

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA
COMUNICAÇÃO

LEIGIANE ALVES CARDOSO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
(DPOC): ESTUDO OBSERVACIONAL

Manaus

2019

LEIGIANE ALVES CARDOSO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÔNICA (DPOC): ESTUDO OBSERVACIONAL**

Dissertação apresentada como requisito para título de
Mestreno Programa de Pós-Graduação Estrito Senso em
Ciências da Comunicação da Universidade Federal do
Amazonas. Linha de Pesquisa **2: Linguagens,
representações e estéticas comunicacionais.**
Orientador: Prof. Dr. Wilson de Sousa Nogueira.
Co-orientadora: Profa. Dra. Roberta Lins Gonçalves.

Manaus

2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C268e Cardoso, Leigiane Alves
Educação em Saúde na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
(DPOC): estudo observacional / Leigiane Alves Cardoso. 2019
54 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Wilson de Souza Nogueira
Coorientadora: Roberta Lins Gonçalves
Dissertação (Mestrado em Ciência da Comunicação) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Educação . 2. Saúde. 3. doença pulmonar. 4. Ecossistemas
comunicacionais. I. Nogueira, Wilson de Souza II. Universidade
Federal do Amazonas III. Título

LEIGIANE ALVES CARDOSO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÔNICA (DPOC): ESTUDO OBSERVACIONAL**

Manaus, 30 de abril de 2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Wilson Souza Nogueira – Presidente

Universidade Federal Do Amazonas

Prof^a.Dr^a.–Maria Do Socorro Lucena Cardoso- Titular 1

Universidade Federal Do Amazonas

Prof^a.Dr^a.Rosimeire Carvalho Martins- Titular 2

Universidade Federal Do Amazonas

Prof^a.Dr^a Thais Arruda Sampaio Vignola- Suplente 1

Universidade Federal do Amazonas

Prof^a.Dr^aÍtela Clay de Oliveira Pereira- Suplente2

Universidade Federal do Amazonas

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, a minha família e amigos por serem sempre presentes em minha vida, me abençoando e me protegendo.

Ao meu orientador Dr. Wilson Souza Nogueira pelas orientações, paciência, compreensão e empatia, além do conhecimento compartilhado, foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha orientadora Dra. Roberta Gonçalves Lins pelas orientações, paciência, ajuda, dedicação, competência e apoio que foram essenciais para meu crescimento pessoal e profissional e finalização deste trabalho.

Aos programas e professores do Mestrado Ciências da Comunicação e Ciências da Saúde pelo apoio e desenvolvimento desse mestrado, em especial aos meus orientadores.

A Capes, Cnpq e Fapeam pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

Ao Ambulatório Araújo Lima pela liberação para que a pesquisa fosse realizada, em especial a Dra Socorro Cardoso pelo apoio e contribuições a pesquisa.

A fisioterapeuta e mestre Daiana Gualberto por todo apoio e incentivo durante essa jornada.

Ao Dr José Moisés Nunes da Silva professor do Instituto Federal do Rio Grande do Norte pelas importantes contribuições ao trabalho.

Aos pacientes pela disposição em participar desta pesquisa.

Ao grupo de pesquisa pelas contribuições e colaborações, em especial aos Fisioterapeutas Lucas Normando da Silva, Erik Coelho e Denilsí Gonçalves.

À minha família, em especial á minha mãe que acredita nos meus sonhos.

Aos amigos por todo apoio e incentivo durante a caminhada.

Aos colegas de profissão pela torcida, obrigada.

RESUMO

Introdução: A educação em saúde compreende um conjunto de práticas sociais humanas que devem gerar fenômenos constituintes das relações sociais. Esta prática tem se mostrado fundamental para o entendimento dos indivíduos sobre as mudanças físicas e psicológicas provocadas pelas doenças. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que é um grave problema de saúde pública, depende de medidas de educação em saúde para o seu controle.

Objetivo: Investigar se um grupo de indivíduos com DPOC, em tratamento médico pneumológico, recebem informações sobre sua doença.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, analítico, constituído da aplicação e análise de um questionário semiestruturado para a avaliação do conhecimento dos indivíduos sobre a DPOC. Os dados coletados foram todos registrados e analisados no *Google Docs*. O software Microsoft Excel® foi direcionado para o cálculo de medidas estatísticas. Para a análise da caracterização dos participantes da pesquisa utilizou-se a distribuição de frequências para os dados agrupados pela *Fórmula de Sturges*.

Resultados: Este estudo forneceu conhecimento sobre quais informações um grupo de indivíduos com DPOC, em tratamento médico em um hospital universitário, tem sobre a DPOC e de onde veem tais informações. Os entrevistados foram indivíduos com média de idade de 70 anos, em sua maioria mulheres, com nível de formação fundamental e médio e tempo médio de diagnóstico de 6,8 anos. A maior parte da amostra relatou ter conhecimento e consciência a respeito da doença, sendo a maioria informada por médicos, seguida dos fisioterapeutas.

Conclusão: De maneira geral, os pacientes com DPOC receberam informações gerais e relevantes sobre a patologia, principalmente por seus médicos. Entretanto, pontos relevantes como a prática da atividade física, nutrição e a reabilitação pulmonar ainda foram pouco abordados. Apesar do papel do Ministério da Saúde na educação em saúde, os indivíduos foram melhor informados por seus médicos do que por campanhas públicas sobre a doença. Vale ressaltar o conhecimento do perfil e o contexto ecossistêmico do indivíduo é importante para traçar estratégias de comunicação sobre DPOC.

Palavras-chave: DPOC, saúde, educação, ecossistemas comunicacionais.

ABSTRACT

Introduction: Health education comprises a set of human social practices that must generate phenomena that are constituent of social relations. This practice has been shown to be fundamental for the understanding of individuals about the physical and psychological changes caused by diseases. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which is a serious public health problem, depends on health education measures for its control.

Objective: To investigate if a group of individuals with COPD under pneumological medical treatment receive information about their disease. **Methods:** Observational, descriptive, analytical study, consisting of the application and analysis of a semistructured questionnaire for the evaluation of individuals' knowledge about COPD. The collected data was all recorded and analyzed in Google Docs. Microsoft Excel® software was directed to the calculation of statistical measures. For the analysis of the characterization of the participants of the research was used the frequency distribution for the data grouped by the *Sturges Formula*. **Results:** This study provided information on what information a group of individuals with COPD under medical treatment in a university hospital have about COPD and where they see such information. The interviews were individuals with mean age of 70 years, mostly women, with basic and medium education level and mean diagnosis time of 6.8 years. Most of the sample reported having knowledge and awareness about the disease, most of them being informed by doctors, followed by physiotherapists. **Conclusion:** In general, patients with COPD received general and relevant information about the disease, mainly by their physicians. However, important points such as the practice of physical activity, nutrition and pulmonary rehabilitation were still little discussed. Despite the role of the Ministry of Health in health education, individuals were better informed by their doctors than by public campaigns about the disease. It is worth emphasizing the knowledge of the profile and the ecosystem context of the individual is important to draw communication strategies on COPD.

Key words: COPD, health, education, communicational ecosystems.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01 - Distribuição da amostra segundo a frequência da idade, mediana e quartis (Qi).

Gráfico 02 - Distribuição da amostra segundo o sexo e o grau de escolaridade

Gráfico 03 - Distribuição da amostra segundo o tempo da doença

Gráfico 04. Questionamento sobre informações e orientações de como levar uma vida mais saudável

Gráfico 05. Questionamento se o paciente se sente informado sobre a DPOC

Gráfico 06. Questionamento sobre os efeitos do tabagismo na DPOC

Gráfico 07. Questionamento sobre o tratamento da DPOC

Gráfico 08. Questionamento sobre informações de vacinação para reduzir crises na DPOC

Gráfico 09. Questionamento sobre o conhecimento dos efeitos da Fisioterapia para DPOC

Gráfico 10. Questionamento sobre os efeitos da prática de exercício físico

Gráfico 11. Questionamento sobre orientações nutricionais na DPOC

Gráfico 12. Questionamento sobre informações através de meios de comunicação

Gráfico 13. Questionamento sobre informações do Ministério da Saúde (MS)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS-*American Thoracic Society*

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CIs- Corticoesteroides Inalatórios

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EUA- Estados Unidos da América

GOLD- *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

HUGV- Hospital Universitário Getúlio Vargas

MS - Ministério da Saúde

NHLBI-*National Heart, Lung, and Blood Institute*

ODPHP- *Office of Disease Prevention and Health Promotion*

OMS- Organização Mundial de Saúde

Qi- Quartis

QV- Qualidade de Vida

RP- Reabilitação Pulmonar

SGRQ- Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 Referencial teórico	15
2.2 Métodos.....	19
2.2.1 Desenho Metodológico.....	20
2.2.2 Local e Período do Estudo.....	20
2.2.3 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	20
2.2.4 Amostra.....	20
2.2.5 Instrumento de Coleta e Variáveis Analisadas.....	20
2.2.6 Análise Estatística.....	21
2.3 Resultado.....	21
2.3.1 Características da Amostra.....	21
2.3.2 Resultado das Variáveis Analisadas.....	22
3. Discussão.....	28
3.1 Potencialidades.....	31
3.2 Limitações do Estudo.....	31
4. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	46
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO.....	48
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	51
ANEXO 2 -DESENVOLVIMENTO GRÁFICO DO APP.....	53

1. INTRODUÇÃO

Os ecossistemas comunicacionais são constituídos por diferentes sistemas que sustentam a vida na Terra, eles são ambientes complexos colocados em diálogo. Na intermediação do discurso ecossistêmico, surgem as pesquisas que visam ultrapassar as fronteiras disciplinares do conhecimento em busca da compreensão dos objetos-sujeitos integrados às redes de relações, que são possíveis e muitas vezes enigmáticas.

Segundo Pereira (2011), as pesquisas realizadas sob a perspectiva dos ecossistemas comunicacionais compreendem o mundo não a partir de uma coleção de partes, mas como uma unidade integrada, em que a diversidade da vida (natural, social, cultural e tecnológica) é investigada a partir das relações de interdependência que regem a vida em sociedade. Diante deste princípio, foi possível entrelaçar os conhecimentos nas áreas da comunicação e saúde.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um grave problema de saúde pública. Segundo o projeto *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2019)¹, uma iniciativa global iniciada em 1998 para o diagnóstico, manejo e prevenção da DPOC, esta doença respiratória é comum, prevenível e tratável¹. Se caracteriza pela presença de obstrução crônica ao fluxo aéreo, progressiva e não totalmente reversível, associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, além de outros fatores de risco como a poluição ambiental, baixa condição socioeconômica e infecções respiratórias graves na infância, sendo o tabagismo um dos principais fatores de risco associados a doença^{1,2,3}.

