

Percepção da doença e auto eficácia no idoso com DPOC

Protocolo para um estudo comparativo nos cuidados de saúde primários

Claudia Figueiredo Dias

Claudia.adias@gmail.com

RESUMO

Este trabalho é o protocolo de um estudo experimental randomizado a realizar durante 16 semanas nos cuidados de saúde primários. Terá inicio no segundo semestre de 2013. Irá comparar a efetividade na autoperceção da doença e autoeficácia nos idosos. A população alvo são os idosos diagnosticados com DPOC, encaminhados por clínicos de saúde geral e familiar da região do grande Porto. O grupo de intervenção I terá uma abordagem multidisciplinar organizada em 4 sessões. Ao grupo de intervenção II será entregue um manual desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia. O grupo de controle não terá intervenção. Serão aplicados a todos os grupos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, autoeficácia, autoperceção da saúde e consultas de follow-up. Este estudo poderá incluir um cálculo de custo-efetividade do ponto de vista da prestação de cuidados no sector público da saúde.

Palavras-chave: Idoso.DPOC. Auto percepção da doença. Auto eficácia. Educação para a saúde. Cuidados de saúde primários.

Correspondência/Contato

Claudia.adias@gmail.com
Telefone +351 967340432

ABSTRACT

This work is a study protocol of a randomized controlled trial, to be performed for 16 weeks in primary health care. It will start in the second half of 2013. It will compare the illness perception and self-efficacy on the elderly. The target population is the elderly diagnosed with COPD referenced by medical practitioner of the Oporto area. The intervention at group I consist in a multidisciplinary approach along 4 sessions. The group II will receive only a COPD manual developed by the Pulmonary Portuguese Society. The control group will not have any intervention. It will be apply to all groups instruments assessing quality of life, illness perception and self-efficacy. Follow-up appointments will be included also to all groups. It is possible that this study will include a cost-effectiveness approach from the public health care sector point of view.

Keywords: Elderly. COPD. Illness perception. Self efficacy. Health education. Primary health care.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia em Portugal no mundo

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma patologia que envolve um grande número de doentes, sendo considerada uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. De acordo com dados do relatório de 2010 do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias⁽⁵⁾ existem mais de 63 milhões de casos sintomáticos de DPOC em todo o mundo, estimando-se que a doença atinja cerca de 210 milhões de pessoas. A nível mundial, a DPOC é responsável por mais de 1,5 milhões de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade.

Em Portugal as doenças respiratórias crónicas afetam cerca de 40% da população, com a DPOC a representar 14,2% dessas patologias em pessoas com mais de 40 anos⁽⁵⁾. É a segunda causa de internamento por doenças respiratórias, verificando-se, desde 1993, um número crescente de internamentos hospitalares, dias de internamento, mortes e custos motivados pela doença⁽¹⁾. Espera-se um aumento da prevalência, morbilidade e mortalidade especialmente em países com um rápido envelhecimento da população⁽⁶⁾.

1.2. Impacto social e económico da DPOC

A causa principal da hospitalização em utentes com DPOC é a exacerbação dos sintomas que lhes prejudica gravemente a sua qualidade de vida e a capacidade física. Os custos com os cuidados de saúde destes utentes são muito elevados uma vez que cerca de 40% a 50% dos utentes com DPOC são readmitidos no hospital no ano subsequente à alta⁽⁷⁾.

