



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LETÍCIA DE ARAÚJO MORAIS

**Avaliação da informação fornecida ao paciente com Doença
Pulmonar Obstrutiva Crônica sobre sua doença e tratamento no
momento da alta**

Goiânia

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

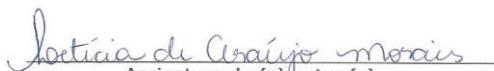
Nome completo do autor: Leticia de Araújo Morais

Título do trabalho: Avaliação da informação fornecida ao paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica sobre sua doença e tratamento no momento da alta.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 22 / 11 / 2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LETÍCIA DE ARAÚJO MORAIS

Avaliação da informação fornecida ao paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica sobre sua doença e tratamento no momento da alta

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi

Goiânia

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

de Araújo Moraes, Leticia

Avaliação da informação fornecida ao paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica sobre sua doença e tratamento no momento da alta [manuscrito] / Leticia de Araújo Moraes. - 2018.
xcv, 95 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. DPOC. 2. Hospitalização. 3. Alta hospitalar. I. Fouad Rabahi, Marcelo, orient. II. Título.

CDU 616.24

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Leticia de Araújo Moraes**. Aos **dezenove dias do mês de outubro de 2016**, às 08:00 horas, reuniu-se na **Faculdade de Medicina/UFG**, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada: "**AValiação DA INFORMAÇÃO FORNECIDA AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOBRE SUA DOENÇA E TRATAMENTO NO MOMENTO DA ALTA**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Mestre**, área de concentração **Patologia, Clínica e Tratamento das Doenças Humanas**. O Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi**, iniciando os trabalhos concedeu à palavra a candidata, para exposição em até **50 minutos** do seu trabalho. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se ao mesmo igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada ou reprovada.

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi - Presidente
Prof. Dr. José Laerte Rodrigues da Silva Júnior - Membro
Prof.^a. Dr.^a. Daniela Graner Schwartz Tannus Silva - Membro
Prof. Dr. Nilzio Antônio da Silva - Suplente

Marcelo Rabahi
Aprovada
APROVADA

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Leticia de Araújo Moraes** () Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, **Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Assinatura:

Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi - Presidente
Prof. Dr. José Laerte Rodrigues da Silva Júnior - Membro
Prof.^a. Dr.^a. Daniela Graner Schwartz Tannus Silva - Membro
Prof. Dr. Nilzio Antônio da Silva - Suplente

Marcelo Rabahi
José Laerte R.S.J.
Daniela Graner

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Leticia de Araújo Moraes
Leticia de Araújo Moraes

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno (a): Leticia de Araújo Morais

Orientador (a): Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi

Membros:

1. Marcelo Fouad Rabahi

2. José Laerte Rodrigues da Silva Júnior

3. Daniela Graner Schuwartz Tannus Silva

OU

4. Nilzio Antônio da Silva

5.

Data: 19/10/2016

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus pacientes, razão da minha busca pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida e oportunidade de estudar e buscar meus ideais.

Ao professor Dr. Marcelo Fouad Rabahi, pela disposição, paciência, por acreditar em meu trabalho e oportunizar a realização deste estudo.

À minha família, pela paciência e entendimento.

Aos médicos residentes do Hospital das Clínicas da UFG, Hospital Geral de Goiânia e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, pela colaboração na execução das etapas da pesquisa durante a fase de coleta de dados e amostra.

Às doutoras Daniela Graner Schuwartz Tannus Silva e Lorena Barbosa de M. Fonseca, pela ajuda nas fases de coleta de dados da pesquisa.

À Universidade Federal de Goiás, por oportunizar o crescimento na minha vida enquanto pesquisadora.

À Dra. Daniela Alves Vento, pela disponibilidade em ajudar em todas as fases da realização deste trabalho.

À Dra. Krislainy de Sousa Corrêa e Dr. José Laerte Rodrigues da Silva Júnior, pelas correções e sugestões que ajudaram enriquecer este trabalho.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pela disponibilidade, correções e sugestões.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Epidemiologia	16
2.2 Impacto econômico das internações por doença pulmonar obstrutiva crônica	16
2.3 Exacerbações como causa de internações por DPOC	16
2.4 Fisiopatologia da exacerbação na DPOC	17
2.5 Manifestações clínicas	18
2.6 Fatores de risco	20
2.7 Tratamento na exacerbação por DPOC	20
2.8 Readmissões: Estratégias de prevenção nas internações por DPOC	21
3 OBJETIVOS.....	24
4 MÉTODOS.....	25
4.1 Tipo do estudo	25
4.2 Local do estudo	25
4.3 Período do estudo	25
4.4 Desenho do estudo	26
4.5 Casuística	30
4.6 Análise dos dados	31
5 RESULTADOS.....	33
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÃO	43
8 PUBLICAÇÕES	44
8.1 Artigo 1.....	44
8.2 Artigo 2	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74

10 REFERÊNCIAS.....	75
11 ANEXOS.....	82
11.1 Anexo A: <i>Checklist of Items To Assess at Time of Discharge from Hospital</i>	82
11.2 Anexo B: <i>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</i>	83
12 APÊNDICES.....	86
12.1 Apêndice A: Autorização para tradução dos autores da versão original do <i>checklist</i> de alta hospitalar proposta pela GOLD	86
12.2 Apêndice B: Ficha de avaliação sociodemográfica	88
12.3 Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89

FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figuras

Figura 1. Fluxograma do estudo.....	29
Figura 2. Desenho dos participantes do estudo.....	31

Tabelas

Tabela 1. Valores de coeficiente Kappa.....	32
Tabela 2. Perfil sócio-demográfico da população do estudo.....	34
Tabela 3. Distribuição dos itens do documento finitas.....	35
Tabela 4. Comparação dos itens do documento entre hospitais.....	37

Quadros

Quadro 1. Lista dos 7 itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar, traduzido das diretrizes GOLD.....	26
Quadro 2. Documento de coleta de dados utilizado para padronizar a aferição do conhecimento dos itens da lista GOLD de alta hospitalar para portadores de DPOC.....	27

SIMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CD8	Linfócito T Citotóxico
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HC-UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
HGG	Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCO₂	Pressão Parcial de Gás Carbônico no Sangue
PO₂	Pressão Parcial de Oxigênio no Sangue
PTCA	Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea
SCMG	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
SpO₂	Saturação Periférica de Oxigênio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

V/Q Relação entre a Ventilação e Perfusão Pulmonar

VEF₁ Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo

β-2 Agonista Adrenérgico Beta 2

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao paciente e ao sistema de saúde, ocasionando exacerbações com custos elevados. Este estudo tem por objetivo avaliar a informação fornecida ao paciente com DPOC sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar. Estudo observacional descritivo transversal com pacientes internados por DPOC em três hospitais terciários utilizando documento padronizado para avaliação do *checklist* de alta hospitalar proposta pela Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, contendo 7 itens. Os hospitais foram divididos em (Grupo A) com residência médica em pneumologia (RMP) e (Grupo B) sem RMP. Foram avaliados 54 pacientes, com idade média de $66,6 \pm 11,4$, 25 (46,2%) do sexo masculino, 22 (4,7%) (Grupo A) e 32 (59,3%) (Grupo B). Itens referentes a garantia de efetivo tratamento farmacológico de manutenção (item 1), avaliação gasométrica/aferição de SpO₂ (item 2), reavaliação da técnica inalatória (item 4) e informação em relação a terapia de manutenção (item 5) apresentaram respectivamente 79,6%, 96,3%, 70,3% e 88,9% de informação. Plano de manejo de comorbidades (item 3) 29,6%, informação referente ao término de terapia antibiótica/corticóide (item 6) 44,4% e garantia de seguimento com especialista (item 7) 55,6%. Houve significância estatística entre hospitais para os itens 1, 4 e 7 ($p = 0,002$ $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente), com melhor performance aos pacientes atendidos no Grupo A. Esse estudo sinaliza para necessidade de atenção em instruções referentes ao tempo de uso de corticosteroide/antibiótico e plano de manejo de comorbidades. A ausência de atendimento especializado sinaliza para menor rendimento na verificação de informações fornecidas aos pacientes com DPOC no momento da alta.

Palavras-chave: DPOC; Hospitalização; Alta hospitalar.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a heterogeneous and multifactorial disease that causes a huge impact on the patient and the health system, causing exaggerated high costs. This study has as aim to evaluate the provided information to patients with COPD about their disease and treatment at the time of hospital discharge. A cross-sectional descriptive study with hospitalized patients for COPD in three tertiary hospitals using a standardized document for evaluation of the discharge checklist proposed by the Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, containing 7 items. Hospitals were divided into (Group A) with residency in pulmonology (RMP) and (Group B) without RMP. It was evaluated 54 patients with a mean age of $66,6 \pm 11,4$, 25 (46,2%) were male, 22 (40,7%) (Group A) and 32 (59,3%) (Group B). Items related to ensure effective pharmacological maintenance treatment (item 1), blood gas evaluation/measurement of SpO₂ (item 2), reassessment of inhalation technique (item 4), and information relating to maintenance therapy (item 5) were respectively 79,6%, 96,3%, 70,3%, and 88,9% of information. Comorbidity management plan (item 3) 29,6%, information regarding the completion of antibiotic therapy/corticosteroid (item 6) 44,4% and following assurance specialist (item 7) 55,6%. There was statistical significance between hospitals for items 1, 4 and 7 ($p = 0,002$, $p < 0,001$, and $p < 0,001$, respectively), with better performance in the patients in Group A. This study revealed the need for attention to instructions regarding the length of treatment of corticosteroid/antibiotics and comorbidity management plan. The lack of specialized care reveals lower yields in check information provided to COPD patients at hospital discharge.