O processo inflamatório crônico pode produzir modificações dos brônquios (bronquite crônica) e causar destruição do parênquima pulmonar (enfisema), com consequente redução de sua elasticidade^{2,3}. A presença dessas alterações é individualmente variável e determina os sintomas da enfermidade, que incluem tosse crônica, produção de expectoração e dispnéia ao esforço. Embora a DPOC comprometa os pulmões, também produz consequências sistêmicas significativas no sistema muscular e cardiovascular^{2,3}. As manifestações clínicas da DPOC levam à insuficiência respiratória crônica, declínio da capacidade funcional, redução da mobilidade e má nutrição, que causam frequentes exacerbações e comorbidades, com sérios prejuízos físicos, psicológicos e sociais que comprometem a funcionalidade e a Qualidade de Vida (QV) destes indivíduos. Ela é a maior causa de morbidade crônica no mundo, fazendo com que os indivíduos sofram durante anos e morram prematuramente^{3,4}.

A prevalência e a morbimortalidade da DPOC apresentam grandes variações entre os países, porém, em todos aqueles nos quais os dados estão disponíveis, a DPOC está associada a alto grau de incapacidade e mortalidade^{3,4}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece-a como a 4ª causa de mortalidade no mundo, estimando que ela mate mais de 2,75 milhões de pessoas/ano, matando uma pessoa a cada 10 segundos. Projeções da OMS estimam que em 2020 a DPOC será a terceira causa de morte globalmente^{3,4}. No Brasil, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a DPOC ocupa o quinto lugar entre as principais causas de morte causando cerca de 40.000 mortes/ano, com aumento do número de óbitos nos últimos 20 anos³.

A DPOC não tem cura e cursa com frequentes exacerbações, o que demanda muitas hospitalizações e causa grande carga assistencial^{4,5}. Ela é a doença respiratória de maior custo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que o custo das internações represente entre 40-57% dos custos diretos totais gerados por estes indivíduos, chegando a 63% nos indivíduos graves⁴. Apesar dos dados alarmantes, por vezes, o impacto da DPOC é subestimado em função da patologia não ser habitualmente reconhecida e diagnosticada até que seja clinicamente evidente e esteja em um estágio avançado⁴. Desta forma, muitos indivíduos nunca sequer ouviram falar desta doença⁴.

Um componente educativo na gestão do cuidado a indivíduos com doenças crônicas tem papel fundamental na assistência à saúde e pode minimizar este impacto⁵. Estratégias para aumentar as informações da população sobre uma doença e a gestão da sua saúde, fatores de risco, cuidados, entre outros, se tornam importantes abordagens para a educação em saúde^{4,5}. De acordo com a Carta de Otawa, 1986, p.1, as medidas de promoção à saúde devem promover a “capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) é o responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde nacional^{7,8}. Desta maneira, o MS tem por obrigação incluir a educação em saúde em suas estratégias^{9,10}. Entretanto, segundo este órgão, as práticas de educação em saúde devem envolver três segmentos de atores prioritários: os profissionais da saúde, valorizando as medidas de prevenção e promoção à saúde na mesma medida em que as práticas curativas, e informando seus pacientes de todas as questões relativas à sua saúde e doença, de maneira a empoderá-los de seu cuidado; os gestores apoiando estes profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e

coletivamente¹⁰. É possível que no Brasil, estas estratégias apresentem grande distância entre a retórica e a prática e não abarquem condições crônicas importantes de saúde, como a DPOC.

Para estudar a perspectiva ecossistêmica como uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar, o foco deste estudo será abordar a comunicação na gestão do cuidado de indivíduos com uma doença crônica, a DPOC.

O sistema que envolve a aplicação de ações voltadas para a educação em saúde deve ser planejado para se adequar as necessidades do público específico e as estratégias traçadas podem influenciar de forma positiva na execução do tratamento e melhora da qualidade de vida.

A comunicação entre os profissionais de saúde e indivíduos necessita ser enfatizada para que as informações passadas sobre tratamento, melhora do cuidado pessoal, além da prevenção de exacerbações, passam a ser necessárias para que a educação em saúde mantenha a eficácia do tratamento dos indivíduos com DPOC.

Então, o processo comunicativo entre este sistema precisa se mostrar alinhado, no entanto, este papel pode demorar a ser desenvolvido devido a fatores externos já citados anteriormente, como falta de compreensão dos indivíduos quanto às informações repassadas, dificuldades quanto à aceitação da doença (a condição de saúde), e dificuldades quanto ao uso dos medicamentos específicos, e ainda fatores cognitivos e psicológicos que o indivíduo possa desenvolver quando descobre o diagnóstico da doença.

Desta maneira, a questão norteadora do estudo foi: será que um grupo de indivíduos com DPOC, em tratamento médico pneumológico recebem informações adequadas em um Hospital Universitário de uma Universidade Federal do Amazonas, na região norte do Brasil, recebem informações sobre a sua doença? A hipótese nula é de que os pacientes com DPOC não recebem informações sobre sua doença.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Investigar se um grupo de indivíduos com DPOC, em tratamento médico pneumológico, recebem informações sobre sua doença, apresentando, com base na visão ecossistêmica, um modelo de comunicação entre sistema de saúde, médicos e indivíduos para difundir tais informações.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Traçar o perfil do indivíduo para definir estratégias de comunicação para DPOC:
 - O conhecimento das principais causas da doença;
 - Como é realizado o tratamento;
 - De que forma são recebidas às informações acerca da doença;
 - Quem ofereceu as principais informações sobre a doença.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial teórico

2.2: A visão dos ecossistemas comunicacionais

A perspectiva ecossistêmica constitui uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar que busca entender os problemas da comunicação na e para a Amazônia. As maneiras de integrar cultura e natureza são pontos chave para a abordagem no campo da Comunicação, na compreensão da Amazônia como uma unidade integrada ao mundo¹¹. Por esse motivo, os ecossistemas comunicacionais ultrapassam as demais abordagens científicas, porém não as excluem do seu campo de ação interpretativo para entender a complexidade comunicacional nas sociedades contemporâneas¹¹.

Os ecossistemas comunicacionais dialogam com campos de conhecimento considerados antagônicos pelo pensamento cartesiano ou reducionista, como a Ecologia, a Educação, a Geografia e a Saúde. Os arcabouços teóricos fundamentais para o entendimento dessa perspectiva encontram-se na intersecção entre as ciências naturais e sociais por meio desta teoria¹².

A temática dos ecossistemas comunicacionais passa pela teoria de Capra. Segundo ele, os ecossistemas comunicacionais são definidos como uma comunidade de organismos e suas interações ambientais e físicas como uma unidade ecológica. Para ele, a nova ciência da ecologia enriqueceu a emergente maneira sistêmica de pensar ao introduzir duas novas concepções: comunidade e rede. A comunidade ecológica como um conjunto de organismos aglutinados num todo funcional por meio de suas relações mútuas. E a rede como interações sociais que acontecem na comunidade. Desta maneira, os ecologistas facilitariam a mudança de foco de organismos para a comunidade e vice-versa¹³.

Os estudos da comunicação historicamente aparecem e se desenvolvem atrelados à expansão dos meios tecnológicos de comunicação na vida social, a ponto de muitas vezes confundirem a comunicação com o suporte tecnológico¹⁴. O próprio desenvolvimento do pensamento comunicacional se tornou imperativo após a repercussão social alcançada pelos meios de comunicação em massa¹⁴.

Alguns autores destacaram que as pesquisas realizadas sob a perspectiva dos ecossistemas comunicacionais compreendem o mundo não a partir de uma coleção de partes, mas como uma unidade integrada, em que a diversidade da vida (natural, social, cultural e

tecnológica) é investigada a partir das relações de interdependência que regem a sociedade^{15,16}.

Para estudar esta perspectiva ecossistêmica como uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar, o foco deste estudo foi abordar a comunicação na gestão do cuidado de indivíduos com uma doença crônica, a DPOC.

2.3. Definição, causas e sintomas da DPOC.

A DPOC é uma doença crônica, prevenível e tratável, caracterizada por limitação não totalmente reversível ao fluxo de ar. Essa limitação é, geralmente, progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos^{1,17}. Ela é o resultado de uma interação complexa de longo prazo, exposição cumulativa a gases e partículas nocivas, combinada com uma variedade de fatores do hospedeiro, incluindo genética, hiperresponsividade das vias aéreas e crescimento pulmonar pobre durante a infância¹⁷.

O fator de risco genético melhor documentado para a DPOC é uma deficiência hereditária severa da alfa-1 antitripsina, um grande inibidor circulante de proteases da serina. A alfa-1 antitripsina é relevante para apenas uma pequena parte da população do mundo com DPOC. Contudo, ilustra a interação entre os genes e as exposições ambientais¹⁷.

Muitas vezes, a prevalência de DPOC está diretamente relacionada à prevalência do tabagismo, embora em muitos países a poluição do ar é tão alta que se apresenta como um fator de risco¹⁸. No Brasil, não se conhece sua real prevalência. Os dados até o momento são de questionários de sintomas, que permitem estimar a DPOC em adultos maiores de 40 anos em 12% da população brasileira, ou seja, 5.500.000 indivíduos¹⁸.

A morbidade devido a DPOC aumenta com a idade, sendo maior nos homens do que nas mulheres. Segundo a *American Thoracic Society* (ATS), os dados de morbidade incluem consultas médicas, visitas a setores de emergência e hospitalizações¹⁹. As taxas de admissão são altas para indivíduos com DPOC e baixo nível socioeconômico. A morbidade tende a aumentar no futuro, não somente devido às mudanças de hábito, mas também devido ao envelhecimento da população¹⁹.

Os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo. No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada. Segundo projeções, a população idosa brasileira chegará ao ano 2020 a mais de 26,3 milhões de indivíduos, representando quase 12,9% da população total. Além disso, o país tem

experimentado um importante aumento da longevidade^{19,20}. O estudo desses fatores é capaz de fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas que visam à promoção de um envelhecimento ativo e saudável²⁰.

A adesão ao tratamento da DPOC é complexa e influenciada por fatores relacionados ao paciente, como idade, sexo, nível sócio-econômico e comorbidades; e ainda por fatores relacionados com a terapêutica empregada, como polifarmácia, frequência de doses, tipo de dispositivo inalatório, presença de equipe multiprofissional e qualidade de comunicação entre os profissionais da saúde e os indivíduos²⁰.

2.4. Educação em saúde e o papel do Ministério da Saúde.

O processo de educação em saúde, como parte do tratamento, requer interações entre os indivíduos e os profissionais da saúde^{20,21}. A função de aprimorar a comunicação com o paciente deve envolver toda a equipe multiprofissional, de modo a permitir que as estratégias para aumentar a adesão sejam rotinas para assegurar a repetição e reforço das informações com foco nas necessidades individuais²¹.

A educação em saúde é um importante processo de promoção à saúde. Segundo o Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS), a educação em saúde pode ser definida como um processo educativo de construção, produção e sistematização de conhecimentos em saúde visando à apropriação temática pela população²². Trata-se de um conjunto de práticas e ações educativas embasadas nas necessidades de saúde das pessoas e populações, cujo principal objetivo é contribuir para aumentar a autonomia da população, servindo como um incentivo à gestão social em saúde²². Dentro do processo de educação em saúde, a comunicação se destaca como um meio de divulgação de informações relevantes para a sociedade²².

Contudo, para que seja possível a educação em saúde, o acesso a informação é um ponto relevante. Ela pode ser realizada verbalmente ou por meio de vídeos em ambulatórios e consultórios por profissionais de saúde, de forma individual ou em grupos. Quando ministradas para grupos homogêneos de até dez participantes são mais eficientes. Ela pode também ter veiculação para grandes populações, em mídias digitais, televisão, jornais, *outdoors*, entre outros²².

