

Efeitos de um Programa de Reabilitação Pulmonar Domiciliar na Qualidade de Vida em Pneumopatas Crônicos - Estudo Piloto

Effects of a Home Pulmonary Rehabilitation Program in Chronic Pulmonary Patients' Quality of Life - Pilot Survey

Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva¹; Juliana Monteiro Silveira²; Rafael Barreto de Mesquita³; Natália Bitar da Cunha Olegario⁴; Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano⁵

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos de um Programa de Reabilitação Pulmonar Domiciliar (PRPD) na qualidade de vida em pneumopatas crônicos. Participaram da pesquisa seis pacientes pneumopatas crônicos que receberam alta do programa de reabilitação pulmonar do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana, na cidade de Fortaleza-Ceará, submetidos PRPD com supervisão do fisioterapeuta durante 12 semanas, composto de alongamentos estáticos segmentares, exercícios intervalados, exercícios resistidos de membros superiores, caminhadas e relaxamento. Foi avaliada a qualidade de vida antes e após a implementação do programa por meio do questionário Short-Form-36, versão do Medical Outcomes Study (SF-36), composto de 36 itens, distribuídos em 8 domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Após 12 semanas foi observado um aumento nos domínios relacionado ao componente físico: dor (8%), estado geral de saúde (6%) e manutenção da capacidade funcional (43%), porém houve redução nos domínios aspecto social (19%), aspecto emocional (26,7%), saúde mental (10,4%) e vitalidade (4%), porém sem diferença estatística significativa ($p > 0,05$). Conclui-se que o estudo piloto de um PRPD promoveu manutenção da qualidade de vida em pacientes pneumopatas crônicos, obtendo melhores pontuações nos componentes físicos como a capacidade física, dor e estado geral de saúde.

Palavras-chave: reabilitação, qualidade de vida, pneumopatas.

ABSTRACT

This survey aims to evaluate the home pulmonary rehabilitation program (HPRP) effects in chronic pulmonary patients' quality of life. Six chronic pulmonary patients discharged from the Dr. Carlos Alberto Studart Gomes of Messejana Hospital in Fortaleza – CE participated in the survey. They were submitted to a HPRP supervised by a physiotherapist during 12 weeks, composed of static muscle stretching, interval workout, upper limb resistance training, walking and relaxation techniques. The quality of life was evaluated before and after the program by a Short-Form-36 questionnaire, from Medical Outcomes Study (SF-36), made of 36 items, distributed in 8 domains: functional capacity, physical aspects, pain, health condition, vitality, social aspect, emotional aspect and mental health. It was observed, after 12 weeks of intervention, an increase of the domains related to the physical component: pain (8%), health condition (6%) and functional capacity maintenance (43%), however, there was a decrease of the social aspect (19%), emotional aspect (26,7%), mental health (10,4%) and vitality (4%) domains, but not statistically significant ($p > 0,05$). It was concluded that the pilot survey of HPRP promotes maintenance in the quality of life of chronic pulmonary patients. Physical components as the functional capacity, pain and health condition obtained the best scores.

Key Words: rehabilitation, quality of life, lung diseases.

1. Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE - Brasil.

2. Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE - Brasil.

3. Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE - Brasil.

4. Acadêmica do 8º período do curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE - Brasil.

5. Professora do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Doutoranda em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE - Brasil.

Recebido: 08/2011

Aceito: 10/2011

Autor para correspondência:

Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva

Av. Rogaciano Leite, 200, apartamento 403 Bloco C – Salinas – Fortaleza – Ceará

Telefone: (85) 3241-4273

E-mail: guilhermepinho87@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os programas de reabilitação pulmonar (PRP) constituem, atualmente, importante estratégia no tratamento de pacientes com doenças respiratórias crônicas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), centenas de milhões de pessoas sofrem de pneumopatias crônicas ⁽¹⁾.

Bott e Singh ⁽²⁾ destacam dentre os principais objetivos do PRP encorajar o gasto de energia, pelo indivíduo, de forma eficiente; promover uma maior independência funcional do paciente em suas atividades diárias, desenvolver uma maior tolerância ao exercício; proporcionar conhecimentos aos pacientes, familiares e demais pessoas envolvidas nesse contexto, acerca da doença, do seu tratamento e das exacerbações por meio de sessões educativas; proporcionar aos pacientes medicações e técnicas terapêuticas apropriadas; reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Jardim e colaboradores ⁽³⁾ complementam enfatizando que o principal objetivo do PRP constitui a melhoria da qualidade de vida (QV) de seus participantes, através de medidas que permitam um maior grau de independência em relação a sua doença, por meio da redução dos sintomas, da diminuição das incapacidades e do aumento da participação em atividades físicas e sociais. De acordo com Dourado e colaboradores ⁽⁴⁾ referenciando a American Thoracic Society (ATS), pode-se descrever a QV como a satisfação e/ou felicidade com a vida diante dos domínios de considerável importância para o indivíduo.