Keywords: COPD; Hospitalization; Hospital discharge.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por limitação aérea persistente, usualmente progressiva e associada com resposta inflamatória crônica (GOLD, 2016). Normalmente evolui com episódios de exacerbação, manifestando diferentes formas clínicas e de gravidade (CARDOSO, 2009; FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

Exacerbações por DPOC representam a maioria das despesas com tratamento da doença advinda de hospitalizações, e pela sua importância, há especial interesse em compreender os fatores associados com seu desenvolvimento e os que podem prever a hospitalização (ALCÁZAR *et al.*, 2012).

A *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) tem objetivo de produzir recomendações para gestão da DPOC baseada nas melhores informações científicas disponíveis. Em 2014 a GOLD propôs um *checklist* contendo sete itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar com objetivo de assegurar que o portador da DPOC tenha entendimento e domínio das instruções, e cuidados de saúde necessários para seu tratamento após a alta hospitalar (GOLD, 2014).

Pesquisas envolvendo abordagens focadas na entrega de informação no momento da alta são mais frequentes em grupos de pacientes com doenças cardíacas, diabetes mellitus e depressão, porém ainda são escassas para pacientes com DPOC (VANSUCH *et al.*, 2006; BARTHOLOMEW; ZECHNER, 2014; REGALBUTO *et al.*, 2014).

Dessa forma, conhecer a informação fornecida aos pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar, pode permitir uma avaliação e conscientização pela equipe multidisciplinar sobre a importância do detalhamento das recomendações ofertadas aos pacientes no momento da saída do hospital após uma internação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que mais de 3 milhões de pessoas morreram por DPOC em 2012, o equivalente a 6% de todas as mortes no mundo naquele ano, além disso mais de 90% das mortes por DPOC ocorrem em países de baixa e média renda (WHO , 2015).

A DPOC está inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consideradas como um sério problema de saúde pública. As DCNT são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo, e no Brasil por aproximadamente 74%.

2.2 Impacto econômico das internações por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Em 2015, internações por DPOC custaram aos cofres públicos brasileiros o equivalente a R\$ 105.303.682,20 com 17.022 óbitos e uma taxa de mortalidade de 5,79%. Quando comparada às demais DCNT, a DPOC está no ranking como a terceira doença que gera mais custos e óbitos, perdendo somente para as neoplasias (BRASIL, 2016).

De acordo com a GOLD, a DPOC está associada a uma carga econômica significativa, sendo os custos totais diretos da União Européia com a doença estimados em 6% do orçamento total para cuidados em saúde, correspondendo a 38,6 bilhões de euros. Nos Estados Unidos os custos diretos com a doença atingem \$29,5 bilhões (GOLD, 2016).

2.3 Exacerbações como causa de internações por DPOC

A exacerbação na DPOC é definida por aumento agudo nos sintomas respiratórios que excedam a variação diária normal e que leva à necessidade de mudanças nas medicações regularmente em uso pelo paciente (GOLD, 2016). A característica mais frequente é o aumento da dispnéia, que obriga o paciente a procurar os cuidados de saúde (CARDOSO, 2009; FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

As exacerbações são freqüentes em pacientes com DPOC (2,4 a 3 episódios/ano por paciente) (JEZLER *et al.*,2007), e 1 em 6 pacientes requerem hospitalização, com uma frequência ainda maior nos pacientes mais graves (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA, 2010; ALCÁZAR *et al.*, 2012). Em casos de internação por DPOC, a mortalidade hospitalar geral é de 3 a 4%, podendo alcançar de 11 a 24% quando há necessidade de tratamento intensivo, chegando a atingir de 43 a 46% em um ano (JEZLER *et al.*,2007).

Pacientes com exacerbações frequentes apresentam um rápido declínio no VEF₁ (volume expiratório forçado no primeiro segundo), demonstrando maior inflamação das vias aéreas quando estáveis clinicamente e apresentam pior qualidade de saúde e de vida (ALCÁZAR *et al.*, 2012). Pacientes sem exacerbação apresentaram uma taxa de sobrevivência de 80%, e aqueles com três ou mais exacerbações por ano exibem uma taxa de sobrevivência em 5 anos de apenas 30% (SUH; MANDAL; HART, 2013).

As exacerbações são uma boa oportunidade para recrutar pacientes em um programa de educação de saúde envolvendo tratamento domiciliar, evitando readmissões, e para atender este objetivo, é essencial que haja coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, bem como recursos técnicos e humanos para facilitar o atendimento domiciliar (GAMEZ *et al.*, 2013).

De acordo com *Medicare Center* (centros para usuários em saúde dos Estados Unidos), fatores como: insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, pneumonia e idade superior a 65 anos são causas comuns de hospitalização, associadas com uma elevada proporção de reinternações potencialmente evitáveis. Em 2015, DPOC, angioplastia coronária percutânea transluminal (PCTA), revascularização do miocárdio e situações vasculares não especificadas foram aderidas ao grupo de condições com elevados índices de reinternações evitáveis (ARNOLD; BUYS; FULLAS, 2015).

2.4 Fisiopatologia da exacerbação da DPOC

A fisiopatologia da exacerbação da DPOC é multifatorial, e os fatores mais importantes são a inflamação e hiperinsuflação dinâmica. Os sintomas inespecíficos, a diversidade de fatores precipitantes e as diferenças na

resposta do paciente contribuem para a heterogeneidade das exacerbações que ocorrem na DPOC (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA, 2010).

A limitação ao fluxo aéreo característica da DPOC é causada pela combinação de doença das vias aéreas e destruição do parênquima, sendo ocasionada principalmente pela diminuição da retração elástica do parênquima pulmonar, pela hipersecreção de glândulas mucosas, inflamação crônica das vias aéreas e consequente fibrose e estreitamento das mesmas (VESTBO *et al.*, 2007).

A inflamação brônquica é caracterizada por macrófagos e linfócitos CD8 (linfócito T citotóxico). Este padrão muda durante as exacerbações com um aumento no número de neutrófilos e eosinófilos. Ocorre aumento da produção de expectoração, espessamento e edema da parede brônquica e broncoespasmo, levando a limitação ao fluxo aéreo expiratório e hiperinsuflação dinâmica, que acarreta aumento do trabalho nos músculos respiratórios e consumo de oxigênio, provocando diminuição na pressão parcial de oxigênio no sangue venoso e redução da pré-carga ventricular direita, afetando o retorno venoso. A obstrução brônquica ocasiona um desequilíbrio no relacionamento entre ventilação e perfusão pulmonar (relação V/Q), resultando em uma deterioração nas trocas gasosas. Além disso, a pressão na artéria pulmonar é geralmente mais elevada em pacientes com DPOC quando comparado a indivíduos saudáveis (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA, 2010).

Todas essas alterações podem agravar doenças cardiovasculares encontradas em muitos destes pacientes. Mediadores inflamatórios são aumentados no pulmão na fase estável, e se elevam ainda mais durante as exacerbações, o que se correlaciona com as manifestações clínicas. A inflamação sistêmica poderia ser a causa de algumas das manifestações extrapulmonares da DPOC, como a desnutrição, disfunção muscular ou morbidade cardiovascular (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA, 2010).

2.5 Manifestações clínicas

A dispnéia e a tosse são os principais sintomas da DPOC, e geralmente se agravam durante as exacerbações (SBPT, 2004) (ALCÁZAR *et al.*, 2012).

Apesar da dispnéia ser um indicador prognóstico de mortalidade ainda mais preciso do que o grau de obstrução, não tem sido descrito como um fator importante na previsão de hospitalização nesses pacientes (ALCÁZAR *et al.*, 2012). A tosse pode ser diária ou intermitente, e pode preceder a dispnéia ou aparecer simultaneamente a ela. O aparecimento da tosse no fumante é tão frequente que muitos pacientes não a percebem como sintomas de doença, considerando-a como o “pigarro do fumante”. A tosse produtiva ocorre em aproximadamente 50% dos fumantes (SBPT, 2004).

A hipoxemia está presente com frequência nos pacientes com DPOC, principalmente nos estágios avançados da doença, o que poderia estimular a produção de mediadores inflamatórios e participar do desenvolvimento das alterações nutricionais desses pacientes (DOURADO *et al.*, 2006). A saturação periférica de oxigênio (SpO_2) é um preditor de gravidade melhor que as variáveis de espirometria em pacientes com DPOC grave (ALCÁZAR *et al.*, 2012), e o desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, muitas vezes com necessidade de suporte ventilatório piora o prognóstico da doença, afetando a qualidade de vida dos mesmos (TEIXEIRA *et al.*, 2011). Estudos demonstram que oxigênio suplementar pode reduzir a hipertensão pulmonar, melhorar a função cognitiva, aumentar a tolerância ao exercício e reduzir a frequência de exacerbações (KENT; MITCHELL; MCNICHOLAS, 2001). A acidose respiratória na DPOC está associada a um pior prognóstico, e exames de gasometria ou aferição de SpO_2 são eficazes na avaliação da hipercapnia e hipoxemia nessa população (MCKEEVER *et al.*, 2016). A avaliação da pressão parcial de gás carbônico no sangue (PCO_2) na alta hospitalar é um bom preditor de sobrevivência (COSTELLO *et al.*, 1997), e um preditor independente de hospitalização por exacerbação aguda em pacientes com DPOC moderada a grave (KESSLER *et al.*, 1999).