Atualmente, o acesso a informação dinamizou o processo de construção do conhecimento coletivo, fazendo convergir num único espaço a comunicação, a decisão, a demanda, a resposta e a ação, e passou a ser prioritário na definição de políticas de

desenvolvimento social, econômico e cultural²². Em indivíduos com DPOC, por exemplo, estudos demonstraram que a instrução educativa para aprimorar a técnica inalatória mostrou-se mais efetivas quando realizadas em grupos do que de forma individual ou por meio de vídeos, por exemplo²².

O MS promove a divulgação dos trabalhos desenvolvidos por meio digital, em uma página da internet. A página do MS é organizada e atualizada, dividida por temáticas que possibilitam acesso ao cidadão, profissionais e gestores, histórico do próprio MS, serviços, biblioteca e ainda acesso à informação. Apresenta notícias diárias e informações ao cidadão, com temas de saúde coletiva que incluem informações em *blogs* da saúde e outras mídias produzidas para a televisão e redes sociais, dentre elas um canal no *you tube*, no qual o cidadão relata suas experiências com mudanças de hábitos de vida. O MS atesta que permite o acesso livre à informação a qualquer cidadão, incluindo sinais, sintomas e meios de tratamento das doenças^{3,22}. Entretanto, o meio digital ainda não é acessível a grande parte da população brasileira, especialmente acima dos 40 anos, na qual a DPOC é mais prevalente.

Na página do MS existe um *link* que permite o acesso a todas as campanhas realizadas por este órgão nos últimos 5 (cinco) anos. É possível também ter acesso, por meio de um arquivo padronizado, às campanhas e materiais publicitários. A ideia é que as informações sobre doença e saúde estejam numa linguagem de fácil compreensão, permitindo que o indivíduo comum possa entender. Entretanto, os investimentos brasileiros em comunicação são escassos. De maneira geral, parece que a população de idosos brasileiros não acessa páginas da *internet* com o objetivo de educação em saúde. Suas informações advêm mais de outras mídias, como televisão, *outdoor* e revistas. Além disso, operadoras complementares praticamente não investem em educação em saúde em meios de massa. Elas veiculam, principalmente, campanhas institucionais privadas ou voltadas à comercialização de seus serviços, deixando o encargo preventivo às custas do Estado²².

Além disso, apesar da página do MS ser uma ferramenta relevante em educação em saúde, ela é apenas uma das muitas possibilidades e pode não ser a mais efetiva para algumas populações alvo. Estudos já demonstraram que as intervenções integradas por telemedicina não demonstraram impacto significativo na DPOC²². A conclusão pragmática foi de que o cuidado bem organizado é importante, mas pode não haver vantagem em estruturá-lo rigidamente em um programa formalizado e não individualizado²².

Nos EUA, a página: *Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP)*, do governo norte americano, utiliza a comunicação para a saúde por meio do estudo e do uso de estratégias de comunicação com o intuito de informar e influenciar, de forma positiva, as

decisões individuais e da comunidade para promoção de saúde²³. O *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), por meio de um processo metódico em colaboração com parceiros federais e externos, produziram e lançaram o primeiro Plano Nacional de Ação da DPOC, nos EUA²³. Este plano identifica maneiras práticas de educar o público sobre a DPOC e melhorar a prevenção, diagnóstico, e tratamento da doença. Ele destaca avanços na pesquisa e no gerenciamento da DPOC, com recomendações de políticas e programas públicos com ações reais. Ele encoraja fortemente a população com DPOC a coordenar esforços em direção ao aumento da consciência sobre a doença²³.

Já foi demonstrado, entretanto, que somente a educação não causa melhora na função pulmonar de indivíduos com DPOC, mas ela desempenha papel fundamental para aprimorar habilidades em relação ao tratamento, bem como ensina a lidar com as exacerbações da doença. A cessação do tabagismo também possui grande impacto sobre a vida do indivíduo com DPOC, com capacidade de mudar o quadro evolutivo da enfermidade^{8,23}.

Em 2006, Souza avaliou o aprendizado de pacientes com DPOC submetidos a um programa educativo padronizado. Para tal, utilizou um questionário de avaliação do conhecimento^{1,5,23}. Os resultados revelaram que, após o programa educativo, houve aumento no número de acertos no questionário de conhecimento sobre a doença, variando de 59,58% para 91,25% ($p < 0,001$), melhor desempenho nas técnicas de conservação de energia e maior número de acertos na utilização da medicação inalatória, variando de 6,5% para 10,25% ($p = 0,002$).

Em um estudo realizado em 2007, demonstrou-se que houve diferença estatística entre o pré e o pós-programa educacional ($p = 0,02$), demonstrando que indivíduos que receberam educação em saúde adquiriram maior conhecimento sobre a doença e seu tratamento, respondendo com mais certeza o questionário, errando menos e apresentando menor quantidade de dúvidas ao responder o questionário^{1,5,23}.

2.2. Método

Os ecossistemas servem para reforçar a visão complexa do problema de saúde dos indivíduos com DPOC. Se ouvir a todos os envolvidos neste processo, médicos, indivíduos e outros profissionais da saúde, conhecer o contexto, foi possível traçar estratégias eficazes para o diagnóstico e o tratamento da doença.

2.2.1 Desenho metodológico

Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa realizado com amostra de conveniência.

2.2.2 População, local e período do estudo

Foram entrevistados pacientes com diagnóstico clínico de DPOC tratados no ambulatório Araújo Lima, HUGV/UFAM, Manaus, Amazonas, no período de setembro a outubro de 2018.

2.2.3 Amostra

A amostra de conveniência foi composta por 75 pacientes com diagnóstico de DPOC, que foram abordados na sala de espera do ambulatório Araújo Lima, HUGV/UFAM, e convidados, aleatoriamente, a participar do estudo. Este número se referiu a todos os participantes que foram entrevistados de forma presencial e via contato telefônico, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos neste estudo os pacientes que tinham mais que 18 anos e apresentassem diagnóstico clínico de DPOC. Foram excluídos participantes que não apresentavam condições cognitivas para compreender e responder ao questionário e aqueles que apresentavam diagnóstico de DPOC há menos de um (1) ano.

2.2.4 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, **CAAE:** 92518318.8.0000.5020, sob número do **Parecer:** 2.928.217 seguindo todas as normas éticas para o estudo em seres humanos e autorizada pela coordenação do setor de pneumologia do ambulatório Araújo Lima, HUGV/UFAM.

2.2.5 Instrumento de coleta e variáveis analisadas

1) Questionário semiestruturado criado pelos pesquisadores, baseado no Questionário do Hospital Saint George para Doenças Respiratórias (SGRQ), de Jardim *et al*, para indivíduos com DPOC no Brasil, contendo perguntas acerca de o que o indivíduo com DPOC sabe sobre a doença e quem deu estas informações. (Apêndice B).

Foram coletadas variáveis como dados pessoais: nome, idade, sexo, profissão, formação e tempo de doença (anos), além das questões sobre o conhecimento acerca da doença.

2.2.6 Análise estatística

Os dados coletados foram registrados no *Google Docs*. A análise dos dados foi feita a partir desse aplicativo em conjunto com o *software Microsoft Excel®*, sendo este último direcionado para o cálculo das medidas estatísticas.

Para a análise da caracterização dos participantes da pesquisa utilizou-se a distribuição de frequências para dados agrupados. O número de classes foi obtido pela *Fórmula de Sturges* (sete classes). A partir dessa distribuição foi construído o histograma para sua representação e calculadas as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e as separatrizes (quartis).

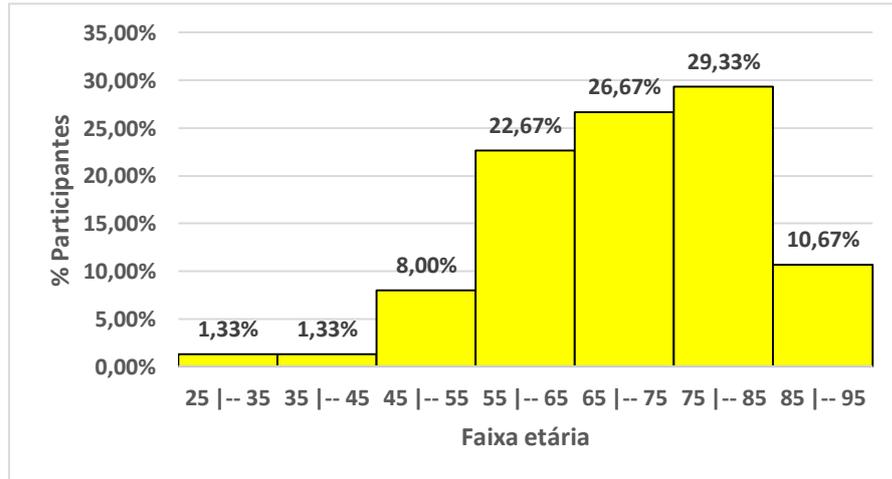
Para as demais variáveis relativas à investigação sobre a DPOC optou-se por utilizar os gráficos gerados pelo próprio *Google Docs* para as análises, dado que as respostas às perguntas do questionário eram do tipo SIM ou NÃO, as taxas de propensão obtidas.

2.3 Resultados

2.3.1 Caracterização da amostra

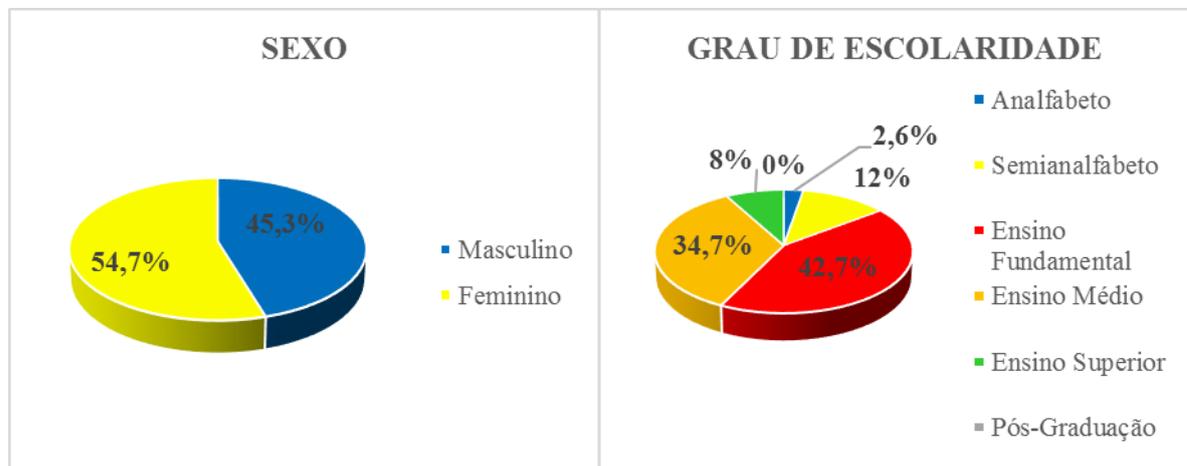
A amostra foi constituída por 75 pacientes com diagnóstico clínico de DPOC, predominantemente do sexo feminino. A mediana da idade foi de 70 anos, sendo identificados pelos quartis que 22,67% da amostra pertencia a faixa etária entre 55 e 65 anos e 29,33% estava entre os 75 e 85 anos. Os dados referentes à idade estão demonstrados no Gráfico 01.

