

PROGRAMA DE EXTENSÃO DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM UM HOSPITAL ESCOLA DE NÍVEL TERCIÁRIO

Saúde

Coordenador da atividade: Adriane Schmidt PASQUALOTO¹

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Autores: Gabriela Osório SANTINI²; Daniele PRESTES³; Iaçana Camara MARTINS⁴; Claudiane BOTOLLI⁵; Isabela Martins de ALBUQUERQUE⁶.

Resumo

A Reabilitação Pulmonar (RP) é uma ação de cuidados multidisciplinares assistenciais; possibilita ao usuário a independência funcional e melhor qualidade de vida. É uma recomendação padrão que reduz a dispneia, fadiga e aumenta a capacidade funcional. Foi implantada no HUSM há mais de 20 anos, passou por novos arranjos e o desafio foi instituir a partir da humanização do cuidado, o modelo da clínica ampliada, amparada pela equipe multidisciplinar e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Descrever o processo de implantação do programa de extensão de RP em um hospital escola de nível terciário. É um relato de experiência da ação, integra processo de ensino-aprendizagem com os diferentes núcleos profissionais e estudantes do curso de graduação, pós graduação, docentes e profissionais do HUSM/EBSERH. A abordagem é qualitativa, interpretativa e descreve as etapas da organização, implantação e o fluxo das ações a partir da observação sistemática e análise dos registros das ações. Desde 2017 conta com bolsistas, discentes que desenvolvem as ações de condicionamento físico, atividades de educação em saúde e visitas domiciliares. O usuário é avaliado pela equipe mínima, constituída por assistente social, enfermeira, psicóloga e fisioterapeuta. A equipe identifica as demandas, elabora o PTS, inicia-se RP, com uma frequência de duas vezes na semana, por no máximo 4 meses. Quinzenalmente, os casos são discutidos e reorganizados o PTS, uma média de 30 usuários participam das atividades por semestre. O modelo de clínica ampliada tem sido desafiador para a equipe multiprofissional, para discentes e usuários. A rede de cuidados e a interação estabelecida nas ações estão evidenciadas pela adesão do usuário a RP, diminuição dos sintomas e internações. O modelo tem proporcionado ao usuário à participação e autonomia para o enfrentamento das questões saúde; aos profissionais e estudantes possibilita a interação, a troca de saberes e um aprendizado coletivo.

Palavra-chave: centros de reabilitação; humanização da assistência; doenças pulmonares.

¹Adriane Schmidt Pasqualoto, servidor docente do Programa de Pós graduação em Distúrbios Comunicação Humana- PPGDCH, Curso de Fisioterapia

² Gabriela Osório. Santini, Aluno (Graduação), Curso de Fisioterapia Bolsista Fundo de Incentivo de Extensão (FIEEX).

³ Daniele Prestes, Aluno de Pós Graduação, PPGDCH

⁴ Iaçana Camara Martins, servidor técnico-administrativo, HUSM/EBSERH, Serviço Social.

⁵ Claudiane Botolli, servidor técnico-administrativo, HUSM/EBSERH, Enfermagem.

⁶ Isabella Martins de Albuquerque, servidor docente do Programa de Pós graduação em Reabilitação Funcional, Curso de Fisioterapia.

Introdução

As Doenças Pulmonares Crônicas (DPC) estão entre as doenças de maior impacto mundial. Pode-se afirmar que a asma, a bronquiectasia, a hipertensão pulmonar e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as mais prevalentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2019) a DPOC é uma doença prevenível e tratável que apresenta sintomas pulmonares e extrapulmonares que contribui para a gravidade dos pacientes acometidos. O principal fator de risco para a DPOC é o consumo de tabaco e inalação de gases tóxicos. O impacto da doença atinge representação expressiva a nível mundial, e no Brasil não é diferente, embora ainda subestimada e sub diagnosticada (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

Devido às alterações cumulativas que provocam no parênquima pulmonar, as manifestações extrapulmonares são recorrentes e representam um fator de risco importante para manutenção da saúde (GOLD, 2019). A limitação ao exercício tem aspecto multifatorial devido à insuficiente oferta de energia para os músculos respiratórios e locomotores, nas quais a disfunção muscular periférica e a hiperinsuflação dinâmica desempenham importante fator à limitação para as atividades da vida diária.

Adicionalmente, outras situações se apresentam como a perda de peso, distúrbios do sono, alterações cognitivas e emocionais, diabetes mellitus, osteoporose, e nomeadamente, manifestações a nível renal e cardíaco têm sido evidenciadas (LAHAIJE et al., 2010). Tais manifestações contribuem para aumento da sensação de dispnéia e limitação à atividade funcional (LYNES, 2007).

