habilidades necessárias para realizar esquemas médico específico para DPOC, guia de mudança de comportamento de saúde, além de fornecer apoio emocional aos pacientes para controlar sua doença.^{11,12}

Um programa de automanejo, especificamente desenvolvido para pacientes com DPOC, "Viver Bem com DPOC" (*Living Well With COPD: Chronic Bronchitis and Emphysema*) desenvolvido por membros do serviço da *American College of Chest Physicians*, envolveu comunicação com um profissional de saúde treinado por mais de 1 ano.¹³ A intenção foi colaborar com a redução das internações hospitalares e melhorar o estado de saúde a curto prazo.^{11,13} O manejo da maioria das doenças crônicas também é caracterizada pela extensiva responsabilidade que os pacientes devem ter.¹⁴ No contexto das doenças crônicas, é fundamental que o paciente participe do processo de decisão ou nos níveis de ação, pois, dessa forma, o cuidado de saúde tornar-se-á mais efetivo e eficiente. O paciente deve ter a compreensão e aprovação de novas práticas e responsabilidades.¹⁴

A gama de informações a serem trabalhadas para atingir o objetivo do automanejo na mudança comportamental do doente, requer profissional hábil em metodologia educativa capaz de gerir um plano de ação eficaz para automanejo.¹⁵ Entretanto, a educação para o automanejo é limitada pelas implicações da transferência passiva de conhecimento. Ainda, há evidência de que plano de ação, para portadores de DPOC com educação limitada, falha no reconhecimento e respostas para a exacerbação da doença.¹⁵

Diante deste contexto é fundamental lembrar que, além das alterações pulmonares oriundas da doença, a DPOC é associada a comorbidades e dentre elas estão as alterações no cognitivo envolvendo déficit de atenção, percepção, aprendizado e memória. A disfunção no cognitivo tem um padrão específico na DPOC, sendo considerada leve em DPOC não hipoxêmicos e alta em paciente hipoxêmicos.¹⁶ Para completar, os domínios do cognitivo mais afetados, encontrados nos portadores de DPOC são: memória, atenção, fala, coordenação e habilidades de aprendizagem.¹⁷

CONCLUSÕES

A partir dos resultados desta pesquisa, concluiu-se que a entrega do Manual da DPOC aos pacientes, para que os mesmos realizassem a leitura deste em casa, é insuficiente para a educação para automanejo da DPOC. Já a entrega e leitura do Manual para os pacientes foi um método parcialmente eficaz. Os portadores de DPOC precisam de mais informações para o real entendimento da doença, o que esperar ao longo dos anos, o que eles devem fazer, e qual o suporte de cuidados sociais eles precisam e poderão ter acesso. O uso de material audiovisual em programas de educação pode proporcionar mais motivação, mas é imprescindível a explicação prévia do mesmo juntamente com o paciente para maior esclarecimento de dúvidas.

REFERENCIAS:

1. EVA, Osterlund E. et. al. Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Education and Counseling* 77 (2009) 209–217.
2. JANSSEN, Daisy et. al. Advance care planning for patients with COPD: Past, present and future. *Patient Education and Counseling* 86 (2012) 19–24.
3. BOURBEAU, Jean; NAULT, Diane. Self-Management Strategies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clin Chest Med* 28 (2007) 617–628.
4. ZELLER, M. van et. al. Avaliação de eficácia de Sessões de Educação a doentes com Asma e DPOC. *Rev Port Pneumol*. 2012;18(1):29---33.
5. DECRAMER, Marc et. al. Targeting the COPD Exacerbation. *Journal of Respiratory Medicine* (2008) 102 (Supplement 1), S3---S15.
6. GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnoses, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease updated 2011. National Institutes of Health of and National Heart, Lung and Blood Institute.
7. GOLDIM, José R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2. ed., rev. e ampl. Porto Alegre: DaCasa, 2000.
8. BOURBEAU J, COLLET JP, SCHWARTZMAN K, DUCRUET T, NAULT D, BRADLEY C. Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*. 2006 Dec;130(6):1704-11.
9. WORTH H, DHEIN Y. Does patient education modify behaviour in the management of COPD? *Patient Educ Couns*. 2004 Mar;52(3):267-70.
10. WORTH, H.; DHEIN, Y.; MÜNKS-LEDERER, C. Evaluation of a structured education program for patients with COPD; a pilot study. *European Respiratory Journal* 1996;9:304s.
11. BOURBEAU J, JULIEN M, MALTAIS F, ROULEAU M, BEAUPRE A, BEGIN R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003 Mar 10;163(5):585-91.
12. EFFING T, MONNINKHOF EEM, VAN DER VPP, ZIELHUIS GGA, WALTERS EH, VAN DER PJJ, ZWERINK M. Self- management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review). Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltda.
13. GADOURY MA, SCHWARTZMAN K, ROULEAU M, MALTAIS F, JULIEN M, BEAUPRE A, et al. Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J*. 2005 Nov;26(5):853-7.
14. FRANZEN E, ALMEIDA MA, ALITI G, BERCINI RR, MENEGON DB, RABELO ER. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista HCPA*. 2007;27(2): 28-31.

15. NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence, Self Management BTS- NICE clinical guideline 101, June 2010. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care.
16. DODD JW, GETOV SV, JONES PW. Cognitive function in COPD. *Eur Respir J.* 2010 Apr;35(4):913-22.
17. SCHOU L, OSTERGAARD B, RASMUSSEN LS, RYDAHL-HANSEN S, PHANARETH K. Cognitive dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease--a systematic review. *Respir Med.* 2012 Aug;106(8):1071-81.