Gráfico 01. Distribuição da amostra segundo a frequência da idade, mediana e quartis (Qi).



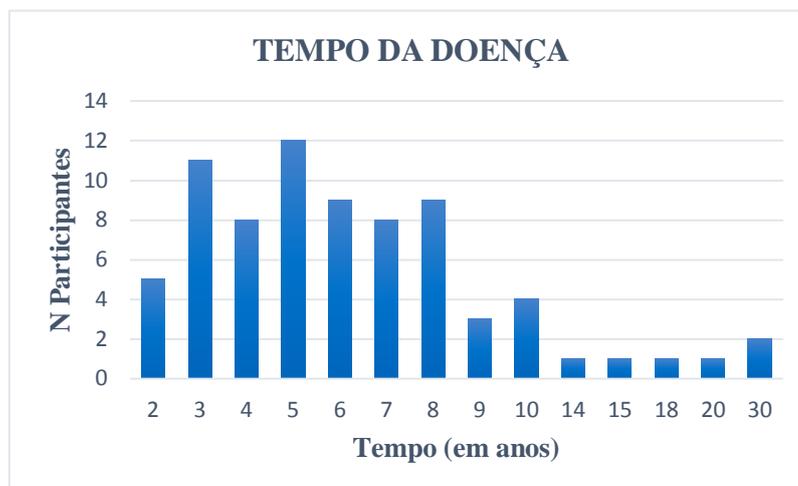
Em relação ao grau de escolaridade, 42,7% apresentavam o ensino fundamental, seguido por 34,7% com o ensino médio (Gráfico 02).

Gráfico 02. Distribuição da amostra segundo o sexo e o grau de escolaridade



O perfil profissional mais evidenciado foram os aposentados, representando 32% da amostra, seguido das domésticas com 12%. Relativo ao tempo da doença, os pacientes apresentam, em média, 6,8 anos, conforme demonstrado no Gráfico 03.

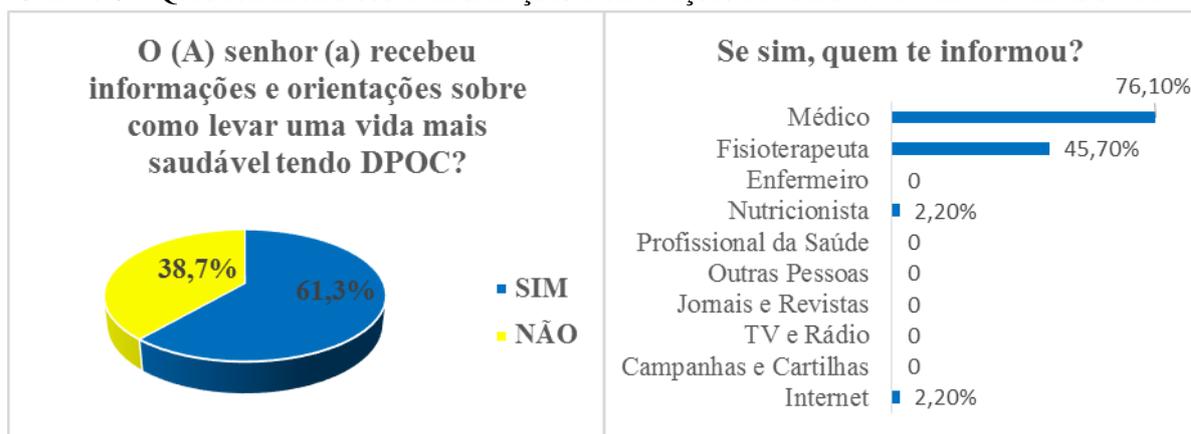
Gráfico 03. Distribuição da amostra segundo o tempo da doença



2.3.2 Resultado das variáveis analisadas

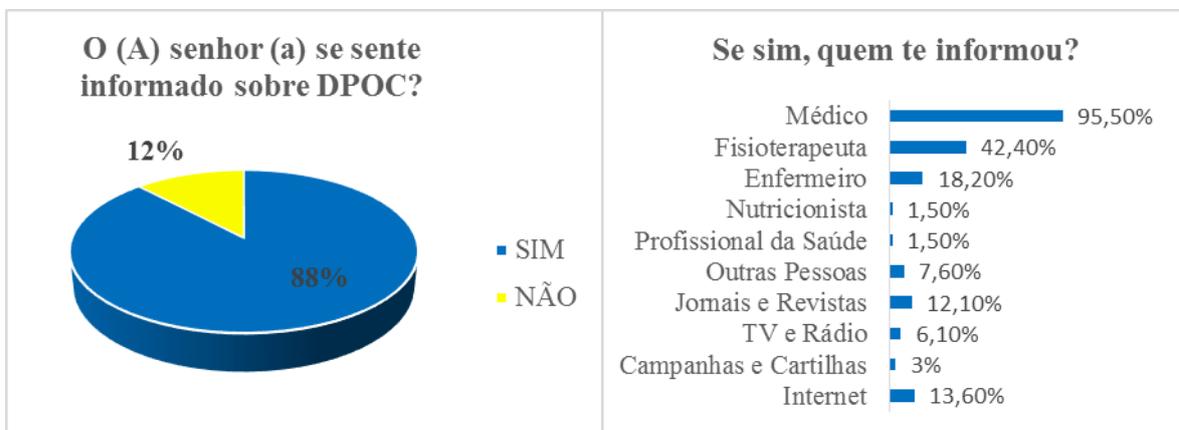
A maioria dos pacientes relatou que recebeu informações sobre a doença. Segundo os participantes, tais informações e orientações foram realizadas, na maioria dos casos, pelos médicos e em seguida pelos fisioterapeutas. (Gráfico 04).

Gráfico 04. Questionamento sobre informações e orientações de como levar uma vida mais saudável



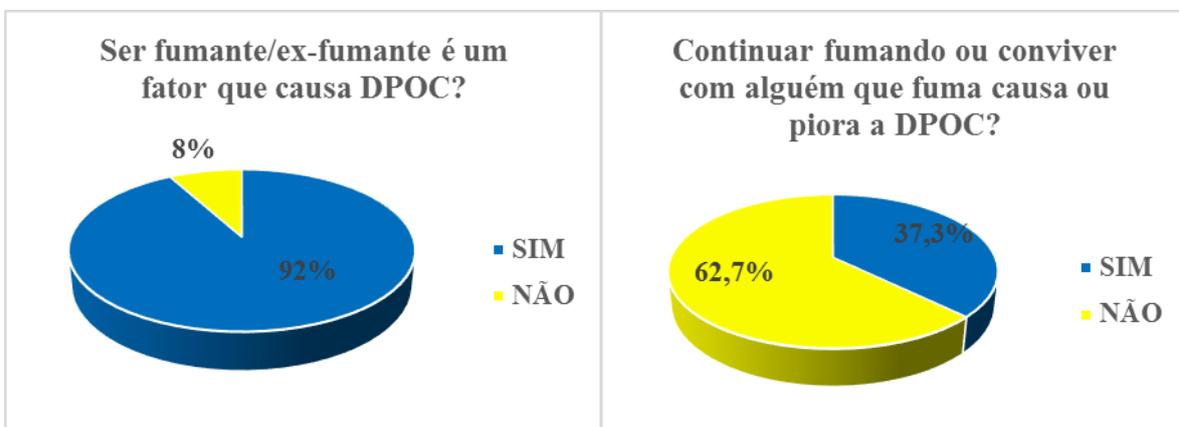
Relativo ao gerenciamento de informações e orientações, a maioria dos pacientes, relatou se sentir informado sobre a DPOC, e a maioria dos participantes respondeu que foram informados, principalmente pelos médicos. (Gráfico 05).

Gráfico 05. Questionamento se o paciente se sente informado sobre a DPOC.



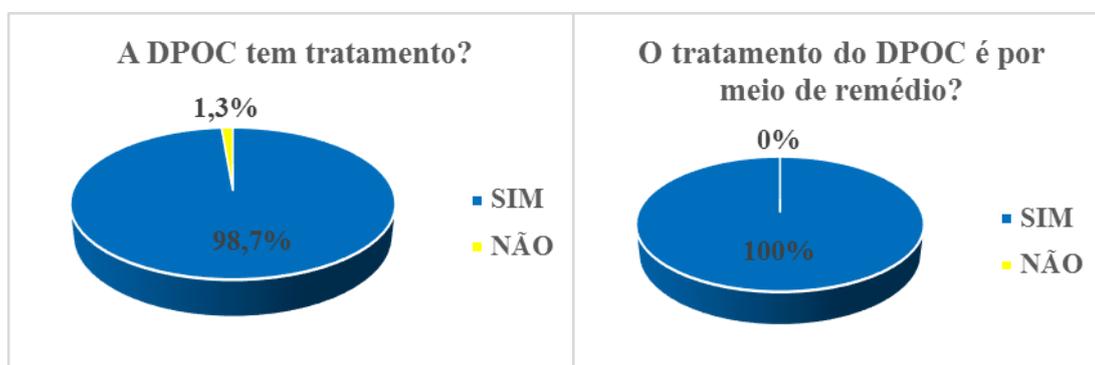
Relativo ao questionamento se os pacientes consideravam ser fumante/ex-fumante como um fator que causa DPOC, a maioria da amostra respondeu que sim. Relativo a continuar fumando ou conviver com alguém que fuma causar ou piorar a DPOC, a maioria da amostra relatou que não, conforme descrito no gráfico 06.

Gráfico 06. Questionamento sobre os efeitos do tabagismo na DPOC



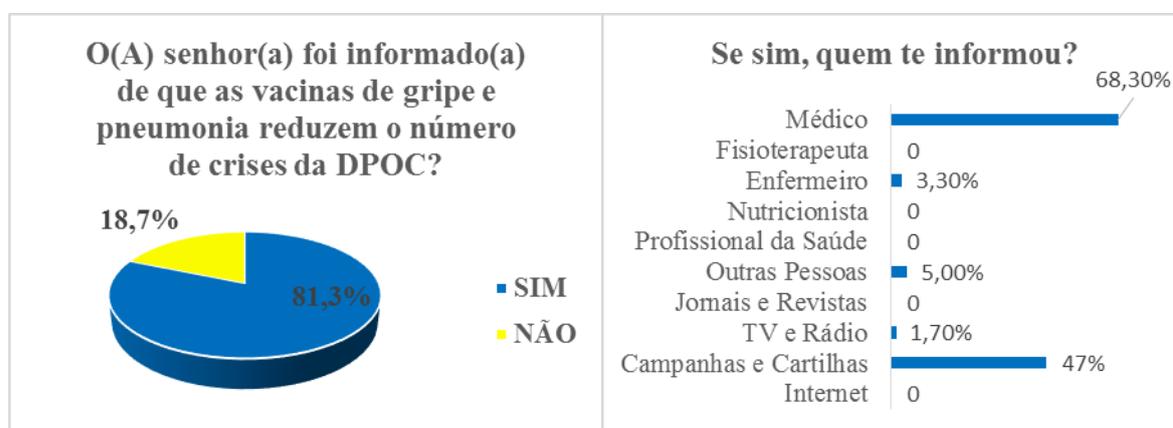
O gráfico 07 demonstra que a maioria dos pacientes acreditavam que existe tratamento para a DPOC e 100% declararam que este tratamento é medicamentoso.