A deglutição tem sido foco de estudos (SINGH, 2011). A disfagia orofaríngea representa um fator desencadeante das exacerbações da doença, atribuindo à biomecânica toracoabdominal alterada nos portadores de DPOC à incoordenação entre respiração e deglutição (CHAVES et al., 2011; ROBINSON et al., 2011). Outros fatores, como redução da força muscular respiratória, maior ocorrência da deglutição na fase inspiratória, apnéia por tempo prolongado e alterações no disparo da deglutição, predisõem à aspiração e interferem no processo deglutitório desses sujeitos (CHAVES et al., 2011).

Em consonância com o Plano de Gestão da Extensão da UFSM, que objetiva intensificar atividades integradas de ensino, pesquisa e extensão, o grupo desenvolve ações extensionista que integra alunos de cursos de graduação e pós graduação de diferentes núcleos profissionais, contribuindo para formação de conhecimento qualificado.

Frente aos múltiplos fatores que cercam o paciente com a DPC, é notório que a abordagem deva ser multiprofissional, que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são primordiais para a gestão do cuidado, uma vez que permitem controlar os sintomas, diminuir as exacerbações, internações e retardar as alterações na função pulmonar, em contrapartida interferir nos custos diretos e indiretos a partir de um modelo de assistência integral.

Sendo assim, o programa de extensão reabilitação multiprofissional ao DPC, implementado em um hospital escola de nível terciário, integra o ensino, a pesquisa e a assistência, com a participação de diferentes núcleos profissionais, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistente social, enfermeiros, médicos e alunos da graduação e pós graduação. Justifica-se esta ação pelos seguintes fatores: o grande impacto da doença para saúde pública; pela carência de programas reabilitação que integrem os profissionais no cuidado integral no município de Santa Maria; pela falta de estratégias de educação em saúde que contemple o conhecimento da doença, seu impacto na vida do indivíduo, estratégias de conservação de energia e atividade física, deglutição, nutrição e medicamentos; a inserção dos estudantes da graduação e pós graduação no cuidado multi e interdisciplinar promovendo a reflexão conjunta acerca de estratégias que visem prevenir e controlar o impacto da doença e amenizar os sintomas. A RP pode modificar o curso da doença e em contrapartida melhorar a qualidade de vida, bem como reduzir os custos diretos e indiretos em saúde. Diante do exposto, o objetivo primário desse estudo é descrever o processo de implantação do programa de extensão de RP em um hospital escola de nível terciário.

Metodologia

A abordagem é qualitativa, interpretativa e descritiva das etapas da organização, implantação e do fluxo das ações desenvolvidas no programa. O público alvo são os pacientes com DPC, encaminhados a RP pelo serviço de pneumologia do Hospital Universitário. Atualmente, estão em atendimento mais de 30 usuários, eles são procedentes de 12 Municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde: Santa Maria, São Sepé, Santiago, Agudo, São Martinho da Serra, Júlio de Castilhos, Itaara, Formigueiro, São Pedro do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul e Dona Francisca. No primeiro momento, o usuário é avaliado pela equipe multiprofissional mínima, constituída pelo assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e enfermeiro, a partir da identificação das situações clínicas, psicossociais, econômicas são organizadas as prioridades de atendimento, constituído o

Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é elaborado em conjunto com os profissionais e apresentado aos alunos de graduação e pós graduação para discussão e ajustes das intervenções. Esse momento é relevante para equipe conhecer o usuário e sua rede de cuidados e identificar a necessidade do agendamento da visita domiciliar. A visita é realizada pelos profissionais vinculados ao programa.

Quinzenalmente, os casos são discutidos com a médica do programa para o monitoramento e ajustes do PTS. Adicionalmente a equipe descrita acima, ocorre o envolvimento com os profissionais da área de pneumologia, cardiologia, psiquiatria e geriatria. Tais profissionais são contatados de acordo com as demandas e os pacientes são encaminhados para avaliação de acordo com a disponibilidade na agenda desses ambulatorios. O Serviço de Farmácia do HUSM participa na forma de matriciamento, isto é, o contato é feito com a profissional responsável pela Farmácia do HUSM que designa um residente para abordar com o grupo as questões referentes à medicação inalatória e automedicação.

As parcerias Instituídas com os cursos possibilitam aos alunos conduzirem as atividades do programa, duas vezes por semana. Dentre os protocolos de avaliação, é realizada avaliação dos sintomas e estado de saúde, da tolerância ao exercício, força muscular respiratória e periférica, da espessura muscular do quadríceps femoral, avaliação do estado nutricional, avaliação do risco de disfagia e da sonolência diurna.