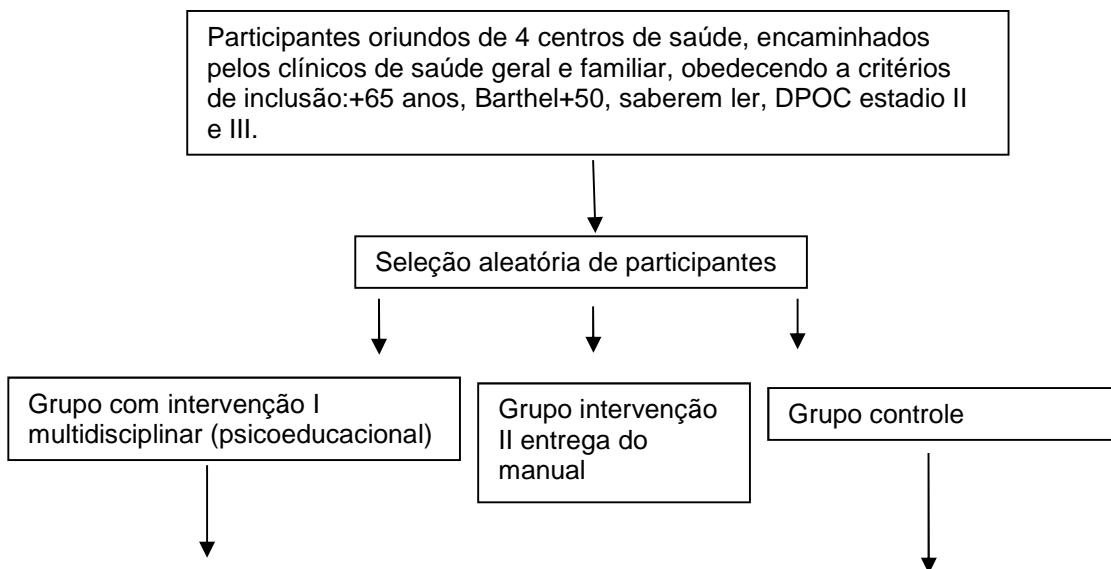
Prevê-se que em Portugal o custo estimado dos utentes com DPOC, atinja os 242 milhões de euros⁽⁷⁾. Num estudo realizado no Hospital de Santa Marta, verificou-se que o custo direto médico anual médio de um utente com DPOC foi de 3676€ em 2006⁽⁸⁾. Neste estudo, o internamento correspondeu a 53,5% do custo total, enquanto o tratamento médico em ambulatório (medicação, oxigenoterapia de longa duração e

ventilação não invasiva) e o atendimento em ambulatório corresponderam a 25,1% e 21,4% respetivamente.

A DPOC é um importante contribuinte para a morte e invalidez a nível internacional⁽⁹⁾. Com os crescentes encargos financeiros e a elevada taxa de ocupação das camas hospitalares é importante encontrar um modelo de cuidados direcionados para estes utentes de forma a controlar o enorme fardo que a DPOC representa, tanto em termos de mortalidade como de morbidade⁽¹⁰⁾. A projeção para 2020 indica que DPOC será a terceira principal causa de morte no mundo e a quinta maior causa de anos perdidos por mortalidade prematura ou incapacidade, anos de vida ajustados por incapacidade⁽¹¹⁾. Estima-se ainda que até 2020 a DPOC será a quinta entre as condições com o maior fardo para a sociedade em toda a escala mundial. Isto irá resultar numa pressão crescente sobre o sistema de saúde⁽⁶⁾. Com o envelhecimento da população Portuguesa, fica claro que a DPOC continuará a contribuir para o encargo social e económico nos próximos anos.

Atualmente é consensual que para tratamento da DPOC contribuam diversas estratégias de intervenção incluindo prevenção e a educação⁽¹⁾. A educação do paciente para melhorar a adesão e habilidades de auto cuidado deve ser parte integrante do tratamento para pacientes com DPOC⁽²⁾. Assim, as intervenções educativas para doenças crónicas têm como objetivo fornecer aos doentes conhecimento e habilidade para lidar com as limitações impostas pela doença⁽¹²⁾. Desta forma a educação parece melhorar a utilização de cuidados de saúde na população com DPOC⁽¹³⁾.