Gráfico 07. Questionamento sobre o tratamento da DPOC



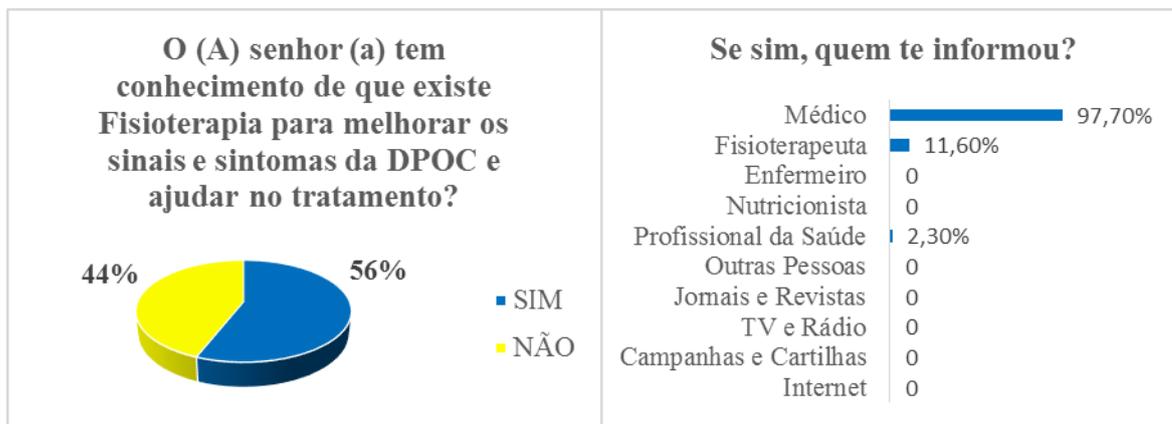
Relativo às vacinas de gripe e pneumonia reduzirem as crises da DPOC, a maioria da amostra respondeu que sim e que receberam esta informação principalmente pelos médicos, seguido por campanhas e cartilhas com 47% (Gráfico 08)

Gráfico 08. Questionamento sobre vacinação.



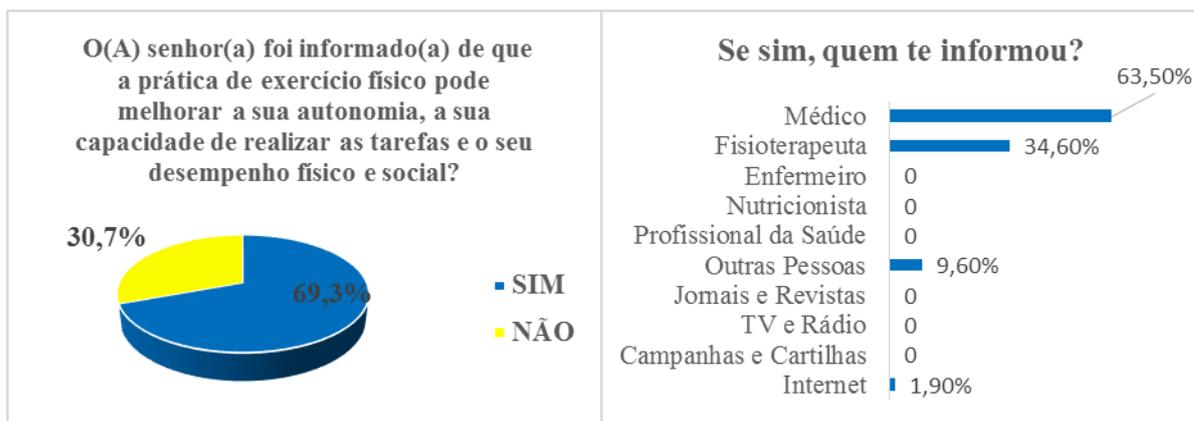
Ao serem questionados se a intervenção fisioterapêutica melhoraria os sinais e sintomas da DPOC e ajudaria no tratamento, a maioria dos pacientes declarou que sim, sendo que a maioria declarou ser informado por médicos (Gráfico 09).

Gráfico 09. Questionamento sobre o conhecimento dos efeitos da Fisioterapia para DPOC



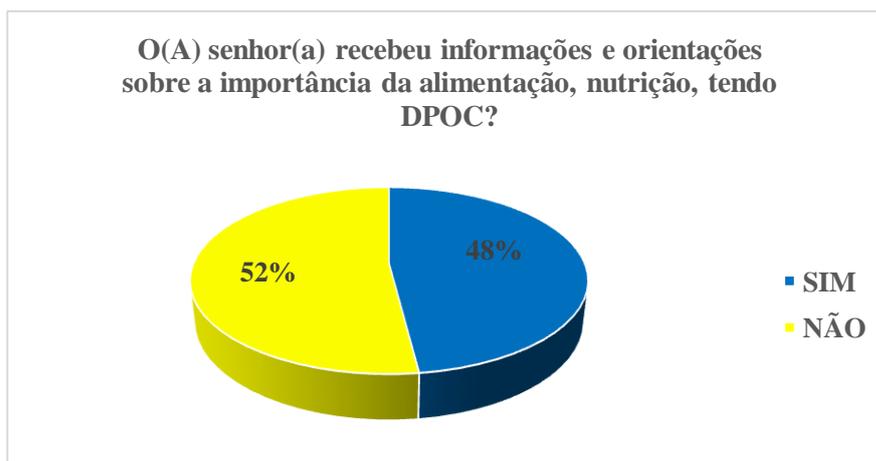
Quando questionados se receberam informações de que a prática do exercício físico poderia melhorar a sua autonomia e o desempenho físico e social, a maioria respondeu que sim, e respondeu que recebeu essa informação pelos médicos, seguido dos fisioterapeutas (Gráfico 10).

Gráfico 10. Questionamento sobre os efeitos da prática de exercício físico



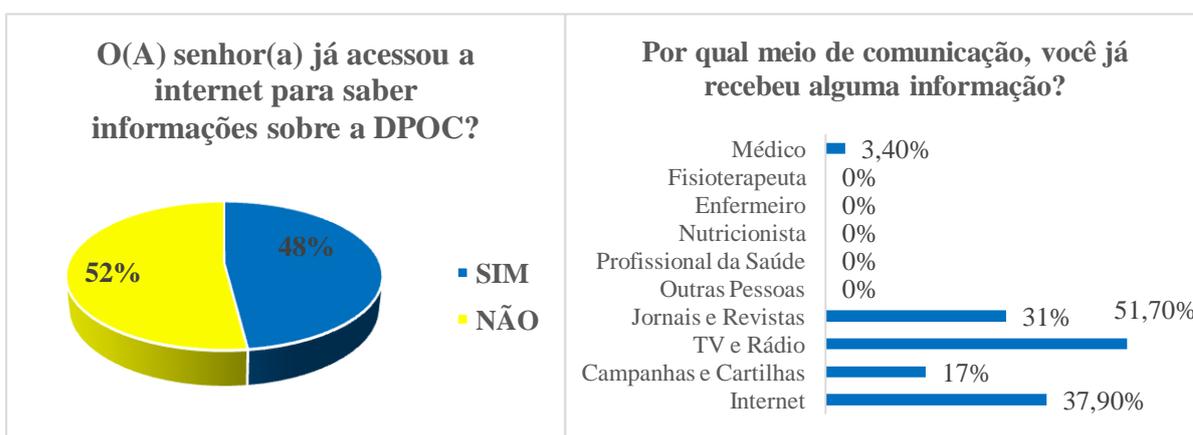
Ao serem questionados se receberam informações sobre a importância da alimentação e da nutrição no gerenciamento da DPOC, a maioria respondeu que não.

Gráfico 11. Questionamento sobre orientações nutricionais na DPOC



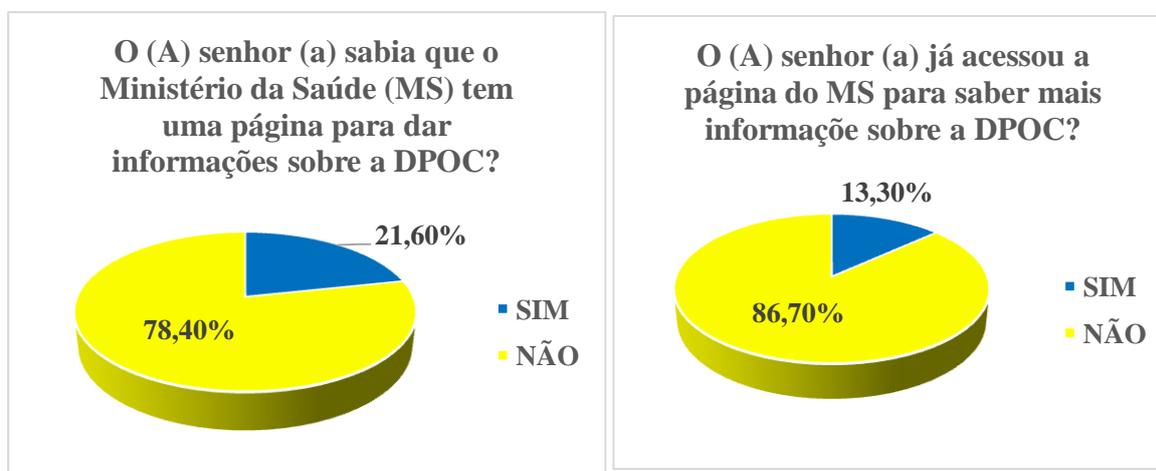
Ao serem questionados dos meios de comunicação, a maioria da amostra respondeu nunca acessou a internet para saber informações da DPOC. Quando questionados por qual meio de comunicação receberam as informações, a maioria relatou TV e rádio, seguido da internet (Gráfico 12).

Gráfico 12. Questionamento sobre informações pelos meios de comunicação.



Quando questionados ao conhecimento e acesso a página do Ministério da Saúde (MS) acerca de informações da DPOC, a maioria respondeu não, conseqüentemente não tendo acessado anteriormente (Gráfico 13).

Gráfico 13. Questionamento sobre informações do Ministério da Saúde (MS)



2.3.3 Protótipo de um aplicativo criado a partir das lacunas observadas no estudo

O presente estudo proporcionou um melhor conhecimento sobre as informações de um grupo de indivíduos com DPOC tem sobre sua a doença, e a forma com a qual recebem as informações. Com estas informações, além das estratégias que poderão ser traçadas para minimizar as lacunas do conhecimento, foi criado um protótipo para a construção de um aplicativo digital (APP), para divulgar conteúdos voltados para a educação em saúde em DPOCs no ambulatório Araújo Lima e na cidade de Manaus com parcerias da mídia local. Pode ser visualizado nos anexos deste trabalho.

2.4 Discussão

Este estudo forneceu conhecimento sobre quais informações um grupo de indivíduos com DPOC, em tratamento médico em um hospital universitário, tem sobre a DPOC e de onde veem tais informações. Os entrevistados foram indivíduos com média de idade de 70 anos, em sua maioria mulheres, com nível de formação fundamental e médio e tempo médio de diagnóstico da doença de 6,8 anos. A maior parte da amostra relatou ter conhecimento e consciência a respeito da doença, sendo a maioria informada por médicos, seguidos pelos fisioterapeutas.

Após a informação que veio dos médicos, TV e rádio foram os meios de comunicação nos quais os participantes mais declararam receber informações sobre a DPOC, seguido da internet. Campanhas e cartilhas foram declaradas por uma parcela pequena da amostra. A maioria declarou receber informação e orientações de como levar a vida de uma forma mais saudável.

A *GOLD 2019*¹ descreve a DPOC como uma doença complexa, que requer muitos cuidados, e que precisa ser gerenciada por uma equipe multiprofissional, com programas integrados de tratamento. Ela recomenda acolhimento de forma humanizada, destacando o papel da educação em saúde, com as orientações sobre a doença, o tratamento e a redução de fatores predisponentes^{1,11,12}.

Segundo a *GOLD 2019*¹ a terapia farmacológica para a DPOC é utilizada para reduzir os sintomas, controlar a frequência e a gravidade de exacerbações, além de melhorar a tolerância ao exercício e o estado de saúde. Contudo, apesar da essencialidade da farmacologia no tratamento da DPOC, existem outros recursos adjuvantes¹. Nossos resultados, entretanto, sugerem que a linha de tratamento adotada para os participantes da pesquisa, provavelmente, é médico-farmacológico centrada, uma vez que a maioria dos pacientes acreditavam sim, que existe tratamento para a DPOC, sendo que todos declararam que este tratamento é medicamentoso.

Kiley *et al.*²⁴ descrevem que a criação de um Plano de Ação ajudaria a identificar formas práticas de educar o público sobre a DPOC. Eles discutem que para gerar um grande impacto sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é fundamental que a atenção a estes pacientes seja conduzida por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a fim de melhorar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento^{11,24}.

Segundo o *GOLD 2019*¹ e Alifet *et al.*²⁵ o tabagismo é o fator de risco mais comumente encontrado e facilmente identificável como risco de desenvolvimento de DPOC^{1,11,25}. Por recomendação da *GOLD 2019*¹, a cessação do tabagismo é considerada a intervenção fundamental para os pacientes com DPOC que fumam. Nossos resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados relatou ter conhecimento sobre este assunto e considerou que ser fumante ou ex-fumante é um fator que causa a DPOC. No entanto, a maioria não sabia que conviver com um fumante é um fator que também pode predispor o indivíduo a apresentar DPOC^{1,24,25}.

Relativo a importância da vacinação, a maioria dos entrevistados relatou ter conhecimento desta informação. De acordo com Karthik *et al.*²⁶ pacientes com DPOC contraem infecções bacterianas e virais de forma recorrente, o que os torna relativamente

imunodeficientes em comparação com as pessoas saudáveis. Desta forma, a vacinação anual contra a influenza tornou-se universalmente recomendada nas diretrizes da DPOC¹⁸. Segundo a *GOLD 2019*¹, além da redução de doenças graves como infecções do trato respiratório, a vacinação anti influenza e antipneumocócica reduz a probabilidade de exacerbações da DPOC. Kopsaftiset *al*²⁷ demonstraram que pacientes com DPOC que foram vacinados contra a influenza apresentaram uma redução de 52% nas hospitalizações e de 70% na taxa de mortalidade.

Segundo Xian-Liang Liu, *et al.*²⁸ a Reabilitação Pulmonar (RP) é considerada um dos tratamentos não farmacológicos mais importantes para a DPOC, pois aborda tanto as características crônicas como as progressivas desta doença²¹. Entretanto, apenas 56% dos participantes declararam conhecimento deste benefício. Ainda segundo Xian-Liang Liu, *et al.*²⁸ as intervenções combinadas para o gerenciamento da DPOC incluem: a modificação do comportamento, como a cessação do tabagismo e a prática de exercício físico, o apoio psicológico, a educação do paciente quanto a sua doença e a sua saúde, e o auxílio psicossocial, objetivando manter o nível máximo de independência e sua capacidade funcional perante a sociedade.²⁰

Puhanet *al.*²⁹, Hakamiet *al.*³⁰ e Robles *et al.*³¹ discutem que a RP é uma parte importante do manejo clínico da DPOC, visto que pode administrar as exacerbações, melhorar a percepção do sintomas, a capacidade de exercício e a qualidade da vida dos indivíduos. Além disso, discute-se que a RP gere mudanças psicológicas positivas, caracterizadas pela melhoria das habilidades funcionais e o aumento da motivação relativo à vida²⁵.

Niederseeret *al.*³² discutem que dentre as opções não farmacológicas, o exercício físico desempenha um papel central na recuperação do paciente com DPOC, devendo ser realizado pelo menos três vezes por semana. Os objetivos seriam melhorar a capacidade do exercício, da dispneia e da qualidade de vida, reduzindo assim os níveis de internação e mortalidade^{26,27}. Apesar da maioria da amostra responder que sabe da importância da prática do exercício físico para melhorar sua autonomia, a capacidade de realizar tarefas e o seu desempenho físico e social, julgamos que o percentual de 69,3% dos pacientes com DPOC que tem esta informação deva ser aumentado, dada a relevância do tema.

A *GOLD 2019*¹ e ThingZaiet *al.*³³ discutem que a suplementação nutricional adequada, por meio de micronutrientes e fitoquímicos, apresentam propriedades antiinflamatórias e antioxidantes que podem ajudar a gerenciar a doença, levando a melhorias significativas na força muscular respiratória e na qualidade de vida geral relacionada à saúde. Relativo ao quesito nutrição e DPOC, pouco mais de metade da amostra relatou não apresentar

conhecimento sobre este assunto, demonstrando uma lacuna desta informação. Estes resultados podem demonstrar a ausência de uma equipe multiprofissional no tratamento destes indivíduos.

Moreira *et al.*³⁴ e Stollefson *et al.*³⁵ descrevem que a sociedade médica vem realizando uma ampla divulgação sobre a DPOC nos meios de comunicação. Nossos resultados demonstraram que os profissionais médicos foram os que mais ofereceram informações aos doentes. Contudo, nossos resultados demonstraram que a maioria da amostra declarou não ter recebido informação pelos meios de comunicação, e dos que receberam, a maior parte foi pela TV ou rádio, seguida da internet, declarando poucas informações recebidas por meio de cartilhas e campanhas.

Com o aumento do consumo de informações de saúde *on-line*, o papel da internet tem crescido como um meio de comunicação. Ela pode oportunizar o uso das tecnologias de informação e comunicação de forma aplicada à educação do paciente. Contudo, é importante que estas informações sejam organizadas pelo MS, em virtude do risco de informações erradas ou adversas. Sendo assim, de maneira sistematizada e planejada, todas as tecnologias são vistas positivamente na contribuição para a educação em saúde^{29,30}.

Segundo Lévy *et al.*³⁶ e Jenkins *et al.*³⁷, o ciberespaço permite o acesso à informação em um nível consideravelmente superior ao permitido por qualquer outro ambiente de comunicação e influencia também a vida política da sociedade por meio da criação de uma nova forma de participação no espaço público, a ciberdemocracia. Esta realidade já é visivelmente presente nas mídias sociais, onde os usuários são motivados a exporem suas opiniões, a participarem e compartilhar informações. É nesta realidade de intensa colaboração mútua, de incessante compartilhamento de conteúdos, que tem se desenvolvido a área da comunicação e saúde. Entretanto, relativo a educação em saúde oferecida pelo MS por meio de sua página eletrônica, nossos resultados demonstraram que a minoria possuía conhecimento sobre a página do MS e que não buscavam este meio para informações a cerca de sua condição de saúde. Alguns participantes, inclusive, demonstraram desinteresse em acessar a página e outros desconheciam esta modalidade de informação.

A comunicação voltada para o exercício da cidadania atende ao que determina a Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 221, Capítulo V, o qual estabelece que programas de rádio e televisão devem dar preferência a conteúdos educativos, artísticos, culturais e informativos. Entende-se por conteúdo educativo todo processo de constituição de consciência política e social, e não programas televisivos que apenas reproduzem o ensino

formal das salas de aula³⁸. Toschiet *al.*³⁹, descreve que as tecnologias midiáticas podem ser mídias didáticas, a depender das intenções que as norteiam.

Desta forma, para a educação em saúde por meio das mídiassociais, é importante considerar a influência da educação e a interação entre astrês diferentes áreas: Comunicação, Educação e Saúde^{38,39}. De acordo com os dados obtidos neste estudo, os meios de comunicação mais utilizados para informações sobre a doença e autocuidado dos participantes foram as revistas, TV, rádio e internet. No entanto, em âmbito local, quase não se observa campanhas ou reportagens sobre a DPOC, cabendo ao cidadão buscar e filtrar informações conforme seu interesse.

2.4.1 Limitações do estudo

Apesar de fornecer importantes informações a acerca de uma população específica, este estudo apresentou algumas limitações relativas ao baixo número amostral e a pouca definição dos critérios de seleção da amostra, que pode representar um viés na generalização dos resultados para outras populações.

3. CONCLUSÃO

Foi possível concluir que, na amostra estudada, de maneira geral, os pacientes com DPOC receberam informações gerais e relevantes sobre a patologia, principalmente por seus médicos, seguidos pelos fisioterapeutas. Entretanto, pontos relevantes como a prática da atividade física, nutrição e a reabilitação pulmonar devem ser melhor informados aos indivíduos. Apesar do papel do MS em divulgar informações sobre educação em saúde, os indivíduos foram melhor informados por seus médicos do que por campanhas públicas sobre a doença.

Saber o perfil e o contexto do paciente é fundamental para traçar estratégias de comunicação sobre DPOC sob uma visão ecossistêmica e, assim, otimizar o tratamento e reduzir os números crescentes de diagnósticos para a doença. Para os ecossistemas comunicacionais, o entrelaçamento dos sistemas envolvidos se torna importante para elaborar estas estratégias que envolve, informação, prevenção e boas práticas comunicacionais, traçadas a partir da disseminação de informações sobre o assunto nas mídias sociais para o conhecimento da população em geral.

REFERÊNCIAS

1. From the **Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD**, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019. Available from: <http://www.goldcopd.org/>.
2. SNIDER GL. **Nosologfor our day: its application to chronic obstructive pulmonary disease**. Am J RespirCrit Care.2006; 231-239.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. DATASUS. Informações de Saúde. 2014.
4. AGUIAR, A. R. C. **DPOC: Avaliação multidimensional de doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. Universidade da Beira Interior (UBI), 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.6/742>
5. JAMA. **American Medical Association**. June 27, 2017 Volume 317, Number 24; 2017
6. CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá**. 17-21 Novembro de 1986
7. GALVEZ DS, Malaguti C, *et al*. **Avaliação Do Aprendizado de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em um Programa de Reabilitação Pulmonar**. Rev. bras. Fisioterapia. São Carlos, v. 11, n. 4, p. 311-317, jul./ago. 2007
8. ALVES W Posadetal. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: uma revisão sobre os efeitos da educação de pacientes**. RevCiêncFarm Básica Apl., 2014.
9. BUIST. AS, MCBURNIE. MA, VOLLMER. WM, et al. **International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study**. Lancet 2014; 370:741.
10. ALVES LC, RODRIGUES RN. **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo**. Brasil. Rev Panam Salud Pública 2005.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Respiratórias Crônicas**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 25.
12. IBGE. **Projeções da população. Projeção da população do Brasil: 1980-2050**. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 25/Jul/2006).
13. PEREIRA. Mirna Feitoza. **Ecosistemas Comunicacionais: uma proposição conceitual**. Onsemiosis, Umwelt, andsemiosphere. *Semiotica*. v. 120 (3/4), p. 299-310,

1998b. Disponível em: <<http://www.zbi.ee/~kalevi/jesphohp.htm>>. Acesso em: 18 dez. 2011.

14. MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Trad. de Eliane Lisboa. 5. ed. PortoAlegre: Editora Sulina, 2008.
15. CAPRA. Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006
16. COTE CG, *et al.* **Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD**. EurRespir J. 2005
17. FALKENBERG. M. *et al.* **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Opinião • Ciênc. saúde coletiva 19 (03) Mar 2014.
18. JOHN E. *et al.* **Outcomes of Advance Diredive Education of Pulmonary Rehabilitation Patients**. Department of Medicine, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, Arizona; University of Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona; and Mt. Diablo Medical Center, Concord, California, 2015
19. G. PINHEIRO C. *et al.* **Consenso Chileno De RehabilitaciónRespiratoriaEn El Paciente ConEpoc**. RevChilEnfRespir 2011.
20. DEVINE EC, *et al.* **Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease**. Patient EducCouns. 1996;29(2):167-78.
21. BUISTS.*et al*, on behalf of the BOLD Collaborative Research Group.**International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study**.Lancet2007; 370: 741–50
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
23. ODPHP. **Office of Disease Prevention and Health Promotion**.Disponívelem: <http://odphp.osophs.dhhs.gov> - Acessoem 20/09/2017
24. JAMES P. KILEY *et al.* **COPD National Action Plan Addressing a Public Health Need Together**.152.4 Chest, October 2017.
25. ALIF Sheikh M, *et al.* **Occupational exposure and risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a systematic review and meta-analysis**.Expert Review of Respiratory Medicine, 20 May, 2016.

26. KARTHIK D Nath, *et al.* **Clinical factors associated with the humoral immune response to influenza vaccination in chronic obstructive pulmonary disease.** *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2014
27. KOPSAFTIS Z, *et al.* **Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018
28. XIAN-LIANG LIU, *et al.* **Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.** © 2013 Association of Rehabilitation Nurses *Rehabilitation Nursing* 2013, 1–24
29. PUHAN MA, *et al.* **Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art.
30. HAKAMY Ali, *et al.* **The effect of pulmonary rehabilitation on mortality, balance, and risk of fall in stable patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review.** *Chronic Respiratory Disease* 2017, Vol. 14(1) 54–62
31. ROBLES Priscila Games, *et al.* **Gender-Associated Differences in Pulmonary Rehabilitation Outcomes in People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A systematic review.** www.jcrpjournal.com *Gender Differences in PR* / 87
32. NIEDERSEER David, *et al.* **Symptomatic chronic obstructive pulmonary disease in clinical trials and in a population-based study.** *Sleep Breath.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014.
33. TING ZHAI, *et al.* **Potential Micronutrients and Phytochemicals against the Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Lung Cancer.** *Nutrients* 2018, 10, 813; doi:10.3390/nu10070813 www.mdpi.com/journal/nutrients
34. MOREIRA G L, *et al.* **PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico.** *JBrasPneumol.* 2013;40(1):30-37
35. STELLEFSON MICHAEL, *et al.* **YouTube as a source of chronic obstructive pulmonary disease patient education: A social media content analysis.** *Chronic Respiratory Disease* 2014, Vol. 11(2) 61–71
36. LÉVY, Pierre. **Uma mundialização plural**, in Dênis de Moraes (org.), *Por uma outra comunicação – mídias, mundialização cultural e poder.* Rio de Janeiro: Record, 2005

37. JENKINS, Henry. **Cultura da Convergência**. São Paulo: Editora Aleph, 2008.
38. CONSTITUIÇÃO. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL.
39. TOSCHI, Mirza Seabra. **Linguagens midiáticas em sala de aula e formação de professores**, *in* Dalva Gonçalves Rosa e Vanilton Camilo de Souza (org.), *Didática e Práticas de Ensino: Interfaces com diferentes saberes e lugares formativos*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): ESTUDO OBSERVACIONAL**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Fisioterapeuta **LEIGIANE ALVES CARDOSO**, Telefone (92) 996136168, e-mail: leigianecardoso@gmail.com e **Prof.ª. Dr.ª. Roberta Lins Gonçalves (Orientadora)**, Telefone (31) 999458-4724, e-mail: betalinsfisio@yahoo.com.br, e com o membro de pesquisa: **Lucas Normando da Silva**, Telefone (92) 98240-1480, e-mail: lucasnormando@hotmail.com, lotados na Universidade Federal do Amazonas- FEFF/UFAM, Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário - Coroado I CEP: 69077-000 Manaus AM Brasil.

O presente estudo será observacional e tem como objetivo **Investigar as informações que os indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC) tem sobre a doença e como e como receberam esta informação.** Não será realizado nenhuma intervenção com o senhor (a), apenas perguntas por meio de um questionário. Sua participação é voluntária. Se o senhor aceitar participar, contribuirá para o conhecimento sobre a educação sobre DPOC.

A pesquisa será realizada no Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), onde o senhor realiza seu acompanhamento médico, localizado na zona sul do município de Manaus, Amazonas. Só serão gastos alguns minutos para responder as questões.

Essa pesquisa está de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012. Dispondo do item IV.3.f, IV.5.d dessa resolução este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador, e as folhas foram numeradas. Toda pesquisa envolvendo os seres humanos envolve riscos, que podem ser na dimensão física, psíquica, intelectual, social, cultural ou espiritual. Como será um questionário, caso o senhor se sinta triste ou ansioso com as perguntas, o questionário será interrompido. Caso isso ocorra, suspenderemos a avaliação até que esteja melhor. Caso não se recupere, o encaminharemos para avaliação psicológica no HUGV.

Se acontecer qualquer prejuízo ao senhor ou ao seu acompanhante por causa da pesquisa, assistência imediata e integral será prestada sem o senhor (a) ter que pagar nada. Se houver qualquer dano/prejuízo causado pela pesquisa, será assegurado, mediante criteriosa comprovação, indenização de acordo com o prejuízo, ficando esta indenização a cargo dos pesquisadores. Não

publicaremos seu nome de maneira que a confidencialidade e a privacidade serão mantidas. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

O senhor não receberá pagamento em relação a esta pesquisa, mas terá assegurado seu direito de indenização, caso algum dano lhe seja causado em razão de participação na pesquisa e seja comprovado. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

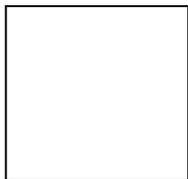
Para qualquer outra informação o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisadores: LEIGIANE ALVES CARDOSO, Roberta Lins Gonçalves, Lucas Normando da Silva ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone fixo (92) 3305-1181, ramal 2004, e celular (92) 99171-2496, ou email_cep.ufam@gmail.com

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração para esta pesquisa. Por isso, eu concordo em autorizar a minha participação, sabendo que não vou ganhar nada e que posso retirar a autorização quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um denós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante



Impressão DACTILOSCÓPICA

(Caso não saiba assinar)

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador/ Colaborador

Desejo saber dos resultados do estudo: () Sim () Não

APÊNDICE B –QUESTIONÁRIO



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO

Orientações gerais para responder o questionário:

Os itens foram construídos para avaliar o seu conhecimento sobre a DPOC e como recebeu este conhecimento. Para cada item, o senhor(a) deve escolher apenas uma opção de resposta. Eu vou ler as questões para o senhor (a) e o senhor(a) deve escolher apenas uma resposta, que eu marcarei com um X. Responda o mais honestamente possível. Mesmo não tendo certeza sobre a resposta, escolha a que o senhor (a) achar mais apropriada.

Nome: _____

Data: _____

Sexo: [1] masculino [2] feminino

Idade: _____ anos.

Data

de

nascimento:...../...../.....

Profissão: _____

Formação:

[1] Analfabeto [2] Semianalfabeto [3] primeiro grau completo [4] Segundo grau completo [5] Terceiro grau completo [6] Pós-graduação

Tempo de doença (diagnóstico).....anos.

QUESTIONÁRIO SOBRE A DPOC

1) O senhor(a) sabe o que significa DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

2) Alguém disse que o senhor(a) tem DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

2.a) Se sim, quem foi:.....

3) Ser fumante/ex-fumante é um fator que causa DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

4) Continuar fumando ou conviver com alguém que fuma causa ou piora a DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

5) A DPOC tem cura?

[1] SIM [2] NÃO

6) A DPOC tem tratamento?

[1] SIM [2] NÃO

7) Questão apenas para aqueles que marcaram sim na questão 6.

O tratamento do DPOC é cirúrgico?

[1] SIM [2] NÃO

8) Questão apenas para aqueles que marcaram sim na questão 6.

O tratamento do DPOC é por meio de remédio?

[1] SIM [2] NÃO

9) O senhor(a) precisa tomar a medicação para tratar o DPOC apenas quando se sente mal?

[1] SIM [2] NÃO

10) O senhor(a) tem conhecimento de que existe Fisioterapia para melhorar os sinais e sintomas da DPOC e ajudar no tratamento?

[1] SIM [2] NÃO

10.1 Se sim, quem te informou:.....

11) O senhor(a) se sente informado sobre DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

11.a Se sim, quem mais te informa sobre a doença?

[1] Médico [2] Enfermeiro [3] Fisioterapeuta [4] Televisão [5] Página da internet do Ministério da saúde [6] Jornais [7] Revistas e ou cartilhas informativas [8] Parente

[9] Amigos [10] *Outdoors* [10] Outros.....

12) O senhor(a) acha que saber mais sobre DPOC te ajudaria no tratamento?

[1] SIM [2] NÃO

13) O senhor(a) acha que revista e cartilhas seriam boas formas de orienta-lo sobre a DPOC ?

[1] SIM [2] NÃO

14) O senhor(a) acha que informações na TV seriam boas formas de orienta-lo sobre a DPOC ?

[1] SIM [2] NÃO

15) O senhor(a) acha que informações na internet seriam boas formas de orientá-lo sobre a DPOC ?

[1] SIM [2] NÃO

16) Como o senhor(a) o senhor gostaria de ser informado sobre a DPOC ?

[1] Pelo seu médico [2] Por qualquer profissional da saúde [3] Na TV

[4] Nas revistas [5] Em rodas de conversa [6] Em cartilhas [7] Não gostaria de saber mais informações sobre a DPOC

[8] Outros.....

17) O senhor(a) foi informado de que as vacinas de gripe e pneumonia reduzem o número de crises da DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

17.a. Se respondeu sim, por quem?.....

