



**IMPORTANCIA DOS DESFECHOS UTILIZADOS PARA
AVALIAÇÃO DA HIPERSECREÇÃO RESPIRATÓRIA NO
CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Laboratório de Espirometria e Fisioterapia Respiratória

Universidade Federal de São Carlos

**São Carlos
2015**

RESUMO

A hipersecreção respiratória é uma condição que afeta diversas condições crônicas, seja por aumento na produção de muco, ou devido a diminuição da efetividade da tosse. Pacientes com estas doenças em estágios avançados, incluídos em programas de cuidados paliativos, tem maior chance de apresentar hipersecreção respiratória, mas ainda não se sabe os melhores desfechos a serem utilizados para avaliar a efetividade de intervenções. O objetivo do estudo é Identificar a opinião de profissionais de saúde quanto aos desfechos criticamente relevantes, relevantes, e pouco relevantes para avaliar a melhora na hipersecreção respiratória em pacientes em cuidados paliativos. Serão convidados a participar fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde que tenham experiência no tratamento de pacientes com doenças crônicas que limitam a vida. Os profissionais serão divididos naqueles que tem experiência profissional ou acadêmica com cuidados paliativos e aqueles que não tem. Os profissionais serão convidados a responder um questionário online em que serão verificadas as opiniões dos profissionais quanto a importância dos desfechos para avaliar a hipersecreção, e serão convidados a participar de uma entrevista semi-estruturada. Os dados serão analisados utilizando testes estatísticos (quando quantitativos) ou utilizando análise temática (dados qualitativos).

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, como outros países no mundo, está sofrendo um processo de envelhecimento populacional, e estima-se que a proporção de idosos na população geral passará de 7,4% no ano de 2010 (1) para 22,1% em 2050 (2). Neste contexto, ações em saúde para a população idosa devem ser prioritárias, em especial a aqueles com doenças crônicas.

Doenças crônicas estão presentes em até 79,1% das pessoas acima de 65 anos (3), sejam elas cardiorrespiratórias como na insuficiência cardíaca e na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ou neurológica como o acidente vascular encefálico grave e a demência. Principalmente quando estão em um quadro grave, e com menor expectativa de vida, os acometidos por estas doenças podem apresentar perdas da funcionalidade e que regularmente estão associadas ao sofrimento físico, psíquico, social e espiritual (4, 5).

Neste cenário, as intervenções mais tradicionais, voltados principalmente para a cura e a reabilitação, podem não apresentar benefícios e causar prolongamento do sofrimento (4). Para evitar esta situação, deve se aliar ou substituir este tipo de atenção ao cuidado paliativo, uma vez que este enfoca a melhora da qualidade de vida e diminuição do sofrimento (6). Segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 20 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos, mas somente 10% delas atualmente recebem este tipo de atenção (7). Um dos princípios que norteiam os cuidados paliativos é o alívio da dor e de outros sintomas estressantes, que são responsáveis por perda significativa na qualidade de vida (8).

Dentre os sintomas que acometem os pacientes em cuidados paliativos, o desconforto devido à hipersecreção crônica de muco tem sido menos estudado, quando comparado a outros sintomas como a dor e a dispneia, embora também leve a efeitos deletérios e tenha difícil controle. A hipersecreção se caracteriza pelo incomodo causado pela produção aumentada ou pela dificuldade na eliminação do muco. Pacientes hipersecretivos podem se isolar, uma vez que expectorar pode ser considerado inaceitável socialmente, o que contribui na piora da qualidade de vida (9). Além disso, uma possível consequência é o aumento na dispneia e na chance de complicações respiratórias como a pneumonia. Em algumas enfermidades, ela é associada a um pior

prognóstico, como na DPOC (10, 11), e ao insucesso em abordagens não-invasivas a pacientes com insuficiência respiratória crônica devido a doenças neuromusculares como a Esclerose Lateral Amiotrófica (12).

A hipersecreção de muco é comumente encontrada em pacientes com doenças cardiorrespiratórias (13), câncer de cabeça e pescoço e pulmão, uma vez que estes apresentam uma produção de muco aumentada, muitas vezes associada a uma tosse ineficaz devido a diminuição de volumes pulmonares ou dor durante a tosse (10, 11). Entretanto outras enfermidades podem levar ao desconforto somente pela deficiência na eliminação do muco devido à fraqueza muscular, como nas doenças neurológicas (9, 14-16).

Algumas técnicas mais agressivas estão disponíveis para ajudar os pacientes com problemas em lidar com secreções respiratórias, como a aspiração traqueal, quando a cura é ainda uma meta realista para os pacientes, ou quando é esperado que tratamentos causem uma mudança significativa em um curto período de tempo e possam ser então descontinuados. Entretanto, devido ao desconforto causado pela aspiração, para utilizar-se desta terapia, o terapeuta deve considerar a indicação com critério (6, 17).

Algumas intervenções menos agressivas são clinicamente utilizadas para ajudar pacientes hipersecretivos, incluindo medicações anticolinérgicas para diminuir o volume de secreções (18), mucolíticos com a indicação de fluidificar as secreções (19), antibióticos para diminuir os efeitos de infecções na produção de muco (10), e fisioterapia respiratória (9, 20) que é utilizada para melhorar o transporte mucociliar e melhorar a efetividade da tosse.

Entretanto, as terapias utilizadas para o controle da hipersecreção ainda são pouco estudadas, e quando estudadas, se utilizam de desfechos que muitas vezes não

são importantes para pacientes em cuidados paliativos, uma vez que não são paciente-centrados. Para possibilitar a escolha de desfechos mais relevantes para estudos com pacientes em cuidados paliativos que apresentam hipersecreção respiratória, este estudo irá verificar a opinião de profissionais de saúde envolvidos no cuidado destes pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Identificar a opinião de profissionais de saúde quanto aos desfechos criticamente relevantes, relevantes, e pouco relevantes para avaliar a melhora na hipersecreção respiratória em pacientes em cuidados paliativos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar outros desfechos relacionados à hipersecreção respiratória;
- Verificar a relevância de cada desfecho;
- Comparar a relevância dada por diferentes profissionais da saúde aos desfechos relacionados à hipersecreção respiratória para pacientes em cuidados paliativos;
- Comparar a relevância dada por profissionais que trabalham especificamente com cuidados paliativos e profissionais que trabalham em outras áreas (terapia intensiva, pneumologia, emergência);
- Verificar as impressões de profissionais da saúde acerca da avaliação e tratamentos da hipersecreção.

3 MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Este será um estudo descritivo, transversal prospectivo, realizado pelo Laboratório de Espirometria e Fisioterapia Respiratória da UFSCar. Além disso, será seguido de uma avaliação qualitativa por meio de entrevistas.

3.2 População

Serão convidados a participar profissionais da saúde, envolvidos ou não com o cuidado de pacientes em cuidados paliativos. Os convites serão feitos por meio de emails e redes sociais. Espera-se conseguir ao menos 20 profissionais de cada um dos tipos: (1) Fisioterapeutas que trabalham com doenças crônicas que limitam a vida; (2) Fisioterapeuta paliativista; (3) Enfermeiro que trabalham com doenças crônicas que limitam a vida; (4) Enfermeiro paliativista; (5) Médicos que trabalham com doenças crônicas que limitam a vida; (6) Médico Paliativista; (7) Outros profissionais que trabalham com doenças crônicas que limitam a vida; (8) Outros profissionais paliativistas. Os critérios de inclusão para qualquer um dos grupos será ter ao menos um ano de experiência na área referente ao grupo. O período de inclusão será de fevereiro de 2016 a abril de 2016.

3.3 Avaliação

A avaliação será feita por um questionário online, disponível no site https://docs.google.com/forms/d/1I5wKmxRfIZvsKaNZk0RpClwIE8M4tPmTkbqPjqM0cAc/viewform?usp=send_form (anexo 1). Na página inicial, será apresentado ao voluntário o termo de consentimento livre e esclarecido, em que o indivíduo poderá negar a participar sendo suas respostas então excluídas; ou aceitar, e neste caso,

responder ao questionário completo (Anexo 1) e ter suas respostas incluídas no final da avaliação.

Serão coletadas informações sobre a profissão e experiência profissional, vivência com cuidados paliativos, experiência com pacientes hipersecretivos e a importância dada aos desfechos para avaliar a hipersecreção respiratória.

Ao final do questionário, haverá uma pergunta questionando o voluntário se ele aceitaria fazer uma entrevista por meio de telefone, com o áudio da mesma gravado. A entrevista seguirá o modelo semi-estruturado, estando as suas perguntas no Anexo 2.

3.4 Análise

Na análise quantitativa, os dados serão expressos por meio de média e desvio padrão (variáveis contínuas), mediana e intervalo interquartil (variáveis discretas ou ordinais) e em porcentagens para variáveis categóricas. Os valores de importância dos desfechos para avaliação de intervenções para controle de hipersecreção serão obtidos nos grupos com e sem experiência em cuidados paliativos e serão comparados por meio do teste Mann-Whitney. Serão feitos testes de correlação (Pearson, Spearman, chi quadrado) para verificar a presença de associação entre as variáveis.

Na análise qualitativa das entrevistas telefônicas, as gravações obtidas serão transcritas em formato digital e identificadas numericamente, serão mantidas em sigilo e off-line, ou seja, nunca sendo enviadas por meio de internet, nem mesmo entre os autores, até o momento em que as informações sejam transformadas em manuscrito e possam ser divulgadas sem o risco de expor algum dos participantes. Os autores lerão as transcrições na íntegra e elas serão analisadas por meio de análise temática, sendo identificadas categorias para as informações e fenômenos comuns aos indivíduos avaliados.

4 CRONOGRAMA

Mês	Adequação do projeto	Coleta de dados	Análise e interpretação	Redação de Artigos	Relatório Final
01/16	X	X			
02/16		X	X		
03/16		X	X		
04/16		X	X	X	X
05/16			X	X	X
06/16					X

5 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios - Resultados do Universo Rio de Janeiro, 2010.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade: 1980-2050, Rio de Janeiro, 2008.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Um Panorama de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, 2008.
4. World Health Organization WHO. Palliative care for older people: Better Practices, Copenhagen, 2011.
5. Hansen-Flaschen J. Chronic obstructive pulmonary disease: the last year of life. *Respir Care* 2004;49:90-7; discussion 97-8.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CREMESP. Cuidado Paliativo, São Paulo, 2008.
7. WHO WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. In: Connor SR, Bermedo MCS, eds. 2014.
8. World Health Organization WHO. WHO Definition of Palliative Care. 2002. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed 04/03/2013, 2013.
9. Elman LB, Dubin RM, Kelley M, McCluskey L. Management of oropharyngeal and tracheobronchial secretions in patients with neurologic disease. *J Palliat Med* 2005;8:1150-9.

10. Kim WD. Lung mucus: a clinician's view. *Eur Respir J* 1997;10:1914-7.
11. Rogers DF. Physiology of airway mucus secretion and pathophysiology of hypersecretion. *Respir Care* 2007;52:1134-46; discussion 1146-9.
12. Vandenberghe N, Vallet A-E, Petitjean T, et al. Absence Of Airway Secretion Accumulation Predicts Tolerance To Noninvasive Ventilation In Als. *Respiratory care* 2013.
13. Vitacca M, Comini L. How do patients die in a rehabilitative unit dedicated to advanced respiratory diseases? *Multidiscip Respir Med* 2012;7:18.
14. Sekizawa K, Ujiie Y, Itabashi S, Sasaki H, Takishima T. Lack of cough reflex in aspiration pneumonia. *Lancet* 1990;335:1228-9.
15. Perrin C, Unterborn JN, Ambrosio CD, Hill NS. Pulmonary complications of chronic neuromuscular diseases and their management. *Muscle Nerve* 2004;29:5-27.
16. Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K, et al. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *J Intern Med* 2000;247:39-42.
17. ANCP ANdCP. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*, 2nd Edition ed., 2012.
18. Wee B, Hillier R. Interventions for noisy breathing in patients near to death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD005177.
19. Poole P, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD001287.
20. Osadnik CR, McDonald CF, Jones AP, Holland AE. Airway clearance techniques for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD008328.