2. METODOLOGIA



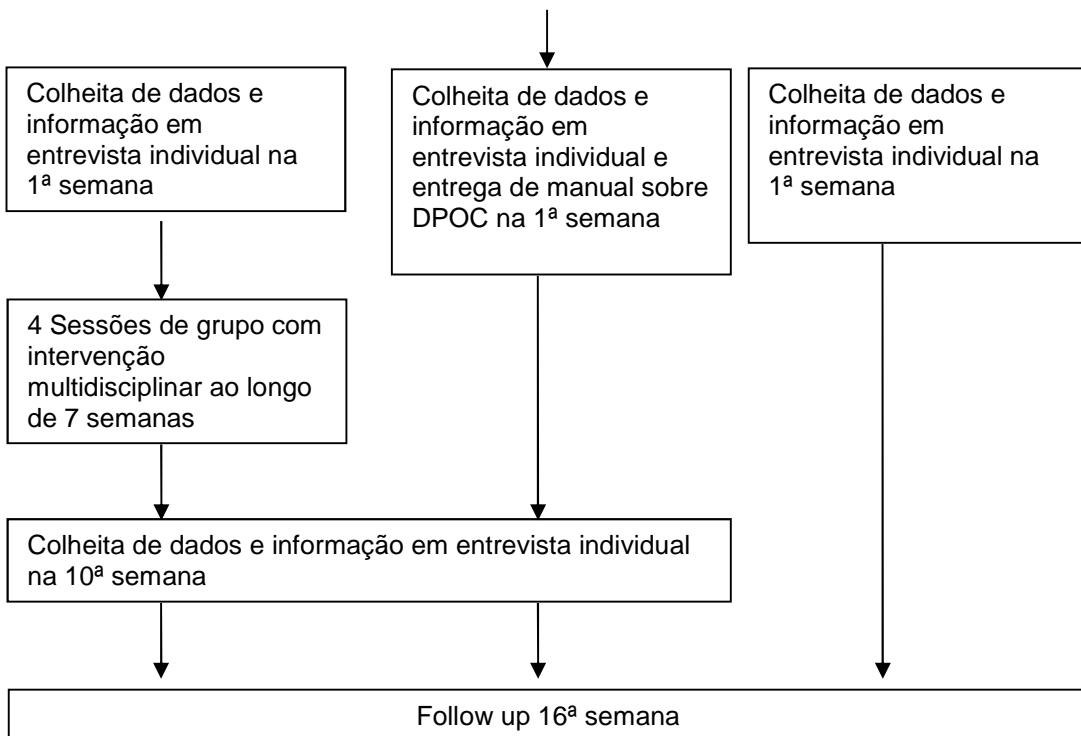


Figura 1 – Desenho do estudo

2.1. Desenho do estudo

É um estudo experimental randomizado longitudinal que será realizado ao longo de 16 semanas (Figura 1). A população alvo são os utentes idosos dos cuidados de saúde primários com diagnóstico de DPOC estadio II e III. Após referenciação dos participantes pelos médicos de clínica geral e familiar, obedecendo a critérios de inclusão, os participantes serão atribuidos aleatoriamente a um grupo. Estão organizados 3 grupos. O grupo de intervenção I terá uma abordagem multiprofissional organizada segundo o modelo psicoeducacional em 4 sessões. O grupo de profissionais é constituído por enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e clínicos de medicina legal e familiar e serão abordados temas chave para a educação do paciente com DPOC. Ao grupo de intervenção II será apenas entregue um manual elaborado pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia que aborda os mesmos temas chave. O grupo de controle não será alvo de nenhuma intervenção. Os momentos corte (grupo de intervenção I, II e control) onde será recolhida a informação estão pré-determinados para as semanas 1, 10 e 16 e serão sob a forma de consulta individual. O grupo controle terá os momentos de corte à 1ª e 16ª semana. Para diminuir o impacto das possíveis situações

de não adesão no follow-up, poderão ser levadas a cabo medidas como contactos telefónicos, envio de cartas e mails para relembrar a marcação das sessões .

