

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM
USUÁRIOS PORTADORES DE PNEUMOPATIAS
CRÔNICAS: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ATRAVÉS
DE TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Laís Sari

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM USUÁRIOS PORTADORES DE PNEUMOPATIAS CRÔNICAS: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Laís Sari

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves

Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. Clara Colomé

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável –

**INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM USUÁRIOS
PORTADORES DE PNEUMOPATIAS CRÔNICAS: A EDUCAÇÃO EM
SAÚDE, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA**

Elaborado por

Laís Sari

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE
CRÔNICO-DEGENERATIVO**

Comissão Examinadora:

Marisa Pereira Gonçalves, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Maria Saleti Vogt, Dra. (UFSM)

Jucelaine Arend Birrer, Esp. (HUSM)

Santa Maria, 10 de abril de 2012

**INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM USUÁRIOS PORTADORES DE
PNEUMOPATIAS CRÔNICAS: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE
CONSERVAÇÃO DE ENERGIA**

Marisa Pereira Gonçalves*, Clara Colomé, Laís Sari*****

RESUMO: As doenças respiratórias crônicas vêm aumentando em prevalência. Interferem na qualidade de vida principalmente devido ao sintoma de dispnéia. Diante disso, este trabalho objetivou apresentar uma estratégia de intervenção para os usuários com pneumopatia crônica assistidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM, acerca do uso das Técnicas de Conservação de Energia. A metodologia usada foi a educação em saúde realizada através de discussões e visitas domiciliares a cinco sujeitos e preenchimento de um instrumento contendo questões sobre a adequação ou não do uso das técnicas de conservação de energia. A importância do empoderamento da equipe e dos usuários sobre o tema foi abordado durante a intervenção. A experiência vivenciada propiciou troca e consolidação de saberes e, também, o entendimento de que o profissional precisa participar ativamente na construção das mudanças apregoadas pelo SUS, além de envolver-se com ações de caráter integral voltada a esses usuários.

Palavras-Chave: doenças respiratórias crônicas; educação em saúde; técnicas de conservação de energia.

**MULTIPROFESSIONAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH CHRONIC LUNG
DISEASES: HEALTH EDUCATION THROUGH TECHNOLOGY ENERGY
CONSERVATION**

ABSTRACT: Chronic respiratory diseases are increasing in prevalence. Affect the quality of life mainly by the symptom of dyspnea. Thus, this worked aimed to present an intervention strategy for users with chronic lung disease assisted at the ambulatory of physiotherapy, University Hospital of Santa Maria-HUSM about the use of the Energy Conservation Techniques. The methodology used in health education was carried out through discussions and home visits to five subjects and completion of an instrument containing questions about the appropriateness or otherwise of the use of energy conservation techniques. The importance of empowerment of staff and users on the topic was addressed during the intervention. The lived experience provided exchange and consolidation of knowledge and also the understanding that the professional must actively participate in the construction of the changes heralded by the SUS, and become involved with actions of a fully dedicated to these users.

Descriptors: chronic respiratory diseases; health education; energy conservation techniques.

*

*Professora Fisioterapeuta Doutora do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria

**Doutora Enfermeira

***Fisioterapeuta Residente do Programa de Pós graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

Introdução

Desde a década de 60, seguindo a tendência mundial, o Brasil tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de patologias, o que caracteriza um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas. Estas, por serem doenças de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde.¹

Nesse contexto temos as doenças respiratórias crônicas (DRC), que são enfermidades que vem aumentando em prevalência, particularmente entre as crianças e os idosos. Essas afetam tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. Elas interferem na qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos acometidos, causando grande impacto econômico e social. Dentre as principais patologias pulmonares crônicas podemos citar: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Bronquiectasia, Fibrose Cística, Asma e Tuberculose. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, têm consequências na vida do paciente e de toda sua família.²

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde³, estas doenças representam cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento. No Brasil, as doenças respiratórias agudas e crônicas também ocupam posição de destaque, entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde – SUS.⁴

As doenças pulmonares trazem como consequência um elevado número de internações, alta morbidade, visitas freqüentes a serviços de urgência, além de recorrentes faltas ao trabalho e à escola, resultando em um enorme custo econômico e social, associando-se a isso ainda o subdiagnóstico e a falta de controle dos sintomas.²

Desta forma, compreendendo a importância de viabilizar novas modalidades de práticas de gestão e assistência em saúde, tornando-as mais resolutivas e humanizadas, rompendo com a fragmentação e a pouca resolutividade dos serviços de saúde pretende-se propor a atuação multidisciplinar e interdisciplinar no atendimento ao paciente com pneumopatia crônica.