18) O senhor(a) foi informado de que a prática de exercício físico pode melhorar a sua autonomia, a sua capacidade de realizar as tarefas e o seu desempenho físico e social?

[1] SIM [2] NÃO

18.a. Se respondeu sim, por quem?.....

19) O senhor(a) recebeu informações e orientações sobre como levar uma vida mais saudável tendo DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

19.a. Se respondeu sim, por quem?.....

20) O senhor(a) recebeu informações e orientações sobre a importância da alimentação, nutrição, tendo DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

20.a. Se respondeu sim, por quem?.....

21) O senhor(a) recebeu informações e orientações sobre a importância e como utilizar a medicação corretamente, tendo DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

21.a. Se respondeu sim, por quem?.....

22) O senhor(a) já recebeu tratamento de algum outro profissional da saúde para tratar o DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

22.a. Se respondeu sim, qual?.....

23) O senhor(a) já recebeu informações sobre a DPOC em algum meio de comunicação?

[1] SIM [2] NÃO

23.a. Se respondeu sim, qual?.....

24) O senhor(a) já recebeu informações sobre a DPOC em campanha em revistas?

[1] SIM [2] NÃO

25) O senhor(a) sabia que o Ministério da saúde (MS) tem uma página do MS para dar informações sobre a DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

26) O senhor(a) já acessou a página do MS para saber informações sobre a DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

27) O senhor(a) já acessou a internet para saber informações sobre a DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

28) O senhor(a) já viu informações sobre DPOC na TV?

[1] SIM [2] NÃO

29) O senhor(a) já viu informações sobre DPOC em outdoors?

[1] SIM [2] NÃO

30) O senhor(a) já viu informações sobre DPOC na TV da sua cidade (Manaus)?

[1] SIM [2] NÃO

31) O senhor(a) já viu informações sobre DPOC no jornal da sua cidade (Manaus)?

[1] SIM [2] NÃO

32) O senhor(a) se sente bem informado sobre DPOC?

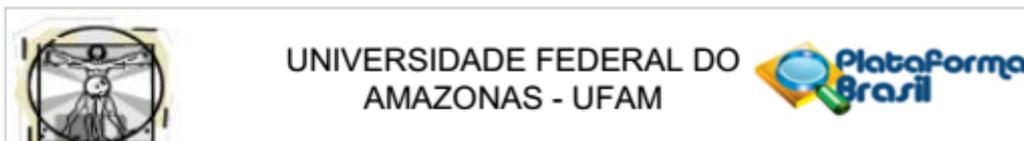
[1] SIM [2] NÃO

33) O senhor(a) gostaria de ter mais informações sobre a DPOC?

[1] SIM [2] NÃO

34) No que o senhor acha que ser mais informado sobre a DPOC melhora sua saúde?

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): ESTUDO OBSERVACIONAL.

Pesquisador: Leigiane Alves Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92518318.8.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Ciências da Comunicação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.928.217

Apresentação do Projeto:

A educação em saúde compreende um conjunto de práticas sociais humanas que devem gerar fenômenos constituintes - produtores, reprodutores ou transformadores - das relações sociais. Esta prática tem se mostrado fundamental para o entendimento dos indivíduos sobre as mudanças físicas e psicológicas provocadas pelas doenças. No Brasil, a atribuição maior da educação em saúde fica a cargo do Ministério da Saúde (MS), que dispõe de condições para a proteção e recuperação da saúde da população e cria campanhas voltadas à prevenção e controle das doenças, se propondo a atingir o público alvo na mídia geral: televisões abertas, centros de saúde e redes sociais. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um grave problema de saúde pública. Segundo o projeto Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2018), uma iniciativa global iniciada em 1998 para o diagnóstico, manejo e prevenção da DPOC, ela é uma enfermidade respiratória comum, crônica, porém prevenível e tratável, e que depende de medidas de educação em saúde para seu controle. **Objetivo Geral:** investigar a quantidade e a qualidade da divulgação sobre a DPOC nas campanhas públicas do MS na sua página e nos outros meios de divulgação disponibilizados por este órgão. **Método:** trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico. A pesquisa consistirá de consulta na página (base de dados) do MS e envio de email e telefonema, consultando o MS acerca da publicidade relativa à DPOC nas diversas mídias digitais como campanhas, artigos de prevenção e informações nas redes sociais. Para a avaliação do conhecimento dos indivíduos sobre a DPOC realizaremos um questionário

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

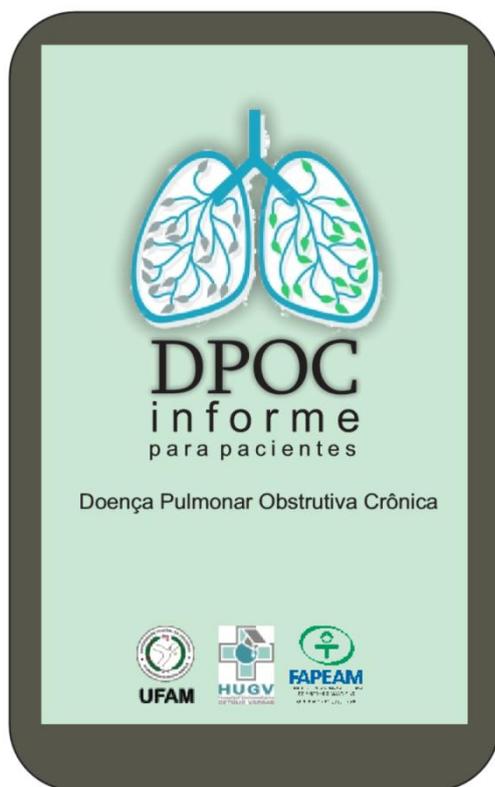
CEP: 69.057-070

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

Anexo 2



Página abertura



A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável. Promove a obstrução do fluxo de ar associada a uma resposta inflamatória dos pulmões. O tabagismo é uma das principais causas da DPOC.

Sinais e sintomas:

Surgem normalmente a partir dos 40 anos, os principais são:

- Falta de ar em repouso (dispneia);
- Tosse;
- Cansaço ao respirar;
- Intolerância a pequenos e grandes esforços e exercícios físicos;
- Perda de peso (interferência na alimentação).



Descritiva 1



Menu



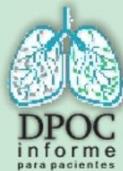
A principal causa da DPOC é o uso do cigarro por longo tempo, seguido de inalação de poluição ou de substâncias químicas que acabam por desenvolver *bronquite crônica* e até *enfisema pulmonar*.

Tabagismo: é causado pela dependência química da nicotina mas também existem fatores comportamentais e psicológicos que levam ao ato de fumar dificultando o abandono desse hábito.

O **Teste de Fagerström** ajuda a medir o grau de dependência da nicotina. É utilizado como ferramenta na terapia para ajudar a parar de fumar.

Teste seu grau de dependência

Descritiva 2



Teste de Fagerstrom

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- mais de 60 min entre 31 e 60 min entre 6 e 30 min menos de 6 min

2. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- não sim

3. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- não sim

4. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- não sim

5. Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- não sim

6. Quantos cigarros você fuma por dia?

- menos de 11 de 11 a 20 de 21 a 30 mais de 30

Pontuação Obtida:

Grau de dependência:

0-2 pontos - MUITO BAIXO
3-4 pontos - BAIXO
5 pontos - MÉDIO
6-7 pontos - ELEVADO
8-10 pontos - MUITO ELEVADO

Descritiva 2.1




Selecione um item de cada uma das escalas abaixo:

I. AVALIE SUA SENSÇÃO DE FALTA DE AR
(MRC - ESCALA DE DISPNEIA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA)

- Sinto falta de ar ao realizar exercício intenso.
- Sinto falta de ar ao apressar o passo, ao subir um lance de escadas ou ao subir uma ladeira leve.
- Ando mais devagar que pessoas da minha mesma idade ou preciso parar para respirar quando ando no próprio passo.
- Preciso parar para respirar antes de andar 100 metros ou após alguns minutos.
- Não saio de casa devido a falta de ar.

II. AVALIE CRISES DURANTE O ANO
(EXACERBAÇÕES COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR)

- Pelo menos uma exacerbação(crise) ao ano.
- 2 ou mais exacerbações (crises) ao ano.

III. IDENTIFIQUE O RESULTADO DA SUA ESPIROMETRIA

- Doença Pulmonar Obstrutiva LEVE ou MODERADA (VEF1 pós-broncodilatador acima de 50% do previsto).
- Doença Pulmonar Obstrutiva GRAVE ou MUITO GRAVE (VEF1 pós-broncodilatador abaixo ou igual a 50% do previsto).

RESULTADO

Descritiva 2.2

DPOC
informe
para pacientes

Classifique sua DPOC

Classificação da DPOC GOLD 2019

GRUPO A : BAIXO RISCO DE EXACERBAÇÃO E POUCOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Tratamento:
Parar de fumar, praticar atividade física e vacinação.

GRUPO B : BAIXO RISCO DE EXACERBAÇÃO E MUITOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Tratamento:
Parar de fumar, praticar atividade física, vacinação e reabilitação pulmonar.

GRUPO C : ALTO RISCO DE EXACERBAÇÃO E POUCOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Tratamento:
Parar de fumar, praticar atividade física, vacinação e reabilitação pulmonar.

GRUPO C : ALTO RISCO DE EXACERBAÇÃO E MUITOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Tratamento:
Parar de fumar, praticar atividade física, vacinação e reabilitação pulmonar.

RESULTADO

Descritiva 2.2.1



O diagnóstico da DPOC se dá a partir da presença de enfisema ou obstrução do fluxo aéreo.

É realizado através do **EXAME CLÍNICO**, na presença das seguintes condições:

- > tosse frequente (seca ou com catarro)
- > sensação de falta de ar
- > tabagista com mais de 40 anos

Através de **EXAME DE IMAGEM**: radiografia (RX) ou tomografia de tórax (TC);

E ainda, através da **ESPIROMETRIA** (exame padrão ouro para o diagnóstico da DPOC).

Saiba mais
sobre
espirometria

Descritiva 3



Através de medicamentos, reabilitação pulmonar e atividades físicas.

A Medicação: ajuda a reduzir os sintomas, a frequência das exacerbações, melhora a tolerância ao exercício e o estado de saúde. É prescrita pelo médico especialista e varia de acordo com a gravidade da doença. Além disso, as vacinas contra gripe e pneumonia são importantes para evitar infecções.

A Reabilitação Pulmonar: é realizada por fisioterapeuta com o objetivo de melhorar a capacidade funcional através de programas de exercícios respiratórios e condicionamento físico. O exercício respiratório consiste no incentivo para diminuir a falta de ar, ao puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca devagar (como soprar a vela), ajuda na liberação do excesso de ar nos pulmões.

Próximo

Descritiva 4



Exercício e atividades físicas: após alta da reabilitação, a longo prazo a prática diária aumenta a capacidade funcional e a qualidade de vida, bem como a tolerância aos esforços. Os exercícios devem ter uma frequência de no mínimo 150 minutos por semana, sendo do tipo aeróbico, como caminhada livre e bicicleta, e exercícios para o fortalecimento muscular, devendo ser monitorados e prescritos individualmente por profissional de educação física.



Descritiva 4.1