2.2. Participantes

O recrutamento para este estudo será lugar em 4 centros de saúde do grande Porto. Os participantes para serem incluídos no estudo terão de cumprir certos critérios de inclusão, terem idade igual ou superior a 65 anos, terem diagnóstico clínico de DPOC estadio II e III, terem uma autonomia funcional correspondente a score de Barthel igual ou superio a 50. Terão de possuir capacidades comunicacionais e cognitivas que lhes permitam interagir e compreender os conteúdos e deverão saber ler. Deverão ainda ter acuidade auditiva e visual suficiente para participar em atividades. Os participantes não poderão estar institucionalizados e não deverão ter qualquer doença ou incapacidade que lhes impossibilite a participação. Obrigatóriamente todos os participantes terão de ter um consentimento assinado.

2.3. Distribuição aleatória

O encaminhamento para o referido estudo é da responsabilidade dos clínicos de medicina geral e familiar. No 1º momento de corte se não se verificarem todos os critério de inclusão poderão ser excluidos participantes. Depois de se estabelecer o grupo inicial de partida (n), os participantes serão distribuidos pelos grupos de intervenção ou control, tendo em conta o centro de saúde da residência, para maior conforto dos pacientes e desta forma contribuir para a sua adesão ao projeto. Os participantes que não frequentarem pelo menos 3 das 4 sessões programadas poderão ser excluidos. As sessões em grupo serão realizadas nos centros de saúde ou em locais cedidos pelos seus parceiros sociais na comunidade, por exemplo Juntas de Freguesia, salões paroquiais ou associações. As abordagens individuais serão efetuadas em gabinete nos centros de saúde.

2.4. Intervenções

Os conteúdos das sessões multidisciplinares são baseados no manual "Aprenda a viver com a DPOC" desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia elaborado para o doente pulmonar obstrutivo crónico. Aborda essencialmente a gestão do regime terapeutico, incluindo fatores farmacológicos e não farmacológicos como as

tecnicas inalatórias, fatores exacerbantes e evição dos mesmos, controle da respiração e da dispneia, métodos de limpeza das vias aéreas, nutrição e hábitos de ativiade física entre outros. Aos participantes dos grupos de intervenção será solicitado o preenchimento de um diário clínico incluso no manual. As 4 sessões (tabela 1) serão divididas ao longo de 7 semanas e terão a duração máxima de 60 minutos.

Tabela 1 - Organização das Sessões

Sessão	Tema	Elementos da equipa multidisciplinar
1	Fisiopatologia da DPOC; Vacinação Cessação tabágica Contrato individual de saúde	Enfermeiro Especialista em Reabilitação Médico Clínico Geral
2	Técnicas de Reeducação Funcional Simplificação das AVD's Terapêutica (inalatória, não inalatória e oxigenoterapia);	Enfermeiro Especialista em Reabilitação
3	Auto percepção da doença Treino de sintomas e preenchimento de diário clínico; Relaxamento	Enfermeiro Especialista em Reabilitação Psicólogo/Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
4	Nutrição adequada na DPOC; Importância actividade física (promoção e ex. exercícios para casa)	Nutricionista Enfermeiro Especialista em Reabilitação

3. RESULTADOS ESPERADOS

Existe uma evidência crescente de que os programas baseados na educação para a autogestão da doença crónica como a DPOC são benéficos para os pacientes. Estes são assentes em equipas multidisciplinares com estratégias preventivas e integradas⁽¹²⁾. Os cuidados de saúde primários são o cenário mais favorável para estes programas de intervenção na DPOC, pois a educação para a saúde é um dos pilares dos cuidados de saúde primários⁽¹³⁾. A Organização Mundial de Saúde promove os cuidados de saúde primários como o cenário mais viável em termos de custo-eficácia para programas de intervenção em doenças não transmissíveis⁽¹⁴⁾.