De acordo com Velloso (2008)⁵, diversos sintomas interferem no cotidiano de sujeitos acometidos por pneumopatias crônicas, e um dos mais incapacitantes é a dispnéia a qual pode gerar um grande impacto na vida dos indivíduos acometidos.

Reforçando a idéia de que os pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas apresentam diminuição da tolerância ao esforço físico e dispnéia aos pequenos esforços, enfatiza-se a necessidade de visualizar o cotidiano desses durante a reabilitação pulmonar, com vistas à melhoria da sua condição de saúde e bem-estar.⁶

Entretanto, a observação desses sinais não pode nos transmitir o que realmente um determinado indivíduo está sentindo, pois a experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais podendo induzir respostas comportamentais e fisiológicas secundárias.⁷ Desta forma, a atenção interdisciplinar se torna necessária visto que este sintoma pode gerar conseqüências físicas e psicológicas, implicando numa baixa qualidade de vida e diminuição das atividades de lazer, trabalho e educação destes sujeitos.

Neste sentido, a educação em saúde com pessoas portadoras de pneumopatia crônica torna-se importante e deve valorizar as técnicas de conservação de energia, enfatizando as atividades da vida diária que este realiza ou apresenta dificuldade de realizar, através de metodologias individuais e/ou grupais⁸. Estas podem reduzir o gasto energético destes durante a realização de suas atividades diárias, diminuir a sensação de dispnéia e aumentar a sua capacidade funcional.⁵ Isso torna-se uma ferramenta essencial para promover saúde, bem-estar, melhora na qualidade de vida do sujeito, visto que provoca mudanças físicas e psicológicas, tornando-os aptos a desenvolver atitudes para o auto-cuidado durante a realização de suas atividades de vida diária.⁹

Tal fato torna evidente a necessidade de que, através da educação em saúde, os sujeitos sejam despertados quanto ao emponderamento do conhecimento sócio-educativo, além do uso das técnicas de conservação de energia, o que poderá provocar a mudança de atitude desses na forma de vivenciar o processo saúde-doença.

Um dos benefícios da educação em saúde vai ao encontro da reabilitação, pois busca a emancipação do sujeito, que busca a formação integral do ser humano para ser um cidadão ativo na sociedade.¹⁰ A educação em saúde é uma ferramenta para a promoção da saúde, que está sendo cada vez mais reconhecida como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde.

Vale ressaltar que qualquer profissional pode realizar em qualquer ambiente a educação em saúde enfocando temas como esses, visto que todos os ambientes

são considerados espaços vivos¹¹ e que a educação em saúde é constante, diária e permanente¹² sendo capaz de provocar a reforma do pensar para emancipação do sujeito.¹³ As visitas domiciliares, como instrumento de educação em saúde, objetivam, neste contexto, ratificar a promoção da saúde e as técnicas de prevenção, além de melhor adequá-las ao ambiente em que o usuário vive, proporcionando maior autonomia deste.

Com vista a superar a assistência fragmentada dos serviços de saúde, é essencial fortalecer um trabalho alicerçado na lógica da integralidade do cuidado, pois o processo saúde – doença exige uma abordagem que além de contemplar as especificidades de cada núcleo de atuação profissional, pressupõe uma pluralidade de ações considerando o cuidado nas diversas dimensões do ser humano¹⁴ sem, contudo, desconsiderar que a acessibilidade é elemento integrante dessa lógica.