Os protocolos aplicados nos PRP são bastante diversos, a depender da equipe que os aplica, mas, basicamente, são compostos por treinamento físico de membros superiores e inferiores, momento educativo e intervenção psicossocial e comportamental e a sua duração varia entre seis e doze semanas ⁽⁵⁾.

Após o PRP, os indivíduos são encorajados a utilizarem as estratégias que aprenderam e a realizarem os exercícios físicos nos seus domicílios, sem, muitas vezes, porém, terem um acompanhamento desta prática e assim após a alta do PRP, devido ao não acompanhamento e às inúmeras dificuldades para a realização dos exercícios, é freqüente acontecer de os pacientes não os realizarem, o que acarreta numa piora do seu estado físico com repercussões psíquicas e sociais.

O presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar domiciliar (PRPD) na qualidade de vida de pneumopatas crônicos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caráter intervencionista e abordagem quantitativa, durante o período de agosto de 2008 a junho de 2009. A população do estudo foi composta por seis indivíduos pneumopatas crônicos que receberam alta do PRP do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, situado na cidade de Fortaleza-Ceará.

Inicialmente foi realizada a avaliação da qualidade de vida pelo questionário Short-Form-36, versão do Medical Outcomes Study (SF-36), composto de 36 itens, distribuídos em 8 domínios ou escalas: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental, onde para cada componente é cal-

culado um resultado final numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 ao melhor ⁽⁶⁾.

A intervenção foi composta de um programa de treinamento físico de 12 semanas, realizado três vezes por semana, no próprio domicílio do paciente. O programa de treinamento constou do seguinte protocolo: aproximadamente sete minutos de alongamentos estáticos segmentares em membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) (30 seg. mantido), conforme sugestão de Rosário e colaboradores ⁽⁷⁾; cerca de dezesseis minutos de exercícios intervalados para o aquecimento (de pé, andar devagar e parado; de pé, realizar movimentos circulares dos ombros; de pé, fazer agachamento; sentado, esticar os joelhos; sentado, fazer rotação de tronco; de pé, balançar os braços com dissociação de cintura pélvica e escapular; e de pé, andar moderado e parado) intercalados com um min. de descanso sentado; cerca de doze min. de exercício resistidos de MMSS utilizando a diagonal funcional e primitiva da técnica de Kabat, com alternância entre os braços direito e esquerdo e com um min. de descanso sentado entre cada exercício; dez min. de caminhada ao ar livre com ritmo de leve a moderado; quinze min. de exercício subindo/descendo um degrau (fornecido pelos pesquisadores); e finalizando com cinco min. de relaxamento.

Essa intervenção teve o acompanhamento do fisioterapeuta durante as 12 semanas, organizando-se nas seguintes fases: (1) foram realizadas quatro visitas domiciliares, uma por semana, nas quatro primeiras semanas; (2) foram realizadas duas visitas domiciliares, uma a cada quinze dias, intercalando-se com dois contatos telefônicos quinzenais, da quinta à oitava semana; (3) foram realizados três contatos telefônicos semanais, da nona à décima primeira semana, e uma visita domiciliar na décima segunda semana. Os contatos realizados por telefone tiveram o objetivo de averiguar como estava a realização do programa por parte dos pacientes e, ao mesmo tempo, incentivá-los à prática dos exercícios. A organização em fases buscou promover um “desmame” da supervisão do fisioterapeuta e assim habituar os pacientes a realizarem o treinamento sozinho, incorporando-o à suas rotinas.

Os dados pré e pós-terapia foram comparados utilizando-se do teste T de Student pareado, sendo considerados como estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$. Os resultados foram expressos em média \pm desvio padrão.

O estudo respeitou os preceitos éticos conforme as normas da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos ⁽⁸⁾, sendo aprovado pelo comitê de ética do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana com o parecer número 523/08 e todos os pacientes os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram selecionados 6 pacientes, sendo 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com idade média de $64 \pm 4,3$ anos e todos os pacientes tinham como pneumopatia de base doença pulmonar obstrutiva crônica.

Com base na avaliação da qualidade de vida antes e após a implementação do protocolo de estudo por meio do questionário SF-36, pode-se observar que após 12 semanas de intervenção foi evidenciado aumento da pontuação nos domínios: Dor (8%) e Estado geral de saúde (6%). O domínio Capacidade funcional manteve a mesma pontuação do período pré RPD (43%), po-

rém houve redução na pontuação nos domínios: Aspecto físico (10%), Vitalidade (4%), aspecto social (19%), aspecto emocional (26,7%) e Saúde mental (10,4%). Nenhuma das variáveis estudadas apresentou diferença estatisticamente significativa após a realização do PRPD ($p > 0,05$) (Tabela 01).

Tabela 1: Pontuação dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 aplicado em 6 pacientes pneumopatas crônicos antes e após 12 semanas da aplicação de um programa de reabilitação pulmonar domiciliar, expressa em média \pm desvio padrão.

Domínios do SF-36	Pré-PRPD	Pós-PRPD	p
Capacidade funcional	43 \pm 23,5	43 \pm 24	1,0
Aspecto Físico	65 \pm 37,4	55 \pm 45,8	0,3
Dor	30 \pm 22,8	38 \pm 26,3	0,4
Estado Geral de Saúde	45 \pm 16,4	51 \pm 10,1	0,1
Vitalidade	50 \pm 7,0	46 \pm 7,3	0,2
Aspecto Social	61,5 \pm 26,5	42,5 \pm 16,9	0,2
Aspecto Emocional	60 \pm 48,9	33,3 \pm 42,1	0,3
Saúde Mental	55,2 \pm 8,9	44,8 \pm 9,2	0,1

DISCUSSÃO

O presente estudo foi semelhante ao realizado por Hunter, Singh e Morgan⁽⁹⁾, que buscou estratégias de promoção e manutenção dos ganhos da reabilitação pulmonar e o de Grosbois et al.⁽¹⁰⁾, que sugere em seu estudo junto a pacientes com DPOC após a participação em PRP ambulatorial e que participaram de exercícios de manutenção realizados em domicílio com a supervisão de fisioterapeuta uma ou duas vezes por semana, possuem eficiência.

Durante o período da pesquisa, três pacientes apresentaram sinais de exacerbação da doença e necessitaram de assistência médica hospitalar, porém não abandonaram o tratamento. Tal fato, muito provavelmente, resultou em uma interferência significativa na qualidade de vida desses pacientes e no prejuízo ao andamento da pesquisa e nos respectivos resultados obtidos. Este mesmo fato é evidenciado em estudos anteriores como o de Ringbaek⁽¹¹⁾, que afirma que as internações hospitalares por exacerbações agudas e a morte foram as principais razões para o não comparecimento no período de seguimento do tratamento.

Mesmo com episódios de exacerbações, não houve por parte dos pacientes, desistência ao programa de tratamento, fato esse que se assemelha ao estudo de Hernandez e colaboradores⁽¹²⁾, onde se evidenciou que 80% dos pacientes terminaram um programa simples de reabilitação pulmonar domiciliar, o que constitui uma elevada percentagem, sendo importante ressaltar que o fato de que um programa de baixo custo deve ser levado em conta quando se comparado com os outros programas, pois foi possível conseguir benefícios semelhantes aos obtidos aos PRP multidisciplinar, que são complexos e, por vezes, difícil para o paciente o seguir.

Com base nas perdas relacionadas no presente estudo após o período da reabilitação pulmonar domiciliar nos domínios do aspecto emocional, social e saúde mental é semelhante ao constatado na pesquisa de Swerts e colaboradores⁽¹³⁾, que demonstram que o PRPD apresenta resultados inferiores ao PRP supervisionado e o estudo de O'Neill e colaboradores⁽¹⁴⁾, na qual verificaram uma piora no estado físico de pneumopatas

crônicos em seu estudo no período pós-reabilitação pulmonar.

Acredita-se que tal fato possa ter ocorrido pela ocorrência de episódios de exacerbação e porque muito dos pacientes sentem a perda do convívio com os outros participantes no serviço ambulatorial, já que os mesmos podem desfrutar das melhoras juntos, entendendo e convivendo melhor com a doença com suas co-morbidades.

Segundo Arnadóttir e colaboradores⁽¹⁵⁾ modelos de reabilitação pulmonar prolongados e caros, que incluem muitas sessões durante a semana, têm apresentado efeitos benéficos importantes em pneumopatas obstrutivos, contudo esses programas nem sempre podem ser conduzidos na prática clínica. Diferentes protocolos com frequência de treinamento menor, como duas ou três vezes na semana, também têm se mostrado eficientes.

Tais programas seriam úteis também para aqueles pacientes em um estágio mais grave da doença e que não podem – ou se podem, com bastante dificuldade –, se ausentar do seu domicílio, devido à sua instabilidade física, psíquica e social.

Os estudos de Hernandez e colaboradores⁽¹²⁾ e Wijkstra e colaboradores⁽¹⁶⁾ investigaram o impacto na qualidade de vida em pacientes com DPOC submetidos a um programa de exercícios domiciliares, composto exercícios em casa com duração de trinta minutos, duas vezes por dia e sessões de 30 minutos com a presença do fisioterapeuta, com frequência de duas vezes na semana, durante doze semanas, sendo capaz de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos estudados.

Dessa forma, mesmo um programa com frequência de treinamento menor, bem orientado, simples e que possa ser associado com exercícios domiciliares pode trazer benefícios aos pneumopatas obstrutivos, observados por meio da melhora na qualidade de vida.

O grande desafio do presente estudo reside nas dificuldades estruturais e de instalações domiciliares, além disso, tais pacientes apresentam limitações decorrentes da gravidade da progressão da doença e de dificuldades socioeconômicas que interferem na aderência ao tratamento.

O estudo de Strijbos e colaboradores⁽¹⁷⁾ compararam os resultados de uma PRPD com os de um programa ambulatorial e um grupo controle, onde os três primeiros meses do programa de reabilitação foram supervisionados, e no resto do estudo foram desacompanhados, sendo observado no grupo ambulatorial um aumento de 19,8% de melhora no período de três meses, porém havendo uma deterioração entre 12 e 18 meses de acompanhamento; já no programa domiciliar, houve o aumento progressivamente, tendo aumentado 20,7% em relação ao valor inicial.

Wijkstra e colaboradores⁽¹⁶⁾ onde se demonstrou melhora na qualidade de vida em pacientes com DPOC, após 12 semanas de reabilitação em casa, levantou-se uma questão importante e ainda continua a existir nos dias de hoje, que é saber quanto tempo essa melhora da qualidade de vida irá durar. Portanto, mais estudos de longo prazo de reabilitação, incluindo a avaliação da qualidade de vida, têm de ser realizados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o programa de reabilitação pulmonar domiciliar ocasionou na manutenção da qualidade de vida em pacientes pneumopatas crônicos após doze semanas de tratamento, obtendo melhores pontuações nos componentes físicos como a capacidade física, dor e estado geral de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization WHO [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. c2008-01 [cited 2011 Jan 21]. Available from <http://www.who.it>.
2. Bott J, Singh JS. Reabilitação Pulmonar. In: Pryor JA, Webber BA. Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; p. 264-275.
3. Jardim JR, Mayer AMF, Cardoso F, Velloso M. Reabilitação Pulmonar. In: Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; p. 524-535.
4. Dourado, VZ, Antunes, LCO, Carvalho, LR.; Godoy I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2004;30(2):207-14.
5. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, et al. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2007;131(5 Suppl):4S-42S.
6. Ciconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
7. Rosário, JLR.; Marques, AP.; Maluf, AS. Aspectos clínicos do alongamento: uma revisão de literatura. *Rev. bras. fisioter*. 2004;8(1) 83-8.
8. Brasil. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 16 out. 1996;201:21 082.
9. Hunter J, Singh SJ, Morgan MDL. Objective monitoring of adherence with home exercise training during pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Physiotherapy*. 2006;92:50-4.
10. Grosbois JM, Lamblin C, Lemaire B, Chekroud H, Dernis JM, Douay B et al. Long-term benefits of exercise maintenance after outpatient rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil*. 1999;19(4):216-25.
11. Ringbaek T. Rehabilitation in COPD: the long-term effect of a supervised 7-week program succeeded by a self-monitored walking program. *Chron Respir Di*. 2008;5(2):75-80.
12. Hernandez TEM, Rubio TM, Ruiz FO, Riera HS, Gil RS, Gómez JC. Results of a Home-Based Training Program for Patients with COPD. *Chest*. 2000;118(1):106-14.
13. Swerts PMJ, Kretzers LMJ, Terpstra-Lindeman E, Verstappen FTJ, Wouters EFM. Exercise reconditioning in rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a short- and long-term analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 1990;71:570-3.
14. O'Neill B, McKeivitt A, Rafferty S, Bradley JM, Johnston D, Bradbury I et al. A comparison of twice- versus once-weekly supervision during pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88(2):167-72.
15. Arnardóttir RH, Sörensen S, Rinqvist I, Larsson K. Two different training programmes for patients with COPD: A randomized study with 1-year follow-up. *Respir Med*. 2006;19(1):130-9.
16. Wijkstra, PJ, Van Altena R, Kraan J, Otten V, Postma DS, Koëter GH. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J*. 1994;7(2):269-73.
17. Strijbos JH, Postma DS, Van Altena R, Gimeno F, Koëter GH. A comparison between an outpatient hospital-based pulmonary rehabilitation program in patients with COPD: a follow-up of 18 months. *Chest*. 1996;109:366-72.