Estudos demonstram⁽¹⁵⁾ que programas baseados na percepção da saúde e auto gestão na DPOC realizados na comunidade, são eficazes em termos de custo, principalmente em estádios menos graves da doença e mantendo a motivação dos pacien-

tes pelo menos durante um ano. Demonstrou-se uma redução do declínio da doença a longo prazo em grupos de participantes com estádios menos graves. Resultados encorajadores⁽¹⁶⁾ foram também relatados relativamente à melhoria significativa da qualidade de vida dos participantes.

4. CONCLUSÃO

Este estudo é inovador e pioneiro a nível nacional. Embora a educação na DPOC seja alvo da atenção dos profissionais de saúde, os programas educacionais abordam maioritariamente o exercício físico e a higienização bronquica em contexto de ginásio, ou sob a forma de reabilitação respiratória. A abordagem multidisciplinar centrada no cliente, na esfera dos cuidados primarios, com enfoque em áreas chave no autocuidado, é essencial para que ocorra uma alteração positiva na percepção da doença e uma abordagem ativa na gestão da mesma, de forma a quebrar o ciclo de declíneo da DPOC.

6. REFERÊNCIAS

1. Bugalho, A.; Neuparth, N. (2002). *Associação entre a reversibilidade brônquica e a inflamação das vias aéreas em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Revista Portuguesa de Pneumologia VIII (6), 547-580.
2. Maltais, F., Bourbeau, J., Shapiro, S., Lacasse, Y., Perrault, H., Baltzan, M., Hernandez, P., et al. (2008). Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease – a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149 (12), 869-879.
3. Rodgers, S.; Dyas, J.; Molyneux, A., Ward, M.J., Revill, S.M. (2007) *Evaluation of the information needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation: a focus group study*. *Chronic Respiratory Disease*, 4, 195-203.
4. Ries, A.; Bauldoff, G.; Carlin, B.; Casaburi, R.; Emery, C.; Mahler, D.; Make, B.; Rochester, C.; Zurwallack, R.; Herreras, C. (2007). *Pulmonary Rehabilitation –*

- Joint ACCP/AACVPR Evidence – Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 131, 4s-42s.
5. Teles de Araújo. (2010). Relatório do Observatório Nacional das doenças respiratórias 2010- Estado da Saúde Respiratória em Portugal. Retrieved from http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2010.pdf
 6. Blackstock, F., Webster, K. (2006). *Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes*. *Health Education Research - Theory & Practice*. 1-15.
 7. Rizzi, M., Grassi, M., Pecis, M., Andreoli, A., Taurino, A. E., Sergi, M., & Fanfulla, F. (2009). *A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy*. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(3), 395-401. doi: S0003-9993(08)01703-6 [pii] 10.1016/j.apmr.2008.08.223
 8. Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
 9. Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London.
 10. Hutchinson, A., Brand, C., Irving, L., Roberts, C., Thompson, P., & Campbell, D. (2010). *Acute care costs of patients admitted for management of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: contribution of disease severity, infection and chronic heart failure*. *Intern Med J*, 40(5), 364-371. doi: IMJ2195 [pii] 10.1111/j.1445-5994.2010.02195.x
 11. Raherison, C.; Girodete, P-O. (2009). *Epidemiology of COPD*. *European Respiratory Review*, 18:114, 213-221.
 12. Collet, J.-P., Schwartzman, K., Ducret, T., Nault, D., Bradley, C. (2006). *Economic Benefits of Self Management Education on COPD*. *Journal Chest Publication*, 1701-1711.
 13. Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., Dowling, M. (2011). *Developing a structured education programme for clients with COPD*. *British Journal of Community Nursing*, vol.16.

14. World Health Organization. (2010). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
15. Chavannes NH, Grijzen M, van den Akker M, et al. (2009). *Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial*. Primary Care Respiratory Journal.18: 171-6.
16. Kruis A. L., Chavannes N. H. (2010). *Potencial benefits of integrated COPD management in primary care*. Monaldi Arch Chest Dis. 73 :3, 130-134.

Cláudia Figueiredo Dias

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitaçãoobiografia;
Pós Graduada em Ventilação Não Invasiva
Doutoranda em Gerontologia no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto
