

O IMPACTO DA INTERDISCIPLINARIDADE NO MANEJO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Coordenador: CASSIA CINARA DA COSTA

Autor: DAVERSOM BORDIN CANTERLE

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela limitação crônica do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Esta geralmente é progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Como consequência, o indivíduo apresenta dispneia, também progressiva e persistente. A sensação de desconforto respiratório está relacionada à hiperinsuflação pulmonar, levando o diafragma à desvantagem mecânica, ou seja, relação tensão-comprimento menos favorável, aumentando o trabalho respiratório mesmo durante o repouso. Tal dispneia reduz as atividades de vida diária (AVD's) do indivíduo instalando-se um ciclo-vicioso no qual ele limita suas atividades para amenizar os sintomas que aumentam a esforços físicos cada vez menores. Esse repouso excessivo leva a falta de condicionamento físico e a piora do quadro de dispneia, comprometendo a qualidade de vida e sendo a razão pela qual a maioria dos pacientes procura atendimento médico. Para interromper esse ciclo da dispneia, há 10 anos surgiu o Projeto de Reabilitação Pulmonar (RP), composto por uma equipe interdisciplinar que vem proporcionando uma melhora na qualidade de vida de pacientes oriundos das unidades básicas de saúde da rede pública dos diversos municípios que integram a região do vale do rio dos sinos. A RP tem como objetivos: reduzir os sintomas respiratórios, melhorar a qualidade de vida e aumentar a independência funcional nas AVD's. Os pacientes são inicialmente avaliados pelo pneumologista, que confirma o diagnóstico da doença e a real necessidade do tratamento, a seguir passam para as avaliações subseqüentes com os demais profissionais do grupo interdisciplinar: Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia. A equipe da Fisioterapia faz uma avaliação respiratória específica, seguida pela aferição de Pressão inspiratória (Pi Max) e Pressão expiratória (Pe Max) através de um manovacúmetro digital. Aqueles pacientes que apresentarem uma Pi Max \leq 60mmHg são submetidos a um treinamento muscular respiratório que acontece antes do treinamento da musculatura periférica. O teste da caminhada dos seis minutos também é realizado pela equipe da fisioterapia obedecendo aos critérios da American Thoracic Society, além da aplicação da escala de dispneia (Medical Research Council). A nutrição proporciona o apoio aos pacientes orientando-os na dieta

alimentar direcionada ao DPOC, através da avaliação de Bioimpedância elétrica utilizando as medidas de cintura e quadril, e a aferição do peso e altura do paciente. Também é realizado um recordatório alimentar de três dias, excluindo sábado e domingos. A identificação de eventuais problemas emocionais e a significância dos mesmos na doença pulmonar, bem como as estratégias de tratamento psicoterápico fica a cargo da psicologia. É feita a aplicação de um questionário de qualidade de vida (Questionário respiratório de Saint George (SGRQ), através de uma entrevista individual. O questionário é reaplicado no final das 12 semanas de treinamento para se comparar o valor inicial e assim verificando os padrões de qualidade de vida do paciente, além disso, a psicóloga também dispõe de um espaço semanal para orientações aos pacientes e familiares para esclarecimento da doença e de suas repercussões. O teste de exercício cardiopulmonar (ergoespirometria) é realizado pelo professor médico responsável do Laboratório de Estudos da Atividade Física do Exercício e do Esporte (LEAFEEES). Adotou-se o protocolo de Harbor que preconiza que o paciente inicie o teste caminhando por três minutos na esteira com uma velocidade fixa e agradável para ele, sem inclinação. Decorridos estes três minutos, a inclinação é aumentada em 1%, 2% ou 3% a cada minuto, de maneira que o paciente atinja o consumo máximo de oxigênio (VO_{2max}) em aproximadamente dez minutos. A velocidade é ajustada para que o teste dure de oito a doze minutos. A enfermagem revisa os cuidados de higiene com os diferentes dispositivos inalatórios e nebulizadores para o paciente e familiares. A farmácia realiza entrevistas individuais afim de identificar as medicações utilizadas pelos pacientes e orientações quanto ao seu uso. Fica a cargo da equipe da educação física a realização do Teste de carga máxima que visa avaliar a capacidade da força muscular para a adequação das cargas objetivando o treinamento físico, a avaliação das medidas antropométricas e a musculação concomitante com o treino aeróbico a ser desenvolvido. O programa compreende doze semanas, onde as sessões de condicionamento físico ocorrem três vezes por semana, durante uma hora, divididos em aquecimento, treinamento aeróbico, musculação e alongamentos. Antes do treinamento os pacientes passam pela aferição dos sinais vitais. O treinamento aeróbico compreende de caminhada em esteira, com duração de até 30 minutos. O treinamento muscular compreende com uma seqüência de exercícios pré-determinada que consistiu de: tríceps sentado, voador peitoral, remada, rosca alternada, remada em pé, dilatador de costas e abdominal. A carga é determinada pela escala de percepção subjetiva de Borg. Após a conclusão da RP os pacientes são convidados a realizar a caminhada orientada como uma maneira de manutenção do condicionamento físico obtido durante o programa. Até o momento concluíram o programa de reabilitação pulmonar 354 pacientes, que obtiveram uma melhora na

qualidade de vida com redução superior a 4% em todos os domínios do questionário Saint George. Foi observada uma redução de 11,54% no domínio sintomas, 14,13% no domínio impacto, 13,07% no domínio atividades e 14,32% no total do questionário Saint George de qualidade de vida. Foi observado um aumento de $56,25 \pm 7,5$ metros em média na distância percorrida no teste de caminhada dos seis minutos após a intervenção interdisciplinar com reabilitação pulmonar. Esta atividade de extensão universitária tem se mostrado uma alternativa capaz de proporcionar um melhor atendimento para estes pacientes e através da formação de alunos de graduação, mestrado e doutorado disseminar o conhecimento do diagnóstico, modalidades de tratamento e prevenção. Podemos concluir que o projeto melhorou a qualidade de vida dos pacientes proporcionando uma maior inserção destes indivíduos na comunidade e também recuperou parcialmente capacidade de exercício.