A integralidade, enquanto princípio do SUS, é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.¹⁵

Somando a esta percepção, aspectos apontados nos resultados do Projeto de Pesquisa intitulado “O Impacto da Intervenção Interdisciplinar nos Usuários de Saúde com Pneumopatias Crônicas do Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria –HUSM”, vinculado ao Projeto “Guarda-Chuva” intitulado “Atenção Integral ao Pneumopata Crônico”, ambos elaborados pelos residentes da área crônico-degenerativa integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/UFSM, entendeu-se que os usuários com pneumopatia crônica necessitam de um cuidado que não esteja restrito apenas à esfera hospitalar. Assim, destaca-se a relevância de desenvolver ações de forma contextualizada, o que implica contemplar aspectos presentes no domicílio dos sujeitos, buscando com isto minimizar ou evitar o agravamento e a exacerbação do quadro dispnéico, bem como melhorar a qualidade de vida.

Nesse sentido, cabe destacar que a assistência domiciliar aparece como uma estratégia eficaz, sendo que está recomendada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, pois qualifica a integralidade do cuidado.¹⁶ Na visita domiciliar são

desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde e fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes.¹⁷ Assim, a visita domiciliar trabalha com a proteção da saúde por meio de uma abordagem interrelacional e educativa, desenvolvendo as potencialidades individuais e coletivas no enfrentamento da doença.¹⁸ Com isso o paciente pneumopata, como objeto de intervenção, tem a oportunidade de ampliar a compreensão de seu problema e refletir a respeito da realidade em que vive, privilegiando a promoção da sua autonomia.

Nas doenças crônicas isto é muito importante, porque o resultado do tratamento sempre depende da participação da pessoa doente, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidas como “poliqueixosos” ou “refratários”, pois a doença torna-se o centro de suas vidas.¹⁹

Desta forma, pretende-se, através desta proposta de intervenção, contemplar os dois níveis de atenção em saúde nos quais se encontram os usuários pneumopatas crônicos, ou seja, assisti-los tanto no âmbito hospitalar como nas Unidades Básicas de Saúde, junto às equipes atuantes. Neste sentido, destaca-se a importância da visita domiciliar para abordar o usuário em seu contexto. Isto vem proporcionar uma observação mais direta de suas atividades de vida diárias.

A partir destes pressupostos, o objetivo deste trabalho foi apresentar uma estratégia de intervenção para usuários com pneumopatia crônica assistidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria- HUSM, acerca do uso das Técnicas de Conservação de Energia, através de ações de capacitação dos usuários, discussões sobre a temática com a equipe de saúde das Unidades Básicas onde estes são acompanhados, observação *in loco* da utilização destas técnicas no seu cotidiano e empoderamento da equipe e dos usuários a respeito do tema.

Trajetória metodológica e resultados da intervenção

A presente intervenção foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2012, tendo como local o Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, localizado na Universidade Federal de Santa Maria, unidades

básicas de saúde do Município de Santa Maria e os domicílios dos pacientes que participaram das intervenções.

O Ambulatório de Fisioterapia foi criado em 1980 e realiza atividades com pessoas acometidas por pneumopatia crônica desde essa data. Os usuários portadores de doenças pulmonares crônicas atendidos neste serviço são encaminhados por médicos do Serviço de Pneumologia do HUSM e apresentam, na maioria, diagnóstico de Bronquiectasia.

Atualmente, atuam neste local, além de docentes fisioterapeutas vinculados ao Curso de Fisioterapia da UFSM, profissionais do HUSM e residentes vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM, na área crônico-degenerativa.

As unidades básicas de saúde que integraram essa proposta de intervenção foram as localizadas na área de abrangência a que pertenciam os usuários participantes deste projeto que compreendem: Centro Social Urbano, Rubem Noal, Walter Aita, Roberto Binato e Waldir Mozzaquatro.

Os usuários de saúde participantes da intervenção foram cinco voluntários, sendo dois do sexo masculino e três do feminino. Todos residiam no município de Santa Maria, tinham o diagnóstico de pneumopatia crônica com grau de dispnéia variado de 2 a 4.²⁰ e eram tratados no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM. A idade do grupo variou entre 18 e 65 anos, e a média foi de 55,4 anos. A patologia mais freqüente foi a Bronquiectasia.

