

Guia de Prestação de Cuidados: O essencial sobre reabilitação respiratória para ajudar as pessoas com dispneia a respirar melhor, a sentirem-se bem e a fazer mais!

Qual é a essência da Reabilitação Respiratória?

A Reabilitação Respiratória (RR) é um programa estruturado e adaptado às necessidades individuais que pretende reduzir a dispneia, melhorar a qualidade de vida (incluindo os medos relacionados com a dispneia) e a capacidade de exercício físico. Com esta intervenção consegue-se melhorar a capacidade para a execução das atividades de vida diária. É um programa baseado em exercício, acompanhado de capacitação em autogestão, para ajudar as pessoas a viverem melhor com as doenças respiratórias. É uma medida fundamental e deve ser integrada nos seus cuidados globais. A RR tem também mostrado reduzir o recurso a serviços dispendiosos como o internamento hospitalar. Pode realizar-se de forma segura em ambulatório, fora do meio hospitalar. Apesar da sua comprovada eficácia clínica e relação custo-benefício, a RR é amplamente subutilizada.^{1,2}

A quem se destina a RR?

A RR destina-se a adultos de todas as idades que estejam funcionalmente limitados pela dispneia, apesar dos cuidados de saúde em curso.

Porque é tão importante?

As pessoas com doenças pulmonares crónicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), podem apresentar dispneia, mesmo para pequenos esforços, e isso pode ser muito assustador para elas e para as suas famílias ou cuidadores.

Como consequência, estas pessoas tendem a evitar atividades que lhes agravem as queixas respiratórias, levando ao descondicionamento físico, desmotivação e até isolamento social.

Existem duas mensagens essenciais que devem ser transmitidas pelos profissionais de saúde, mesmo que sejam de difícil compreensão para os doentes com dispneia:

"A dispneia quando se movimenta é NORMAL."

"Não é prejudicial ou perigoso sentir falta de ar quando se movimenta."



"Isto permitiu-me viver uma nova vida. Saio novamente. Pode-se conciliar uma doença pulmonar com viver uma vida normal. Não me sinto com 50 anos, sinto-me novamente com 20 anos."

"Quando se aprende a controlar a respiração, pode-se aprender como praticar exercício adequadamente."



"Até vocês (grupo de facilitadores) aparecerem, a minha vida era um purgatório. Desconhecia o que estava a acontecer ou como lidar com isso. Agora sei o que fazer quando tenho falta de ar. Não voltarei a ficar em pânico. Eu controlo a minha respiração."

O seu papel em melhorar a aceitação e o uso da RR: Consulta (ver exemplos em www.ipcrg.org/PR)

PERGUNTE: acerca da dispneia "Como é que a falta de ar mudou a sua vida?" "O que é que mais o incomoda quando tem falta de ar?"

Utilize uma escala de dispneia, por ex. mMRC.

ACONSELHE: "A RR ajuda-o a respirar melhor, a sentir-se melhor, a fazer mais/regressar ao trabalho (se aplicável) pelo que eu recomendo-a fortemente. Informe-se sobre o que dizem os outros doentes acerca disto."

ATUE: Os doentes interessados em fazer RR necessitarão de apoio. O que lhes podemos recomendar depende do suporte disponível e acessível. De qualquer forma, cada doente deve ser felicitado e informado acerca do passo seguinte: "Essa é uma decisão muito importante, parabéns. Vou agora referenciá-lo..." ao "... Programa de Reabilitação Respiratória" ou "... a um especialista que poderá avaliar a sua dispneia e qual o programa adequado a si." ou

ATUE: se o doente disser não/ainda não "É claro que a escolha é sua, por isso informe-me se mudar de opinião e voltaremos a este tema numa próxima consulta. É uma excelente oportunidade para conhecer outras pessoas com experiência similar, permitindo aprender a controlar a dificuldade respiratória e reduzir o impacto desta na sua vida."

Forneça informação e educação acerca da doença e de como viver melhor e saber gerir os problemas e a terapêutica, por ex. VIVER MELHOR, REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM REDE e IPCRG. Isto será reforçado no programa.

O seu papel em melhorar o uso da RR: planificação (ver exemplos em www.ipcrg.org/PR) Enquanto referenciador, pode contribuir para obter melhores resultados e maior eficiência do programa, uma vez que podem existir obstáculos:³



1. Conheça os procedimentos de referenciação. Defenda e aplique critérios de referenciação inclusivos.
2. Evite a referenciação do utente para várias especialidades e programas. (P. ex. Não referencie para pneumologia para avaliação da dispneia e simultaneamente para um programa de RR).
3. Use uma abordagem sistematizada na avaliação da dispneia (P. ex. Escala do Medical Research Council modificada).
4. Clarifique quem irá financiar o programa.
5. Esteja atento aos programas de RR existentes e assista a pelo menos uma sessão dos mesmos.
6. Antecipe as dúvidas e preocupações individuais relativamente ao sucesso dos programas de RR: recolha testemunhos e fotografias (com consentimento) de histórias de sucesso. Seja entusiasta e confiante relativamente à RR!
7. Publicite os benefícios e promova os programas de RR na comunidade com linguagem e histórias familiares e acessíveis.
8. Peça feedback aos profissionais que prestam o programa de RR relativamente aos utentes referenciados, os objetivos alcançados e as dificuldades sentidas.
9. Ofereça simultaneamente apoio psicológico ao utente referenciado para RR, quer seja através de um psicólogo incluído no programa de reabilitação, de uma consulta de psicologia ou através de grupos de apoio.
10. Identifique os utentes que não aderiram ao programa de RR. Ajuste o seu aconselhamento de forma adequada.
11. Planeie o que fazer em caso de abandono do programa e como reintegrar as desistências.

O que sobressai num bom programa de RR?

Se tem oportunidade de escolher entre vários programas de RR deve selecionar um que:

- tenha profissionais experientes em doenças respiratórias crónicas;
- adapte o programa às necessidades físicas, sociais, cognitivas e psicológicas de cada utente;
- faça aconselhamento individualizado sobre técnicas respiratórias que capacitem os pacientes a lidar com o medo de falta de ar;
- prescreva e adeque o exercício físico usando os **princípios FITT** (ver no verso).

Organizar o seu próprio serviço de reabilitação respiratória: os elementos básicos

Criação de um serviço de Reabilitação Respiratória a partir do zero para ajudar as pessoas a respirar melhor, a sentirem-se bem e a fazer mais

Consulte as orientações disponíveis em www.ipcr.org/PR e verifique que as conclusões das revisões sistemáticas recentes mostram não existir uma forma correta de implementar um programa de RR. Assim sendo, defendemos que é necessária uma adaptação às características locais (p. ex. realizar a avaliação, prescrever um programa de exercícios em conjunto com o utente que seja passível de ser realizado em casa, com apoio telefónico ou pela internet, e que seja flexível). Temos usado a nossa experiência em rede para oferecer ajuda na sua implementação.

Os elementos base para um programa de RR são relativamente fáceis de implementar:

1. Localização: acessível. As avaliações e as sessões de grupo podem ocorrer em diferentes locais. Se o transporte do utente até esses locais não for possível, considerar implementar um programa no domicílio. A dispersão de locais para a RR pode aumentar a inclusão.

2. Instalações: a) para a avaliação: local que permita a realização do teste de marcha; b) para a implementação: espaço que permita agrupar em simultâneo 6 ou mais utentes, durante 1h 30min (1h de exercício e 30min de sessão educacional), duas vezes por semana, por um período mínimo de 6 semanas; replique as condições habituais dos doentes o mais possível (p. ex. não necessita de ter ar condicionado, pode ser realizado no exterior. Ambientes que não os de serviços de saúde são aceitáveis. Considere incluir infraestruturas que os participantes possam voltar a utilizar depois de terminado o programa.

3. Horário: deve ser flexível, adequado à disponibilidade dos participantes para se conseguir a maior adesão possível. Permitir um dia de descanso entre sessões de RR.

4. Equipamento: pode ser variado e simples desde que possa ser aplicado em treino aeróbico e de força (p. ex. auxiliares de marcha, halteres, garrafas com areia, bandas de resistência, pesos de tornozelo; um telefone ou cronómetro para o controlo do tempo; escalas impressas para objetivar as dificuldades no exercício, grelhas de autopreenchimento para registar o exercício feito no domicílio; oxímetros). Para as sessões educativas: inaladores e dispositivos de treino da técnica inalatória.

5. Referenciação e respetivo feedback: negocie as formas de referenciação localmente com o máximo possível de instituições. Elabore procedimentos de referenciação onde inclua quem, como e quando referenciar os pacientes (inclua fumadores ativos e pessoas com oxigénio portátil). Elabore uma lista atualizada com os contactos diretos de todos os serviços prestadores de RR para que seja possível uma fácil comunicação, nomeadamente sobre a assiduidade e o desempenho dos utentes durante o programa de reabilitação.

6. Formulários e ferramentas: disponibilize formulários e ferramentas simples que sirvam de apoio à avaliação, prescrição e evolução do exercício, e à educação dos pacientes. Ver mais em (<https://www.theipcr.org/display/TreatP/Recources+for+professionals+about+pulmonary+rehabilitation>)

7. Profissionais: reúna uma equipa treinada, com conhecimento e competências na área da RR (fisioterapeuta, enfermeiro especialista em reabilitação, médico de família). Não há uma só resposta certa para este conjunto de competências que consiste em avaliar, disponibilizar e apoiar um programa de reabilitação com segurança. Dependerá do contexto e padrões locais. A equipa formada deve ter capacidade de se deslocar para implementar o programa em vários locais.

A RR é um programa personalizado e adaptado a cada indivíduo

Um programa padrão deve ser adaptado às necessidades físicas, sociais, cognitivas e psicológicas específicas de cada paciente.

Avaliação (ver em www.ipcr.org/PR)

É necessária uma avaliação holística para identificar o estado basal dos doentes que irão beneficiar com estes programas, aplicando ferramentas validadas que possibilitem avaliar a eficácia individual do programa. Desta forma, a avaliação requer um coordenador que selecione e aplique as ferramentas adequadas ao contexto local, aos sistemas disponíveis e aos indicadores contratualizados de desempenho. Deve incluir:

• Testes de exercício para avaliar a capacidade de esforço e treino de força.

A escolha do teste permitirá uma prescrição individualizada de exercício, por exemplo marcha com carga progressiva, sentar e levantar, força de preensão;

- Testes Psicológicos: o humor tende a melhorar durante a RR, por exemplo PHQ4 ou HADS;
- Avaliação da Qualidade de vida, p. ex. para a DPOC: CCQ, CAT ou CRQ;
- Confiança/conhecimento e compreensão acerca da DPOC e/ou nível de atividade.

Importância do exercício

Os exercícios prescritos têm de ser personalizados para que o doente obtenha ganhos com o programa de RR.

Os programas de exercícios devem ser desenhados de acordo com o **princípio FITT** e devem ser tão específicos quanto uma prescrição farmacológica:

Frequência (dose) - por exemplo, mínimo de 6 semanas; exercício aeróbico 5 dias por semana; 2 num programa de RR, 3 no domicílio;

Intensidade (dose) - use o teste inicial para a resistência (VO_2 máximo $\geq 60\%$) apoiado por uma escala de perceção de esforço e repetições para força (p. ex: máximo de 10 repetições, 50-80% de uma repetição máxima, ou aplicação de escala OMNI) por exemplo: 3x10 com repouso entre cada repetição.

Tempo (duração): aponte para 30 minutos de exercício aeróbico contínuo (sem incluir o aquecimento e arrefecimento). Se não for possível 30 minutos, o alvo será atingir 30 minutos acumulados tentando encurtar as pausas.

Tipo (modalidade): por exemplo aeróbico: caminhar ou andar de bicicleta; força: exercícios com pesos para os membros superiores e inferiores (por exemplo agachamentos, sentar e levantar, fortalecimento dos bíceps com pesos, cargas ou barra). Considere a inclusão de exercícios de flexibilidade, alongamento e de equilíbrio, uma vez que as pessoas com DPOC estão em risco de fratura devido a osteoporose e a maior risco de quedas.

Pôr o programa em prática

- Crie um ambiente positivo, divertido e de apoio.
- O exercício deve ser semanalmente progressivo com o objetivo de se realizar 5 sessões semanais de 30 minutos cada.
- O exercício no domicílio deve ser prescrito e monitorizado. O programa domiciliário deve basear-se no modelo existente no centro de reabilitação.

Educação (Ver em www.ipcr.org/PR)

Ensine técnicas de controlo da respiração para serem usadas durante e após o exercício. Disponibilize apoio psicológico para promover a capacitação (por exemplo, para lidar com o medo de dispneia, agudizações da doença, ajustes do estilo de vida e alterações de identidade) e a remoção de obstáculos à adesão e cumprimento do programa - por exemplo, o modelo de Cambridge. Incluir também: o que é a doença e a(s) sua(s) causa(s); como proteger os seus pulmões: cessação tabágica e evicção do fumo doméstico de biomassa, o papel da atividade física; estabelecimento de objetivos; relaxamento; dieta e nutrição; otimização farmacológica; planos terapêuticos nas agudizações; comunicação com a equipa de saúde; cuidados diferenciados e no fim de vida; prevenção das recaídas e manutenção das alterações.

Uma prescrição para o sucesso (Ver em www.ipcr.org/PR)

• Organize um programa de 6 semanas com 2 sessões semanais. Os grupos devem ser de 6 a 16 pessoas. Teste o que funciona melhor equilibrando a coesão social e a eficiência - uma coorte em que os participantes permaneçam juntos como um grupo; uma rotação em que os participantes se possam associar em qualquer momento; uma semi-coorte/rotação: por exemplo, introduzir pessoas novas a cada 4 semanas; uma rotação itinerante: mudar-se para locais diferentes.

• Disponibilize o programa prescrito e que se adequa ao espaço, por exemplo 30 minutos aeróbico: 5 minutos de aquecimento, 30 minutos de caminhada ao ritmo prescrito, 5 minutos de arrefecimento. Dever-se-á evitar as pausas. Exercícios de força com pesos nas pernas e braços.

• Semanalmente, reveja e aumente a duração do exercício.

• Tente incutir confiança para que o doente mantenha a atividade física e o treino após o programa terminar, por exemplo manutenção em ginásios/instalações locais. Um plano para manter os benefícios obtidos após o programa.

• Se não for possível efetuar um programa baseado num centro de reabilitação, estabeleça um programa domiciliário estruturado e apoiado por monitorização telefónica.