As estratégias de treinamento levam em consideração: Índice de Massa Corporal <21 o usuário é submetido a protocolo de eletroestimulação periférica; pressão inspiratória máxima $\leq 70\%$ do predito é submetido a protocolo de treinamento muscular respiratório ou inicia com treino aeróbico em esteira ou bicicleta. Adicionalmente, a desobstrução brônquica é realizada na presença de ruídos adventícios, através da inaloterapia com solução salina hipertônica (0,9%), tosse assistida, aceleração do fluxo expiratório, drenagem autógena e/ou flutter. Após os 4 meses de RP todos os pacientes são reavaliados e a equipe decide entre manter no programa e reforçar educação e autocuidado; re-discutir e revisar as estratégias da RP ou encaminhar para a unidade básica de referência e agendar o retorno para 60 dias. A educação em saúde é realizada pelos alunos, os temas são organizados a partir das demandas dos usuários e familiares/cuidadores.

Desenvolvimento e processos avaliativos

As ações integradas e multiprofissionais realizadas visam a melhor qualidade de vida do usuário e promovem a capacitação aos estudantes e profissionais da saúde que atuam na área. Fundamentadas nos princípios da clínica ampliada, no acolhimento

multiprofissional, possibilitou a equipe identificar os problemas de saúde, que são crônicos e múltiplos nos pneumopatas, assim como a compreensão da necessidade de uma demanda especializada e contínua. Para tanto, as parcerias instituídas a cada semestre se somam a novos núcleos profissionais dentro do HUSM, como também promover a aproximação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos diferentes municípios de origem dos nossos usuários.

Nesse sentido, vislumbrando a integração entre os profissionais das UBS e acadêmicos de diferentes núcleos profissionais no cuidado integral dos pacientes, No sentido de instigar a formação de multiplicadores das ações em futuros campos de trabalho, em 2018 foi realizado o II Encontro de Capacitação em Reabilitação Pulmonar. Além disso, alunos de graduação e pós graduação estão contribuindo através de investigação científica, realizando pesquisa em nível iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses.

A pesquisa é relevante diante do reconhecimento que a DPC representa cerca de 7% da mortalidade global, causando 4,2 milhões de óbitos anuais. Somente a DPOC, associada geralmente ao hábito de fumar, além de outras causalidades, afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, representando de 4 a 8% das mortes nos países mais ricos e até mais do que isso nos mais pobres (GOULART, 2011). Atualmente, a produção de conhecimento na qual está sendo conduzida nos núcleos da fisioterapia, serviço social, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia e nutrição contribui para a reflexão de estratégias de cuidado.

Nesse sentido, a ação de extensão tem buscado consolidar a integração contínua entre a equipe multiprofissional, alunos, pacientes, familiares, estabelecendo a possibilidade de intervenção dialogada entre os sistemas de saúde, estabelecendo ações educativas e assistenciais em rede. Por fim, organizamos um fluxo assistencial ambulatorial e estamos continuamente buscando integrar a rede básica de atenção à saúde e o nível terciário de cuidado afim de estabelecer sistemas integrados em todo nível de atenção, onde o usuário percorra uma linha de cuidado com continuidade na atenção e com resolutividade.

Considerações Finais

A partir do modelo de assistência implementado na RP, foi possível identificar a organização de uma linha de cuidado que reflete na assistência qualificada ao DPC, o qual percebe a mudança e se co responsabiliza pelo cuidado em saúde, com a participação

efetiva nas atividades desenvolvidas, constata-se além da adesão do usuário ao programa, o número reduzido de internações hospitalares, os processos de agudização, identificados precocemente, são conduzidos através de uma assistência clínica ambulatorial.

Aos profissionais e alunos que conduzem as ações, buscam integração e articulação com diferentes setores da saúde, o que é um desafio e aprendizado contínuo, é um acreditar em um modelo de assistência integral e humanizada na RP com um significado social ímpar na formação profissional, que se depara com avanços, dificuldades, limitações dos recursos de saúde e com demandas urgentes e variadas, que impõem a equipe rediscutir as estratégias terapêuticas articulando novas parcerias e almejando o reparo da fragmentação na assistência.

Referências

- CHAVES, R. DE D. et al. **Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 2, p. 176-183, 2011.
- GOLD. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019.
- GOULART, F. A. DE A. **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E DESAFIOS E PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE.** Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>>. Acesso em: 4 maio. 2019.
- LAHAJE, A. et al. **Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients.** *Respiratory Medicine*, v. 104, n. 8, p. 1152-1159, 1 ago. 2010.
- LYNES, D. **The management of COPD in primary and secondary care : an introduction.** M & K Update Ltd, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care: Quick Reference Guide.** Royal College of Physicians (UK), 2010.
- ROBINSON, D. J. et al. **Oropharyngeal dysphagia in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.** *European Geriatric Medicine*, v. 2, n. 4, p. 201-203, 2011.
- SINGH, B. **Impaired swallow in COPD.** *Respirology*, v. 16, n. 2, p. 185-186, 2011.