O relato desta intervenção está dividido em quatro etapas, a saber:

Etapa I - sensibilização dos participantes da proposta de intervenção:

Este momento destinou-se a apresentação e análise da proposta de intervenção junto à coordenação do Núcleo de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria; ao encontro com as equipes das unidades básicas de saúde; apresentação da temática aos usuários no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM, onde estes se encontravam em atendimento.

Etapa II - avaliação do grau de dispnéia para inclusão dos usuários na intervenção:

Com tal propósito foi utilizada a Escala de Dispnéia Medical Research Council (MRC)²⁰ que é um instrumento tradicionalmente utilizado na literatura internacional principalmente por ser de fácil aplicabilidade e compreensão e foi validado no Brasil por Kovelis et al. (2008).²⁰ A escala é composta por cinco itens, sendo que o

indivíduo escolhe o item que corresponde ao quanto a dispnéia limita suas atividades de vida diária (AVD). O paciente relata seu grau subjetivo de dispnéia escolhendo um valor entre 1 e 5, onde: 1 – só sofre de falta de ar durante exercícios intensos; 2 – sofre de falta de ar quando andando apressadamente ou subindo uma rampa leve; 3 – anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar mesmo quando andando devagar; 4 – pára para respirar depois de andar menos de 100 m ou após alguns minutos; 5 – sente tanta falta de ar que não sai mais de casa, ou sente falta de ar quando está se vestindo.

As doenças pulmonares crônicas possuem como característica principal uma condição associada com um alto grau de incapacidade²¹, estas geram um grande impacto na vida dos indivíduos acometidos, principalmente devido à presença do sintoma de dispnéia, nos seus diferentes graus. Assim, alguns sujeitos deixam de realizar atividades com ir ao mercado, ao banco ou realizar atividades de lazer, como foi relatado por dois sujeitos durante a visita domiciliar.

Etapa III – apresentação da proposta e discussão da temática “técnicas de conservação de energia” em visita às equipes de saúde das unidades básicas:

As discussões com a equipe de saúde preocuparam-se, num primeiro momento, em focalizar a proposta do trabalho. Foi enfatizada a importância de o usuário ser orientado sob uma perspectiva interdisciplinar, quanto ao uso dessas técnicas na prevenção de exacerbações e agravamentos da enfermidade e também na promoção da sua qualidade de vida. Adicionalmente, foi apresentado à equipe o mesmo folder ilustrativo e informativo que seria entregue aos usuários durante as visitas domiciliares. E, ainda, foram feitas sugestões à equipe de que reforçassem sistematicamente as orientações expostas por ocasião das visitas aos domicílios dos usuários. Durante a interação com as equipes de saúde, observou-se que os profissionais desconheciam as técnicas de conservação de energia e não realizavam nenhuma abordagem referente ao uso das mesmas junto as pessoas com doenças crônicas.

Diante da constatação da inexistência de uma abordagem assistencial provida com este enfoque, ou de qualquer outro que enfatize o trabalho de educação de caráter grupal, presumiu-se que o princípio da integralidade da atenção voltada para esses sujeitos não vigora, ainda, nesse espaço, ou se estabelece de forma inconsistente, não se constituindo por isso eixo orientador do trabalho em equipe.

Sabe-se que a conversação sujeito-equipe possibilita o conhecimento das necessidades que orientam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial e que uma assistência integral valoriza as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos entre usuários, equipes e profissionais de saúde¹⁹. Por isso, uma assistência integral e de qualidade aos usuários de saúde pressupõe um trabalho interdisciplinar, pautado numa relação dialógica movida por propósitos integrativos.

A relevância desta atuação acontece no momento em que os diferentes núcleos profissionais interagem, articulam e co-responsabilizam suas ações, com a finalidade de compreender as esferas da vida do sujeito que implicam diretamente no processo saúde - doença do usuário. Isto é imprescindível, pois os usuários com doenças pulmonares crônicas requerem uma atenção que vai além do atendimento de saúde habitual, que trata os sintomas inerentes à patologia. É necessário que se atente, também, para as limitações e restrições que a doença, em seus múltiplos determinantes provoca no seu cotidiano e, conseqüentemente no contexto em que se inserem.