A DPOC associa-se uma série de comorbidades como doença cardiovascular, disfunção musculoesquelética levando a intolerância ao exercício, síndrome metabólica, osteoporose, depressão e câncer de pulmão em diversos estágios da doença, influenciando na mortalidade e hospitalizações (GOLD, 2014). Quanto maior a gravidade da doença, maior a limitação dos pacientes (CARPES *et al.*, 2008).

A depressão está associada a DPOC como comorbidade mais comum, ocorrendo em 10 a 42% nessa população, sendo associada a baixa qualidade de vida, aumento da frequência das admissões hospitalares, tempo de internação prolongado, aumento do número de consultas e baixa adesão ao tratamento médico proposto (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2014). Os pacientes com hospitalização prévia apresentaram maior prevalência de transtornos depressivos e ansiedade quando comparados aos não hospitalizados (ALCÁZAR *et al.*, 2012).

A DPOC também tem um componente sistêmico que afeta o equilíbrio entre a nutrição, força muscular, cognição e estado emocional (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA 2010), e estes pacientes estão em alto risco de deficiência nutricional, especialmente nas exacerbações agudas, que estão associadas com uma diminuição da função respiratória, massa magra e força, e função imunológica, levando ao mau prognóstico (SNIDER *et al.*, 2015).

2.6 Fatores de risco

O tabagismo é um fator de risco para a DPOC, e está diretamente relacionado com a prevalência de DPOC, mas não somente, situações como fatores genéticos, idade, nível socioeconômico, exposição ao tabaco durante a gestação e exposição a agentes químicos também contribuem para o aparecimento da doença (GOLD, 2014)

Fatores de risco associados a internação por DPOC incluem função pulmonar, índice de massa corpórea, hipertensão pulmonar, estado de saúde e comorbidades; os associados à mortalidade são semelhantes: idade, função pulmonar, índice de massa corpórea, capacidade de praticar exercício e dispnéia (MCGHAN *et al.*, 2007).

O uso de corticoesteroides orais, oxigenoterapia a longo prazo, má qualidade de vida e falta de atividade física de rotina foram encontrados como fatores de risco para readmissão hospitalar (GOLD, 2014).

2.7 Tratamento da exarcebação por DPOC

Os objetivos do tratamento nas exacerbações da DPOC visam minimizar o impacto decorrente destas, e prevenir o desenvolvimento de

exacerbações subsequentes. Dependendo da gravidade de uma exacerbação a mesma pode ser gerida em regime ambulatorial ou hospitalar (GOLD, 2016).

O uso de broncodilatadores é recomendado como início da terapêutica na exacerbação aguda. A via inalatória é a preferida para administração dos broncodilatadores na DPOC por possibilitar rápido início de ação das drogas com uso de pequenas doses e por causar menos efeitos adversos. (SBPT, 2004).

O uso do corticóide na exacerbação da DPOC reduz as taxas de falha terapêutica e o tempo de permanência hospitalar, além de determinar melhora mais rápida do VEF₁ e da pressão parcial de oxigênio (PO₂) (SBPT, 2004). Terapia antibiótica deve ser administrada a pacientes com exacerbações da DPOC (GOLD, 2016)

A oxigenoterapia é um componente-chave do tratamento hospitalar de uma exacerbação na qual o oxigênio suplementar deve ser titulado para melhorar a hipoxemia do paciente com uma saturação alvo de 88-92%. Ventilação invasiva e não invasiva também são alternativas de tratamento em pacientes com exacerbação grave por DPOC (GOLD, 2016).

2.8 Readmissões: estratégias de prevenção das internações por DPOC

Pesquisadores que compõem a GOLD vêm uniformizando as condutas preventivas e terapêuticas para a DPOC (TEIXEIRA *et al.*, 2011), mostrando que existem dados clínicos suficientes para estabelecer o tempo ideal de hospitalização, e que, antes da alta hospitalar, os pacientes devem começar com o uso de broncodilatadores de ação prolongada ou beta-agonistas e anticolinérgicos com ou sem corticoesteroides inalados (GOLD, 2014).

Preparações farmacêuticas orais e inalatórias desempenham um papel importante na prevenção da exacerbação por DPOC, entretanto, a redução de exacerbações graves que requerem hospitalização com o uso apenas de farmacoterapia é limitada e o manejo não farmacológico tem, portanto, um papel importante no tratamento de pacientes tanto com a doença estável em risco de exacerbação e daqueles que estão em fase de recuperação imediata após uma exacerbação aguda (UTENS, 2013).

O acompanhamento posterior à alta é importante para prevenir a recorrência das exacerbações (RUBIO; CHACÓN; HERMOSA 2010) e esquemas alternativos como tratar esses pacientes em domicílio com auxílio de enfermeiros estão sendo desenvolvidos (UTENS, 2013). Visitas domiciliares por uma enfermeira da comunidade podem permitir alta precoce de pacientes hospitalizados sem aumentar as taxas de readmissão (GOLD, 2014).

Embora várias intervenções sejam apresentadas a fim de reduzir a reinternação, nenhuma foi testada especificamente em pacientes internados com exacerbações por DPOC, e nenhuma inclui intervenções para atender às necessidades específicas desta população de doentes (por exemplo, a titulação e educação sobre o uso do oxigênio, ensino sobre o uso do inalador e do suporte ventilatório não invasivo) (PRIETO-CENTURION *et al.*, 2014).

A iniciativa GOLD (GOLD, 2014) mostra que o acompanhamento para pacientes após a alta é o mesmo para a DPOC estável: supervisionar a cessação do tabagismo, monitorar a eficácia de cada medicamento e monitorar as mudanças nos parâmetros da espirometria, e para pacientes com hipoxemia durante a exacerbação, gasometria arterial e/ou oximetria de pulso devem ser avaliadas antes da alta hospitalar e durante os 3 meses seguintes.

Revisões sistemáticas em pacientes com DPOC têm estudado a educação e autogestão, atenção integral, gestão partilhada entre especialistas e médicos de atenção primária, cuidado com pacientes estáveis ou na fase aguda da exacerbação da doença, e concluem que os estudos sobre os cuidados na transição do ambiente hospitalar para casa estão focados em outras populações de pacientes, como cardíacos e portadores de diabetes mellitus (SHAH *et al.*, 2007; ADAMS *et al.*, 2007; WALTERS *et al.*, 2010; PRIETO-CENTURION *et al.*, 2014).

Estudos realizados com pacientes cardíacos (VANSUCH *et al.*, 2006; REGABULTO *et al.*, 2014) testam a aplicação de instruções oferecidas na alta hospitalar, evidenciando que pacientes com completo entendimento e maior nível de escolaridade tem menor propensão de readmissão hospitalar em 30

dias. Em pacientes psiquiátricos também foram estudados programas de gestão e recuperação da doença a fim de reduzir as reinternações, sendo observado que cada hora de programa foi associada com uma redução de 1,1% no risco de readmissões (BARTHOLOMEW; ZECHNER, 2014).

Uma meta análise a fim de avaliar a eficácia de intervenções clínicas gerais na prevenção de readmissões hospitalares, mostra que programas de gestão da doença reduzem significativamente reinternações em pacientes com insuficiência cardíaca, doença cardíaca coronariana e asma brônquica, mas não em pacientes com acidente vascular cerebral e em pacientes não selecionados com doenças crônicas, mostrando também que, intervenções intra-hospitalares, como planejamento de alta, consultas farmacológicas, atendimento multidisciplinar e intervenções comunitárias em pacientes com DPOC tiveram um efeito inconsistente na redução de readmissões hospitalares (BENBASSAT; TARAGIN, 2013).

Um corpo crescente de literatura afirma que médicos com acesso a ferramentas de apoio e decisão clínica automatizados, podem melhorar a qualidade do cuidado e segurança do paciente, e a gestão na internação resultando na redução de complicações, mortalidade e custos (PARIKH; SHAH; TANDON, 2016).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a informação fornecida ao paciente com DPOC sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar

Objetivo Específico

Traduzir o *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD

Construir um documento que possibilite a checagem dos itens de alta hospitalar proposta pela GOLD

Testar a confiabilidade e responsividade do documento que possibilite a checagem dos itens de alta hospitalar proposta pela GOLD

Comparar o nível de esclarecimento de pacientes de hospitais com residência médica em pneumologia e sem residência em pneumologia.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional analítico transversal.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em três hospitais terciários da cidade de Goiânia: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (HGG) e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG), escolhidos por oferecem serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, focados no ensino e pesquisa.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é uma instituição de ensino na área de saúde com objetivos de assistência, ensino, pesquisa e extensão. Está situado na 1ª avenida, s/n – Setor Leste Universitário, Goiânia Goiás.

O Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi é classificado pelo Ministério da Saúde como hospital de referência nível VIII, certificado como hospital de ensino e oferece atendimento parcial em nível terciário para prestação de serviços de médias e altas complexidades. Está situado na Av. Anhanguera n 6.479, Setor Oeste, Goiânia Goiás.

A Santa Casa de Misericórdia de Goiânia é uma instituição filantrópica de serviços à saúde que colabora com o fomento à pesquisa e ensino. Está situada na Rua Campinas n. 1135, Santo Americano do Brasil, Goiânia Goiás.

4.3 Período do Estudo

A pesquisa foi realizada após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, sob número 1.049.091 (HC-UFG); 1.123.580 (SCMG); 1.109.145 (HGG) (Anexo B), iniciando em 06 de julho de 2015 e finalizando em 04 de novembro do mesmo ano. Todas as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram atendidas.

4.4 Desenho do Estudo

A primeira etapa do estudo consistiu na tradução e adaptação da versão original do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD (GOLD, 2014) (Anexo A) para a Língua Portuguesa falada no Brasil, após consentimento dos criadores da versão original (Apêndice A), seguindo metodologias utilizadas em outros estudos (CARPES *et al.*, 2008; ROXO *et al.*, 2010). O *checklist* foi traduzido para a Língua Portuguesa por dois médicos pneumologistas com experiência em tradução e conhecimento do estudo. Em seguida foi realizada a tradução retrógrada dessa versão em Português por tradutor com proficiência nas duas línguas que não tinha conhecimento do estudo. Foram realizados os ajustes necessários assegurando equivalência semântica, idiomática, culturais e conceituais do *checklist* (Quadro 1), e posteriormente confeccionado um documento para avaliação desses itens (Quadro 2). Em seguida, o documento criado para avaliar os itens do *checklist* foi aplicado em 10 pacientes por duas pesquisadoras, individualmente, a fim de avaliar a confiabilidade e responsividade do mesmo. Foi confeccionado ainda uma ficha para avaliação do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa com perguntas referentes a: idade, sexo, local de internação, existência de internação prévia em UTI (apêndice B).

Quadro 1: Lista dos 7 itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar, traduzida das diretrizes da GOLD.

Garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio
Reavaliação da técnica inalatória
Educação em relação ao papel da terapia de manutenção
Instrução em relação a conclusão da terapia com corticóide e antibiótico, se prescritos
Avaliar a necessidade de oxigenoterapia a longo prazo
Garantir visita de seguimento em 4-6 semanas
Fornecer plano de manejo para comorbidades e seu seguimento

Quadro 2: Documento de coleta de dados utilizado para padronizar a aferição do conhecimento dos itens da lista GOLD de alta hospitalar para portadores de DPOC.

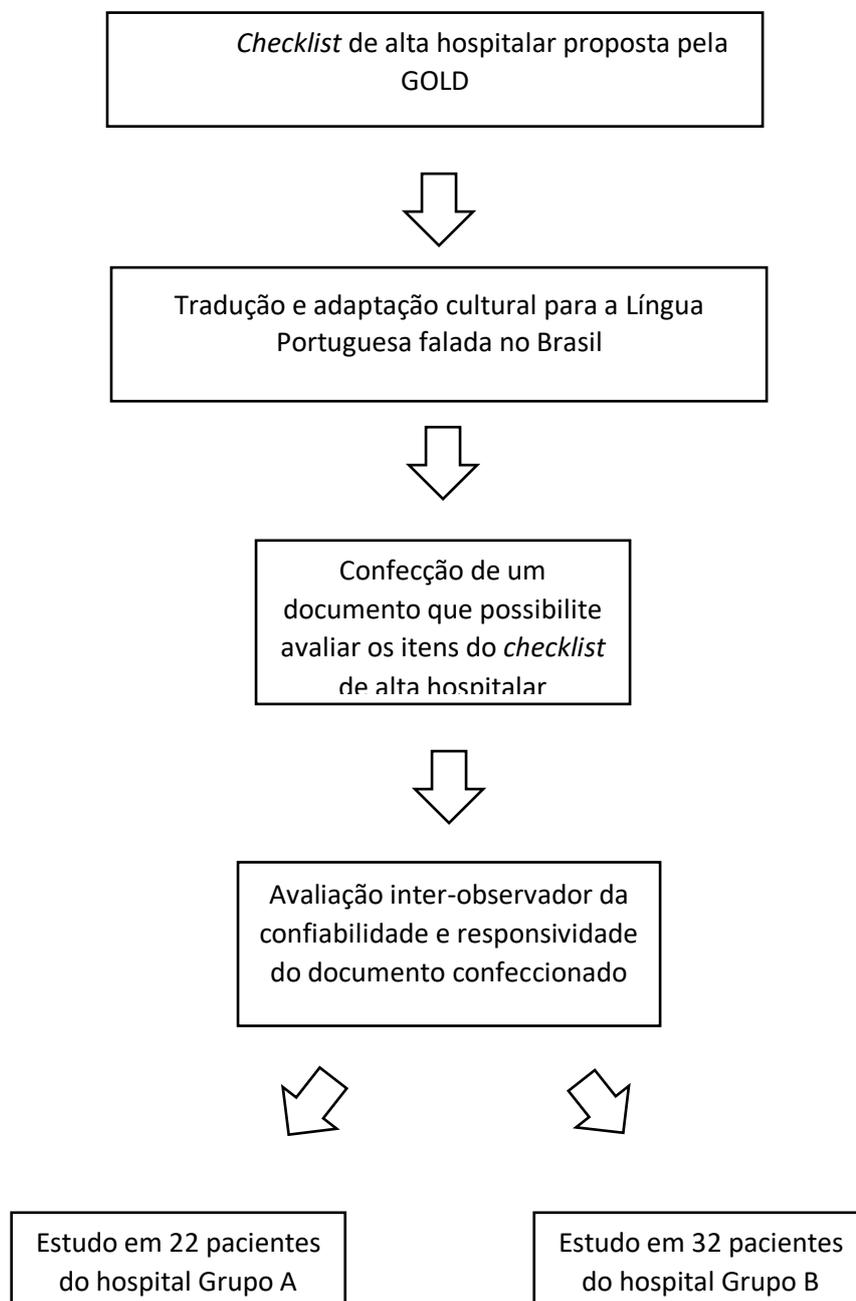
Itens	Descrição	SIM	NAO
1	<p>Avaliar no prontuário ou através da receita médica fornecida ao paciente se foram prescritas as medicações habituais para DPOC</p> <p><i>SIM: utilização de pelo menos uma das seguintes medicações inalatórias: Beta-2 agonista de curta duração, Beta-2 agonista de longa duração isolado ou em associação com corticosteroide, anticolinérgico de longa ação isolado ou em associação com as medicações anteriores.</i></p> <p><i>NÃO: nenhuma das medicações acima</i></p>		
2	<p>Avaliar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se foram realizados exames de gasometria arterial e aferição de SpO₂</p> <p><i>SIM: avaliação de um ou ambos os itens</i></p> <p><i>NÃO: não havia informação de nenhum dos itens acima</i></p>		
3	<p>Analisar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se houve proposta de conduta terapêutica e seguimento para comorbidades</p> <p><i>SIM: havia descrição no prontuário ou encaminhamento para seguimento das comorbidades.</i></p> <p><i>NÃO: não havia recomendação para avaliação de comorbidades</i></p>		
4	<p>Perguntar ao paciente se houve reavaliação da técnica inalatória pela equipe assistente</p> <p><i>SIM: alguém da equipe de saúde demonstrou como usar a medicação inalatória?</i></p> <p><i>NÃO: ninguém fez qualquer abordagem sobre a medicação inalatória</i></p>		
5	<p>Perguntar ao paciente se ele foi informado da importância da manutenção do tratamento médico proposto</p> <p><i>SIM: recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i></p>		

	<i>NÃO: não recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i>		
6	Houve informação referente ao tempo de uso da medicação corticoide e do antibiótico, se prescritos <i>SIM: estava escrito na receita da alta hospitalar ou dito claramente ao paciente que o antibiótico e corticosteroide quando prescritos havia tempo determinado para o uso</i> <i>NÃO: não recebeu a informação acima</i>		
7	Perguntar ao paciente se ele possui agendamento de consulta com o médico assistente ou pneumologista após a alta <i>SIM: havia marcação definida de consulta de retorno</i> <i>NÃO: não havia marcação definida de consulta de retorno</i>		

Na segunda etapa do estudo foi aplicado o documento com sete perguntas a fim de avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar, realizada somente por uma pesquisadora (LAM). O documento para avaliação do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD (GOLD, 2014) é composto por 7 itens, sendo 3 avaliados através da análise do prontuário ou diretamente com o médico assistente e 4 preenchidos através de perguntas diretas ao paciente. Os itens obtidos através de análise de prontuário ou diretamente com o médico assistente (Item 1, 2 e 3) tratam respectivamente da manutenção efetiva de regime farmacológico domiciliar com prescrição de medicação habitual para DPOC, avaliação da necessidade de oxigenoterapia domiciliar através da análise de SpO₂ e gasometria arterial, e planejamento de conduta e seguimento de comorbidades. Os itens direcionados ao paciente (Item 4, 5, 6 e 7) são respectivamente relacionados à técnica inalatória, importância da manutenção do tratamento médico proposto, informação sobre tempo de uso da medicação corticóide ou antibiótica quando prescritos, e proposta de seguimento com médico pneumologista.

Foi realizado contato com os médicos assistentes das instituições para informação sobre as possíveis previsões de alta hospitalar e inclusão dos participantes, além disso, havia uma visita diária nos hospitais na busca de pacientes com DPOC em programação de alta. Os médicos assistentes não foram informados sobre o objetivo da pesquisa. Os hospitais foram divididos em grupos, Grupo A os hospitais com residência médica em pneumologia e Grupo B hospitais sem residência médica em pneumologia (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do estudo



Foi considerado como critério de inclusão pacientes internados com diagnóstico de DPOC, com idade superior a 40 anos, que estivessem em processo de alta hospitalar, e inelegíveis os pacientes com comprometimento neurológico que impossibilitasse a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e a resposta às perguntas da entrevista.

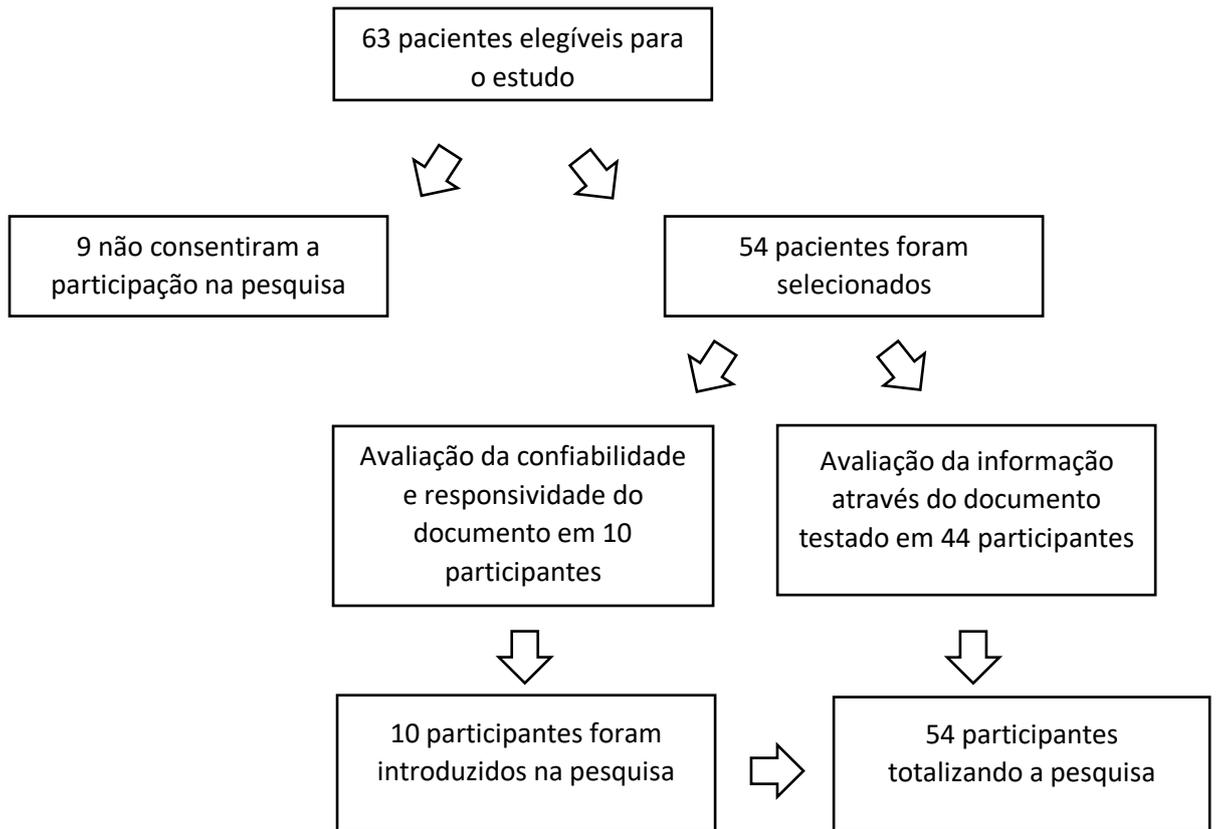
4.5 Casuística

Os pacientes foram selecionados de forma consecutiva, podendo ser de ambos os sexos, cor/etnia, classe social, religião, estado civil, orientação sexual. Todos os participantes assinaram o TCLE. A amostra foi calculada a partir da população internada por DPOC no Brasil no ano de 2014 (DATASUS, 2015). O cálculo da amostra foi realizado com intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 10%. A amostra calculada foi de 50 sujeitos. A equação utilizada para cálculo amostral, segue estudo utilizado por (LUIZ; MAGNANINI, 2000), para populações finitas onde n – amostra calculada; N – população; Z – variável normal padronizada associada ao nível de confiança; P – verdadeira probabilidade do evento e e^2 erro amostra.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Foram elegíveis para o estudo 63 pacientes. Nove pacientes não consentiram participar da pesquisa. Na investigação da responsividade e confiabilidade do documento criado para avaliar o *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD o mesmo foi aplicado em 10 participantes por duas pesquisadoras devidamente treinadas para a pesquisa. Após verificada a responsividade e confiabilidade do documento, este foi então aplicado em 44 participantes para avaliar a informação oferecida ao paciente com DPOC sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar (Figura 2).

Figura 2: Desenho dos participantes do estudo



4.6 Análise dos dados

Os dados foram registrados em planilha eletrônica Microsoft *Excel*, criando um banco único de dados. As análises foram realizadas com pacote estatístico SPSS®, versão 23. Foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todas as versões. Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis numéricas (normalidade). A caracterização do perfil sociodemográfico e das respostas do documento foram realizadas por meio da apresentação das frequências absolutas e relativas. Para avaliação das variáveis qualitativas utilizou-se o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher quando indicado. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se teste t para comparação das médias. O teste de confiabilidade do documento foi calculado através do coeficiente *Kappa*. Os valores de *Kappa* relacionados com o grau de concordância podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Valores de coeficiente *Kappa*.

Valores de <i>Kappa</i>	Grau de concordância
< 0,00	Não há concordância
0.00 – 0.20	Concordância leve
0.21 – 0.40	Concordância justa
0.41 – 0.60	Concordância moderada
0.61 – 0.80	Concordância substancial
0.81 – 1.00	Concordância quase perfeita

Fonte: Adaptado de LANDIS; KOCH (1977)

Os documentos utilizados para o teste de responsividade também foram incorporados à amostra posteriormente.

5 RESULTADOS

Foram considerados elegíveis 63 pacientes, dos quais 9 se recusaram a assinar o TCLE, totalizando 54 participantes. A amostra apresenta predominância do sexo masculino, com 28 indivíduos (51,9%). A idade variou entre 48 e 91 anos com média de $66,6 \pm 11,4$ anos. Oito participantes (14,8%) relataram internação em UTI durante a internação atual. Informações referentes a escolaridade, número de internações prévias por descompensação da DPOC e presença de reinternação foram obtidas através de contato telefônico. Foram encontrados 18 sujeitos no hospital grupo A e 15 sujeitos no hospital grupo B. No hospital com residência médica em pneumologia (RMP), 14 (61,9%) eram do sexo masculino, com idade média $63,5 \pm 12$, seis (33,3%) participantes eram analfabetos, 5 (19%) relataram internação prévia em UTI, 5 (27,8%) apresentaram ter até 4 internações prévias decorrentes de descompensação por DPOC e 10 (55,6%) não souberam informar. Oito (44,4%) relataram reinternação por descompensação da DPOC. No hospital sem RMP, 11 (34,4%) eram do sexo masculino, com idade média $68,7 \pm 8,6$. Dois (15,3%) participantes eram analfabetos, 3 (9,4%) relataram internação prévia em UTI, 3 (30%) apresentaram ter até 4 internações prévias decorrentes de descompensação por DPOC e 10 (66,7%) não souberam informar. Seis (40%) participantes relataram reinternação por descompensação da DPOC (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil sociodemográfico da população do estudo em Goiânia, Goiás, Brasil (2015) (n=54).

	Total n=54	Hospital com RMP n=22	Hospital sem RMP n=32	p
Idade, anos	66,6 ± 11,4	63,5 ± 12,0	68,7 ± 8,6	0,09
Sexo masculino n(%)	25 (46,2)	14 (61,9)	11 (34,4)	0,06
Escolaridade				
Analfabeto	8 (24,2)	6 (33,3)	2 (15,3)	0,17
EFI	25 (75,8)	12 (66,7)	13 (86,7)	
Internação prévia em UTI n(%)	8 (14,8)	5 (19,0)	3 (9,4)	0,08
Internações prévias n(%)				
Ate 4	8 (24,2)	5 (27,8)	3 (30,0)	
5 a 8	5 (15,2)	3 (16,7)	2 (13,3)	0,80
NI	20 (60,6)	10 (55,6)	10 (66,7)	
Reinternação	14 (42,4)	8 (44,4)	6 (40,0)	0,79

Os dados estão apresentados como média±DP e n(%). RMP – Residência médica em pneumologia. UTI – Unidade de terapia intensiva. Hospital A: hospital com residência médica em pneumologia. Hospital B: hospital sem residência médica em pneumologia. NI: Não informaram. EFI: Ensino fundamental incompleto.

Sobre os itens do *checklist* de alta hospitalar avaliados em prontuários ou diretamente com médico assistente, 11 participantes (20,4%) não tiveram garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio (item 1). Na avaliação da oxigenoterapia a longo prazo através da SpO₂ e gasometria arterial (item 2), 2 participantes (3,7%) não foram avaliados. Para o item 3 referente ao plano de manejo de comorbidades e seu seguimento, 38 (70,4%) participantes não foram informados dessa questão.

Na investigação dos itens avaliados diretamente com o paciente, 39 (72,2%) participantes reproduziram a técnica inalatória corretamente (item 4), enquanto 12 (22,2%), relataram ainda não fazer uso de qualquer medicação inalatória. No item 5, referente a educação em relação a terapia de manutenção, 48 (88,9%) participantes foram devidamente orientados. Trinta (55,6%) pacientes sinalizam não receber instruções referentes ao término da

terapia antibiótica e corticóide, quando prescritas (item 6). No momento da alta hospitalar foi identificado que 24 (44,4%) participantes não tiveram garantidos visita de seguimento com médico especialista (item 7) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos itens do *checklist* de alta hospitalar nos hospitais com RMP e sem SMP em Goiânia, Goiás, Brasil, 2015 (n=54).

Item		n (%)
Item 1		
Prescrição de medicação habitual para DPOC	Sim	43 (79,6)
	Não	11 (20,4)
Item 2		
Avaliação através de gasometria e SpO ₂	Sim	52 (96,3)
	Não	2 (3,7)
Item 3		
Plano de manejo para comorbidades	Sim	16 (29,6)
	Não	38 (70,4)
Item 4		
Reavaliação da técnica inalatória	Sim	39 (72,2)
	Não	4 (7,4)
	Não usa	12 (22,2)
Item 5		
Informação em relação a terapia de manutenção	Sim	48 (88,9)
	Não	6 (11,1)
Item 6		
Instruções referentes ao término da terapia corticóide ou antibiótica	Sim	24 (44,4)
	Não	30 (55,6)
Item 7		
Plano de seguimento com médico especialista	Sim	30 (55,6)
	Não	24 (44,4)

RMP – Residência médica em pneumologia.

Quando comparamos as informações entre os pacientes provenientes de hospitais com RMP e sem RMP, referentes ao sexo, idade, internação prévia em UTI, escolaridade, número de internações prévias por

descompensação da DPOC, reinternação por descompensação da DPOC, não observamos diferença estatística entre os mesmos. A comparação entre os itens do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD entre os pacientes de hospitais com RMP e sem RMP apresentou diferença estatística significativa para os itens referentes a garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio (item 1), reavaliação da técnica inalatória (item 4) e garantia de seguimento com médico especialista (item 7) (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação dos itens do *checklist* entre hospitais com RMP e sem RMP em Goiânia, Goiás, Brasil, 2015 (n=54).

Itens	Grupos de hospitais	Não n (%)	Sim n (%)	Não faz uso n (%)	<i>p</i>
Item 1					
Prescrição de medicação habitual para DPOC	Com RMP	-	22 (100)		0,001*
	Sem SMP	11 (34,4)	21 (65,6)		
Item 2					
Avaliação através de gasometria e SpO ₂	Com RMP	-	22 (100)		0,26
	Sem SMP	3 (9,4)	29 (90,6)		
Item 3					
Plano de manejo para comorbidades	Com RMP	10 (45,5)	12 (54,5)		0,21
	Sem SMP	20 (65,5)	12 (37,5)		
Item 4					
Reavaliação da técnica inalatória	Com RMP	1 (4,5)	20 (90,9)	1 (4,5)	<0,001*
	Sem SMP	3 (9,4)	18 (56,3)	11 (34,4)	
Item 5					
Informação em relação a terapia de manutenção	Com RMP	3 (13,6)	19 (86,4)		0,67
	Sem SMP	3 (9,4)	29 (90,6)		
Item 6					
Instruções referentes ao término da terapia corticóide ou antibiótica	Com RMP	15 (68,2)	7 (31,8)		0,26
	Sem SMP	17 (53,1)	15 (46,9)		
Item 7					
Plano de seguimento com médico especialista	Com RMP	2 (9,1)	20 (90,9)		<0,001*
	Sem SMP	22 (68,8)	10 (31,3)		

RMP – Residência médica em pneumologia. Item 4 – Não usa: referente a pacientes que não usavam medicação inalatória. *Diferença estatisticamente significativa. Os itens 1,2,4,5 e 7 foram calculados com Exato de Fisher. Itens 3 e 6 Qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

Em nosso estudo a maior frequência de participantes foi do sexo masculino e destes 8 apresentaram internação prévia em UTI, corroborando com o estudo de (PARIKH; SHAH; TANDON, 2016). Estudos têm identificado fatores preditivos de readmissão hospitalar em doentes com DPOC, como idade e história anterior de internação por agudização da doença (GUDMUNDSSON *et al.*, 2005; GUDMUNDSSON *et al.*, 2006). No estudo de Carneiro *et al.*(2010) não houve relação de risco para reinternação de pacientes com DPOC entre as variáveis de sexo, classe social e número de agudizações. Nossos achados não mostraram diferença no perfil sociodemográfico entre os grupos de hospitais, estabelecendo homogeneidade entre os mesmos.

A DPOC cursa frequentemente com comorbidades, e dentre as mais comuns estão as doenças cardíacas, pulmonares e metabólicas que influenciam significativamente seu prognóstico (MCKEEVER *et al.*, 2016). Observamos que somente 16% dos sujeitos pesquisados tiveram plano para manejo de comorbidades, de acordo com os achados de outros estudos (JHA; ORAV; EPSTEIN, 2009 e JENCKS; WILLIAMS; COLEMAN, 2009), isso pode impactar de forma negativa no tratamento destes sujeitos, pois pacientes internados com DPOC apresentam duas vezes mais comorbidades, piorando os desfechos comparados às internações de pacientes sem DPOC (BATY *et al.*, 2013).

Em nosso estudo 79,6% dos pacientes tiveram no momento da alta hospitalar receituário com medicação habitual proposta para DPOC, e 20,4% não tiveram adequada prescrição, podendo levar a incoerência no tratamento.

A oxigenoterapia a longo prazo tem se mostrado eficaz para reduzir complicações em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica grave (KENT; MITCHELL; MCNICHOLAS, 2011), e para isso exames de gasometria arterial e aferição de SpO₂ se tornam métodos eficazes de avaliação da hipercapnia e hipoxemia nos pacientes com exacerbação por DPOC

(MCKEEVER *et al.*, 2016). Encontramos avaliação desses itens em 96,3% dos pacientes do nosso estudo, corroborando com Hernandez *et al.*(2015), mostrando que 47% dos sujeitos da pesquisa tiveram adequação da prescrição de oxigenoterapia de longo prazo de acordo com avaliação gasométrica, sugerindo uma potencial melhora dos resultados e inferir de maneira positiva na condução desses pacientes, Entretanto o estudo de (TURNER *et al.*, 2014) não encontrou diferenças na admissão, frequência ou tempo de internação antes, durante ou após a prescrição de oxigênio.

O tratamento da DPOC depende em larga medida da utilização de medicação inalatória que, quando usado rotineiramente com a técnica adequada têm melhorado ou estabilizado a função pulmonar reduzindo hospitalizações (BLEE *et al.*, 2015). No estudo de Souza *et al.*(2009), 70% dos pacientes com DPOC responderam que o médico nunca os havia visto utilizando a medicação inalatória. Nossos achados mostram que 72,2% dos sujeitos realizaram a técnica inalatória correta, dados importantes que podem impactar na evolução após a alta hospitalar desses pacientes, este resultado está de acordo com o estudo realizado no Texas (BLEE *et al.*, 2015) que mostrou redução de 8,7% e 23% na taxa de readmissão hospitalar no prazo de 30 e 60 dias respectivamente após a alta hospitalar, observada por meio da implementação de aconselhamento sobre medicação inalatória dispensada aos pacientes com DPOC.

Estudos de Coleman *et al.*(2013) Gil *et al.*(2013) e Blee *et al.*(2015), demonstraram que os pacientes muitas vezes são incapazes de recordar seus diagnósticos no momento da alta, plano de tratamento ou articular como eles devem usar seus medicamentos, ocasionando variações nas taxas de readmissão e problemas na transição de cuidado hospitalar para o setor de atendimento ambulatorial (JHA; ORAV; EPSTEIN, 2009). Falha na entrega da instrução adequada referente a conclusão da terapia antibiótica ou corticóide quando prescritos e também na educação em relação ao papel da terapia de manutenção foi encontrada em nossos achados, colocando em risco o bom gerenciamento da doença.

Entre os fatores que predispõe a um maior índice de readmissões, está a falta de encaminhamento a médicos pneumologistas após a alta hospitalar

em pacientes portadores de DPOC. O estudo de Gavish *et al.*(2015) mostrou que 58,9% pacientes não compareceram a consulta de acompanhamento com pneumologista no prazo de 30 dias após a alta, associando com um aumento de risco significativo de reinternação no prazo de 90 dias da alta. Em nosso estudo, 55,6% sujeitos tiveram garantido seguimento com especialistas, um dado que ainda precisa ser melhorado diante da relevância estabelecida. O estudo de Parikh, Shah e Tandon (2016) a fim de avaliar as implicações da instalação de um *bundle* (pacote de cuidados baseados em evidências) para pacientes com exacerbação por DPOC, mostrou que 59,1% de sua amostra retornou ao ambulatório com médico pneumologista após ter sido orientado na alta hospitalar, todos foram orientados quanto a correta técnica inalatória, e houve redução em 49,95 horas no tempo de internação dos pacientes estudados em comparação ao grupo controle.

Um paciente participativo no momento da alta hospitalar, tem um impacto positivo sobre a criação de cuidado seguro, o que aumenta a satisfação do paciente, reduz o risco de readmissão e fortalece seu papel dentro da organização, sendo assim, planejamento da alta visa garantir uma continuidade do cuidado e identificar possíveis necessidades de assistência social envolvendo os pacientes, cuidadores e a família (BANGSBO; DUNÉR; LIDÉN 2014).

Estudos indicaram problemas como comunicação abaixo do ideal, déficit nas instruções de alta, incapacidade de conciliar prontuários hospitalares e ambulatoriais, e falha para providenciar atendimento ambulatorial adequado observados na transição de cuidado hospitalar para o setor de atendimento ambulatorial (FISHER *et al.*,1994; JHA *et al.*, 2009; JENCKS; WILLIAMS; COLEMAN, 2009), o que também foi encontrado em nosso estudo, pois 55,6% sujeitos referiram não ter recebido informação adequada sobre medicação antibiótica ou corticóide quando estes eram prescritos e somente 29,6% sujeitos tiveram proposta para seguimento do tratamento de comorbidades. Apesar de uma maioria da amostra relatar ter recebido informação sobre a importância da manutenção do tratamento médico proposto e serem encaminhados a médicos pneumologistas para seguimento ambulatorial, ainda existe uma pequena parcela desses

participantes que não possuem informação adequada o bastante para manter o gerenciamento da sua doença.

Em seu trabalho Koehler *et al.*(2009) mostra que a readmissão hospitalar 30 dias após a alta e taxas de estadia foram reduzidas com o uso de um conjunto de cuidados como: instrução das condições específicas de saúde, planos de contingência caso surgisse problemas, visitas focadas na informação medicamentosa e educação sobre qualquer nova medicação iniciada no hospital. No entanto, até a presente data, não há nenhuma evidência conclusiva de que qualquer estratégia única reduz eficazmente sozinha a readmissão em 30 dias após a alta, sendo que cada paciente deixa o hospital para um diferente sistema social com múltiplas variáveis que devem ser consideradas no planejamento de sua alta (KASHIWAGI *et al.*, 2015).

Não observamos diferença estatística quando comparamos as instruções entre sexo e idade, porém, quando comparamos as informações oferecidas por grupos de hospitais, observamos que os hospitais com residência em pneumologia apresentaram melhores índices, especialmente, nos itens referentes a garantia de tratamento farmacológico efetivo de manutenção em domicílio, reavaliação da técnica inalatória e garantia de visita de seguimento com especialista. Este achado sugere implementação de educação para equipe assistente, condizendo com o estudo de Njeim *et al.*(2012) que demonstra que estas medidas podem identificar razões evitáveis para readmissão hospitalar e aumentar a percepção dos mesmos para estar ativamente envolvidos na redução destas.

Estudos avaliando a eficácia de programas de gestão e recuperação da doença envolvendo pacientes cardíacos e psiquiátricos (VANSUCH *et al.*, 2006; REGALBUTO *et al.*, 2014; BARTHOLOMEW; ZECHNER, 2014) mostram que sujeitos com completo entendimento e maior nível de escolaridade tem menor propensão de readmissão hospitalar.

Pesquisas que avaliam a eficácia de protocolos e intervenções envolvendo pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar ainda são escassas e pouco conclusivas quando comparados com outras doenças como a insuficiência cardíaca. Porém, podemos observar que protocolos bem

definidos e uma equipe bem treinada é fundamental para preparar e tornar o paciente apto para gerir sua própria doença. Em nosso estudo não avaliamos a associação entre a informação e readmissão hospitalar, porém é possível observar que a proporção de pacientes com informação adequada a respeito da sua doença e tratamento ainda é baixa e necessita ser melhor trabalhada por equipe multidisciplinar.

7 CONCLUSÃO

Pacientes internados por DPOC não receberam informação adequada no momento da alta hospitalar.

O documento para avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD se mostrou responsivo e confiável para pacientes com DPOC, sendo de fácil acesso, rápida aplicação, fácil entendimento e baixo custo.

Pacientes internados em hospitais sem residência médica em pneumologia apresentaram um pior índice de informação quando comparados aos pacientes internados em hospitais sem residência médica em pneumologia.

8 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – Avaliação padronizada de pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar

Autores: Letícia de Araújo Morais, Marcus Barreto Conde, Marcelo Fouad Rabahi

Revista: Revista de Educação em Saúde – RESU

8.1 Artigo: Avaliação padronizada de pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar

Standardized assessment of COPD patients at the time of hospital discharge

Letícia de Araújo Moraes, Marcus Barreto Conde, Marcelo Fouad Rabahi

Letícia de Araújo Moraes: Mestranda em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Brasil.

Marcus Barreto Conde: Doutor em Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

Marcelo Fouad Rabahi: Doutor em Clínica Médica – Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Brasil.

Local de realização do estudo: Universidade Federal de Goiás.

Endereço para correspondência: Rua 408, Qd. A Lt.8/16 Ap. 503, Torre 1. Condomínio Portal das Flores, Negrão de Lima, Goiânia – Goiás. CEP: 74650-400.

Telefone: (62) 99265-2572

E-mail: leticiadearaujo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Traduzir, adaptar culturalmente o *checklist* de alta hospitalar proposto pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) e elaborar um formulário que possibilite a avaliação padronizada de itens importantes na alta hospitalar de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Métodos:** Estudo metodológico realizado em pacientes que estivessem no momento da alta hospitalar após descompensação pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em três hospitais da cidade de Goiânia. Foi realizado a tradução e adaptação cultural do *checklist* proposto pela GOLD, contendo sete itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar por dois médicos pneumologistas, seguida de retradução do mesmo por um profissional da língua inglesa e então criada uma versão final em Português. Para avaliar a reprodutibilidade e responsividade do documento criado, o mesmo foi aplicado em dez pacientes por duas pesquisadoras. Foi utilizado o coeficiente *kappa* para análise estatística de confiabilidade. **Resultados:** Após a tradução e adaptação cultural do *checklist* de alta hospitalar proposto pela GOLD, foi elaborado um formulário padronizado para aferição de todos os sete itens contidos no *checklist*. O coeficiente *kappa* foi igual a 1 para todos os sete itens do documento. **Conclusão:** O formulário padronizado para avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposto pela GOLD se mostrou reprodutível, confiável, e de rápida aplicação, podendo ser utilizado por equipe multidisciplinar no momento da alta em pacientes hospitalizados por DPOC, permitindo assim, uma verificação padronizada de itens fundamentais para o melhor manejo desses pacientes.

Descritores: DPOC; Alta hospitalar; Formulário padronizado; *Checklist*

ABSTRACT

Objective: To translate, culturally adapt the discharge checklist proposed by the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) and develop a form that allows a standardized assessment of important items at hospital discharge of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Methods: Methodological study conducted in patients who were at the time of hospital discharge after decompensation by Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in three hospitals in the city of Goiania. It conducted the translation and cultural adaptation of the checklist proposed by GOLD, containing seven items to be evaluated at the time of hospital discharge for two pulmonologists, then the retranslation of the same by a professional English language and then created a final version in Portuguese. To assess the reliability and responsiveness of the document created, it has been implemented in ten patients by two researchers. The kappa coefficient for statistical analysis of reliability was used. **Results:** After the translation and cultural adaptation of the discharge checklist proposed by GOLD, was prepared a standardized form for measuring all seven items in the checklist. The kappa coefficient is equal to 1 for all seven items of the document.

Conclusion: The standardized form to assess the items of the discharge checklist proposed by the GOLD proved reproducible, reliable, and fast application and can be used by a multidisciplinary team at discharge in patients hospitalized for COPD, thus allowing a standard verification fundamental items for the best management of these patients.

Keywords: COPD; Hospital discharge; Standardized form; Check list

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, o contexto como doença sistêmica e a epidemia da multimorbidade tem aumentado a complexidade do manejo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Os episódios de exacerbação tem sido um ponto crucial, pois acarreta piora na qualidade de vida, deterioração na função pulmonar, aumento da mortalidade e um substancial aumento nos custos financeiros relacionados à DPOC⁽¹⁾, muitos desses atributos estão atrelados ao aumento da internação desses pacientes, sinalizando para um especial interesse em compreender os fatores associados e que pudessem reduzir o número de exacerbações, principalmente àquelas que levam a hospitalizações⁽²⁾.

Nesse sentido a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) descreveu recomendações para gestão da DPOC baseada nas melhores informações científicas disponíveis e propôs um *checklist* contendo sete itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar com objetivo de assegurar que o portador da DPOC tenha entendimento, domínio das instruções e cuidados de saúde necessários para seu tratamento após a alta hospitalar⁽³⁾.