É possível acreditar que, pela forma como a equipe acompanhou a discussão, houve uma sensibilização desta pela busca de meios para atender os aspectos que demandam os usuários com doenças crônicas e de promover a saúde da comunidade, considerando que as enfermidades deste tipo atingem grande parte da população brasileira.

Etapa IV - visita domiciliar aos usuários:

Dois meses após a realização de discussões com os pacientes sobre técnicas de conservação de energia, no ambulatório de Fisioterapia do HUSM, a visita foi realizada no domicílio dos cinco usuários participantes da intervenção. Teve como propósito conhecer o contexto onde viviam as pessoas que participaram da intervenção, assim como desencadear uma abordagem educativa por meio do diálogo, valorizando a intercomplementariedade dos diferentes saberes - o do paciente e o do profissional.

Nessa ocasião, foram convidados para responder um instrumento no qual registravam como as atividades mais comuns em seu cotidiano, referentes às técnicas de conservação de energia, especificamente, cuidados pessoais, trabalhos domésticos, disposição dos móveis e utensílios domiciliares, entre outras, eram executadas. Esta iniciativa oportunizou saber que apesar das técnicas de conservação de energia já terem sido trabalhadas no Ambulatório de Fisioterapia do

HUSM, muitas delas não eram realizadas ou eram usadas inadequadamente no domicílio e no dia-a-dia desses das pessoas que haviam participado dessa intervenção. Observou-se, por outro lado que alguns indivíduos não tinham consciência sobre promoção e prevenção de saúde o que faz com que só utilizassem as técnicas de conservação de energia quando estivessem dispnéicos ou muito cansados.

Por entender-se a importância da imagem explicativa como ferramenta apropriada para atuar com educação em saúde, foi entregue um folder informativo e ilustrativo (Quadro 1) elaborado pelo autor do estudo, no qual constavam ilustrações e orientações acerca das técnicas de conservação de energia orientação

A vivência alcançada com a visita domiciliar fez entender que a atenção a pessoas com pneumopatia crônica requer, de parte da equipe de saúde, um trabalho de conhecimento do contexto destes sujeitos e de educação em saúde, o que é capaz de proporcionar iniciativas de mudança de atitude sobre as condições de saúde.

Ao final da visita, disponibilizou-se um tempo para esclarecimento de dúvidas e apresentação de sugestões por parte dos usuários.

INFORMAÇÕES GERAIS

Universidade Federal de Santa Maria
Residência Multiprofissional Integrada em Sistema
Público de Saúde
Ambulatório de Fisioterapia

Em caso de dúvidas, alterações no estado de saúde do paciente, você pode entrar em contato

Telefones úteis:
SAMU 192
Brigada Militar 190
Ambulatório de Fisioterapia do HUSM: 322208178
Pronto Socorro do HUSM: (55) 3220 8539
Pronto Atendimento Municipal: (55) 3223 9927 - (55) 32239626

As referências bibliográficas e imagens usadas para a confecção da cartilha estão disponíveis em www.mec.gov.br/carteira

Esta cartilha foi elaborada pela Líria Crisóti Degenerativo de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria

Elaboração e Organização: Enf. Leila Dalila Lera. Psic. Priscila Fogaça. Fono. Cirila Covas.
Fotos: Lucio Sien

Diagramação: Eni Leila Dalila Lera
Impressão: Gráfica UFSCM
Ano: 2011

TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Pneumopatia Crônica

Técnicas de conservação de energia corporal

Conservar energia consiste em poupar o oxigênio utilizado na realização de atividades do cotidiano. Conheça algumas dicas de como poupar energia:

- Como sentar:** Quando sentar, firme os pés no chão, incline levemente o tronco para frente, apoie os cotovelos nas coxas e o queixo nas mãos. Também, é confortável, se possível, apoiar os braços sobre uma mesa enquanto estiver sentado.
- Como se vestir:** Prefira vestir-se sentado, coloque as calças primeiro e a seguir vista a camisa. Antes de se deitar, deixe as roupas que serão usadas no dia seguinte próximas à cama. Evite roupas apertadas. Prefira usar suspensórios a usar cinto. Dê preferência aos sapatos que não necessitam ser amarrados.
- Escovar os dentes ou barbear-se:** Procure realizar essas atividades sentado e com os cotovelos apoiados em uma bancada ou mesa.
- Tomar banho:** Tome o banho sentado em um banco e se precisar peça ajuda de outra pessoa. Antes de iniciar o banho, tenha certeza que está com tudo que precisa próximo a você (sabão, xampu, roupas etc). Prefira colocar um roupão após o banho, a se enxugar com uma toalha.
- Planejar as atividades:** Planejamento é a palavra chave quando se fala em conservar energia. O indivíduo deve eliminar atividades desnecessárias e organizar o espaço em que vive e trabalha, bem como o tempo gasto nas atividades do cotidiano. Por exemplo, na organização da casa, os objetos que você utiliza com maior frequência devem estar distribuídos em locais de fácil acesso, de tal forma que não seja necessário elevar os braços ou dobrar o corpo (movimentos que aumentam o consumo de oxigênio) para alcançá-los.
- Organização da Casa:** Prefira empurrar, puxar e afastar os objetos do que curvar-se ou elevá-los. Disponha os objetos de uso diário na altura da cintura, evitando de se abaxiar ou elevar os braços.

Quadro 1 – Folder explicativo de técnicas de conservação de energia

As técnicas de conservação de energia são ferramentas utilizadas na reabilitação pulmonar, pois, podem reduzir o gasto energético do paciente durante a realização de suas atividades diárias e diminuir a sensação de dispnéia, aumentando, assim, a funcionalidade do paciente.⁵ Podem ser utilizadas nas atividades de vida diária ou nas atividades instrumentais.

Na prática, muitos pacientes afirmam ter cansaço e dispnéia ao realizar atividades básicas do cotidiano como, por exemplo, tomar banho ou estender as roupas no varal. As atividades que demandam a utilização dos membros superiores causam desconforto respiratório porque ocorre a utilização da musculatura escapular, somados pelo padrão respiratório irregular, superficial e rápido durante sua realização.²² Conforme Velloso e Jardim (2006)⁵ a utilização dos membros superiores sem sustentação demandam maior consumo de energia, pois levam a dissincronia toracoabdominal e à dispnéia em tempo mais curto e com menor consumo de oxigênio do que os exercícios de membros inferiores.

Ao levar a pessoa com pneumopatia a refletir sobre o seu ambiente domiciliar podemos, além de potencializar o uso das técnicas de conservação de energia com os utensílios disponíveis, despertá-los sobre uma consciência crítica do processo saúde-doença. Ou seja, pode-se conduzi-los a identificar a disposição dos objetos na cozinha, as vestimentas no roupeiro, a forma como realiza a higiene corporal, a troca de roupa, a importância do planejamento das atividades e o uso de posturas adequadas, relacionando-as com suas limitações e, em função disso, tomarem iniciativas de mudanças no cotidiano.

Nesse contexto, a visita domiciliar é fundamental para provocar e/ou fortalecer o vínculo do serviço e do profissional de saúde com o usuário, levando a conhecer as reais condições de vida do indivíduo e sua família e detectar fatores desencadeadores ou perpetuadores dessas doenças. Foi possível, além disso, perceber que a visita domiciliar provoca e/ou fortalece o vínculo do serviço e do profissional de saúde com o usuário, levando a conhecer as reais condições de vida do indivíduo e sua família, e detectando fatores desencadeadores ou perpetuadores dessas doenças. Com base nessa visão é que o empoderamento da equipe de saúde e dos sujeitos foi focado nas discussões e nos diálogos que transcorreram durante esta intervenção.

O presente trabalho de intervenção foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número CAAE – 0304.0.243.000-11. Todos os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a realização e divulgação deste estudo, conforme a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Esta intervenção foi aprovada e registrada sob o número de registro – 001/2012 na Secretaria do Município de Santa Maria, NEPES.

Considerações Finais

A presente intervenção sinalizou que a educação em saúde praticada por ocasião da visita domiciliar constitui-se ferramenta apropriada para viabilizar o conhecimento do contexto em que se inserem os sujeitos, bem como para promover atenção voltada para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das enfermidades. Mostrou ainda que a educação em saúde para ser profícua como um dos elementos constitutivos do cuidado integral, deve perpassar todos os níveis de atenção a saúde, precisando em cada um deles configurar-se como mentora de um novo pensar e fazer em saúde.

Assim, da perspectiva tradicional, ou seja, focada na abordagem educativa biomédica e respaldada em princípios pedagógicos que valorizam a repetição acrítica de atitudes, comportamentos e estilos de vida, a educação em saúde não proporciona nenhuma postura identificada com a mudança. Daí não ser efetiva nas abordagens com pessoas e familiares que apresentam pneumopatia crônica, pois estes sujeitos precisam, continuamente, refletir sobre o contexto em que vivem, trabalham e são assistidos, bem como sobre os hábitos saudáveis de vida que precisam incorporar como valores.

Se por um lado esta intervenção possibilitou aprender, ensinar e aplicar estratégias de educação em saúde, por outro mostrou o quanto a instituição formadora e os serviços de saúde precisam avançar para que exerçam esta prática de forma qualificada. Esta observação é inquestionável, considerando o perfil demográfico e epidemiológico que o país enfrenta e que está diretamente implicado no aumento da prevalência das doenças diagnosticadas como pneumopatias crônicas.

Por fim, cabe ressaltar que o desenvolvimento desta intervenção muito contribui para o aprimoramento da visão profissional e do entendimento sobre as reais atribuições do fisioterapeuta no cenário da saúde e na sociedade como um todo. Também, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que desencadeiem intervenções que possibilitem uma melhor assistência em saúde.

Referências

1. Malta, DC, et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.
2. Cadernos de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas. 1 ed. Brasília- DF, 2010. Ministério da Saúde (Série A: Normas e Manuais técnicos).
3. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas - Componentes Estruturais de Ação. Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde 2002/ 2003.
4. Toyoshima MTK, Gouveia N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. Assoc Med Bras. 51(4): 209-13, 2005.
5. Velloso M, Jardim JR. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. J. Bras. Pneumol, v.32, n.6, p.580-6, 2006.
6. Ferreira AS, Guimarães M, Taveira N. Reabilitação respiratória na DPOC: do treinamento de exercício para a “vida real”. J Bras Pneumol;35(11):1112-1115, 2009.
7. AMERICAN THORACIC SOCIETY. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. AmJ Respir Crit Care Med 159: 321-34 0, 1999
8. Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev. Latino-am Enfermagem. Jan-fev; 13 (1): 7-14, 200
9. Galvez DS, Malaguti C, et al. Avaliação do aprendizagem de pacientes com doença crônica em um programa de reabilitação pulmonar. Ver. Bras. Fisioter., São Carlos, v. 11, n.4, p. 311-17, jul/ago. 2007
10. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.
11. Cunha, JA. Psicodiagnóstico. v 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
12. Freire P. Primeira carta: ensinar - aprender, leitura do mundo - leitura da palavra. In: FREIRE, P. Professora sim tia não: cartas a quem ousa ensinar. Rio de Janeiro: Olha D'Água, 2008.
13. Morin E. A propósito dos sete saberes. In: MORIN,E. - Educação e complexidade: Os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez Editora, 2002.
14. Hartz ZMA, Contrandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20 (Supl. 2):331-336, 2004.
15. FIOCRUZ. A Integralidade em Saúde. Fiocruz, 2009. Disponível em bvsfiocruz.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt...item=. Acesso em 14/02/2012.

16. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar no sistema de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 24(3), 2008
17. Mazza, MM. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>. Acesso em 14/02/2012.
18. Mandú ENT, Gaiva MAN, Silva MA. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto - enferm. 2008; 17:131-40.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.18 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
20. Kovelis D, Segretti NO, et.al. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J. bras. pneumol. Dez 2008, vol.34, no.12, p.1008-1018.
21. Souza TC, Jardim JR, Jones P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J. Pneumol 26(3) – mai-jun de 2000.
22. Zanchet RC, Viegas CAA, Lima T. A Eficácia da Reabilitação Pulmonar na Capacidade de Exercício, Força da Musculatura Inspiratória e Qualidade de Vida de Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 31, n. 2, p. 118-124, 2005.