Não temos no Brasil, nenhum documento com a finalidade de avaliar a informação fornecida no momento da alta hospitalar. Este trabalho tem por objetivo a tradução, adaptação cultural do *checklist* da GOLD e a elaboração de um formulário que possibilite a checagem de itens importantes na alta hospitalar.

MÉTODOS

Estudo metodológico de tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil dos itens da lista do *checklist* de alta hospitalar da GOLD para pacientes com DPOC em processo de alta hospitalar, seguida da elaboração de um formulário que possibilite a verificação dos mesmos, realizado no Hospital das Clínicas da UFG (HC-UFG), Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (HGG) e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de protocolo: 1.049.091.

A tradução e adaptação cultural seguiram pressupostos utilizados em outros estudos já publicados^(4,5). O *checklist* de alta hospitalar proposta pela

GOLD é composto por sete itens, referentes respectivamente a: manutenção efetiva de regime farmacológico domiciliar com prescrição de medicação habitual para DPOC, reavaliação da técnica inalatória, importância da manutenção do tratamento médico proposto, informação sobre tempo de uso da medicação corticoide ou antibiótica quando prescritos, avaliação da necessidade de oxigenoterapia domiciliar através da análise de saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e gasometria arterial, proposta de seguimento com médico pneumologista e planejamento de conduta e seguimento de comorbidades (quadro 1).

Quadro 1: *Checklist of Items To Assess at Time of Discharge from Hospital em sua versão original no documento da GOLD.*

1. Assurance of effective home maintenance pharmacotherapy regimen
2. Reassessment of inhaler technique
3. Education regarding role of maintenance regimen
4. Instruction regarding completion of steroid therapy and antibiotics, if prescribed
5. Assess need for long-term oxygen therapy
6. Assure follow-up visit in 4-6 weeks
7. Provide a management plan for cormobidities and their follow-up

Antes do início da pesquisa foi realizado contato com os criadores da versão original do *checklist*, tendo sido obtido a autorização da tradução. A etapa para tradução e adaptação cultural foi composta por:

- 1) Tradução da versão original do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD por dois médicos pneumologistas nativos da língua portuguesa, cientes do objetivo da pesquisa e com conhecimento científico e técnico em tradução.
- 2) Revisão e harmonização da versão traduzida: Análise e comparação das duas versões traduzidas, item a item. Verificando semelhança entre as versões, criou-se uma única versão em português chamada de versão 1.

3) Retradução: Nesta etapa, foi realizada a retradução da versão 1 para a língua inglesa. Um tradutor, professor da língua inglesa, com experiência em tradução e sem conhecimento do objetivo da pesquisa foi selecionado para realizar a retradução. O mesmo não teve conhecimento da versão original do *checklist*.

4) Revisão e harmonização da retradução: Feita comparação da versão original com a versão retraduzida. Não identificando erros de tradução, utilizou-se a versão 1 em língua portuguesa.

Em seguida foi realizado a criação de um formulário padronizado que possibilitasse a verificação do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD.

1) Verificação da reprodutibilidade e responsividade do formulário elaborado através da aplicação deste por duas pesquisadoras (pesquisadora principal e uma estagiária de fisioterapia devidamente treinada para a pesquisa). O mesmo paciente foi abordado por essas duas pesquisadoras em momentos diferentes, e uma pesquisadora não tinha acesso às respostas que a outra coletou até o fim da pesquisa.

2) Reconciliação e elaboração da versão final: O objetivo desta etapa foi produzir a versão final do formulário padronizado. Um comitê revisor, composto por três pneumologistas e uma fisioterapeuta especialista na área respiratória se reuniram para produção da versão final do processo de criação do formulário padronizado de alta hospitalar.

3) Aplicação do formulário padronizado em pacientes com os seguintes critérios de inclusão: internados com diagnóstico de DPOC descompensado com idade superior a 40 anos e sem comprometimento cognitivo que o impossibilitasse a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a compreensão dos itens do documento.

A análise de dados foi realizada com pacote estatístico SPSS® versão 23. Um único banco de dados foi criado em planilha eletrônica Microsoft Excel. A avaliação da confiabilidade e responsividade foi feita através do coeficiente *Kappa*.

RESULTADOS

A tradução e adaptação cultural do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD manteve as semelhanças semânticas e idiomáticas da versão original, observada no quadro 2.

Quadro 2: Lista dos 7 itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar, traduzido das diretrizes da GOLD.

1. Garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio
2. Reavaliação da técnica inalatória
3. Educação em relação ao papel da terapia de manutenção
4. Instrução em relação a conclusão da terapia com corticóide e antibiótico, se prescritos
5. Avaliar a necessidade de oxigenoterapia a longo prazo
6. Garantir visita de seguimento em 4-6 semanas
7. Fornecer plano de manejo para comorbidades e seu seguimento

O formulário elaborado para que os itens da versão traduzida do *checklist* proposto pela GOLD fossem avaliados manteve a sequência e foi atribuído uma chave de respostas para melhor padronização no momento das entrevistas, conforme descrito no quadro 3.

Quadro 3: Formulário padronizado para verificação dos itens propostos pela GOLD em pacientes com DPOC, no momento da alta hospitalar.

Itens	Descrição	SIM	NAO
1	Avaliar no prontuário ou através da receita médica fornecida ao paciente se foram prescritas as medicações habituais para DPOC <i>SIM: utilização de pelo menos uma das seguintes medicações inalatórias: Beta-2 agonista de curta duração, Beta-2 agonista de longa duração isolado</i>		

	<p><i>ou em associação com corticosteroide, anticolinérgico de longa ação isolado ou em associação com as medicações anteriores.</i></p> <p><i>NÃO: nenhuma das medicações acima</i></p>		
2	<p>Perguntar ao paciente se houve reavaliação da técnica inalatória pela equipe assistente</p> <p><i>SIM: alguém da equipe de saúde demonstrou como usar a medicação inalatória?</i></p> <p><i>NÃO: ninguém fez qualquer abordagem sobre a medicação inalatória</i></p>		
3	<p>Perguntar ao paciente se ele foi informado da importância da manutenção do tratamento médico proposto</p> <p><i>SIM: recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i></p> <p><i>NÃO: não recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i></p>		
4	<p>Houve informação referente ao tempo de uso da medicação corticoide e do antibiótico, se prescritos</p> <p><i>SIM: estava escrito na receita da alta hospitalar ou dito claramente ao paciente que o antibiótico e corticosteroide quando prescritos havia tempo determinado para o uso</i></p> <p><i>NÃO: não recebeu a informação acima</i></p>		
5	<p>Avaliar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se foram realizados exames de gasometria arterial e aferição de SpO₂</p>		

	<p><i>SIM: avaliação de um ou ambos os itens</i></p> <p><i>NÃO: não havia informação de nenhum dos itens acima</i></p>		
6	<p>Perguntar ao paciente se ele possui agendamento de consulta com o médico assistente ou pneumologista após a alta</p> <p><i>SIM: havia marcação definida de consulta de retorno</i></p> <p><i>NÃO: não havia marcação definida de consulta de retorno</i></p>		
7	<p>Analisar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se houve proposta de conduta terapêutica e seguimento para comorbidades</p> <p><i>SIM: havia descrição no prontuário ou encaminhamento para seguimento das comorbidades.</i></p> <p><i>NÃO: não havia recomendação para avaliação de comorbidades</i></p>		

O teste de confiabilidade e responsividade do documento confeccionado para avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD, aplicado em 10 pacientes, com idade média de 62 anos, 6 do sexo feminino, se mostrou exato para todos os itens, com um valor de *kappa* igual a 1. Não foi observado dificuldade na compreensão das perguntas contidas no documento entre os participantes da pesquisa.

No item 1 referente a prescrição de medicação habitual para DPOC, 2 (50) pacientes tiveram adequada prescrição e dois (50) relataram ter sido devidamente instruídos sobre a técnica inalatória (item 2). Todos os pacientes (50) relataram não ter recebido orientação quanto a importância da terapia de manutenção do tratamento médico proposto (item 3). No item 4 referente a

instruções sobre término da terapia corticóide ou antibiótica, 4 (40) pacientes relataram terem sido orientados quando perguntados pela pesquisadora 1 e seis (60) relataram receber esta orientação quando perguntados pela pesquisadora 2. Nove (50) pacientes foram avaliados quanto a exames de gasometria e SpO₂ (item 5), plano de seguimento com médico especialista (item 6) foi observado em 4 (50) pacientes, e oito (50) pacientes tiveram plano de manejo para comorbidades (item 7) (tabela 1).

Tabela 1: Teste de reprodutibilidade do formulário padronizado para avaliação do *checklist* de alta hospitalar em pacientes com DPOC.

Variáveis	Avaliador 1	Avaliador 2	Kappa
Medicação habitual			
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	1
Não	8 (50,0)	8 (50,0)	
Técnica inalatória			
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)	1
Não	8 (50,0)	8 (50,0)	
Manutenção do tratamento			
Sim	0 (-)	0 (-)	1
Não	10 (50,0)	10 (50,0)	
Medicação antibiótica e corticóide			
Sim	4 (40,0)	6 (60,0)	1
Não	6 (60,0)	4 (40,0)	
Avaliação gasométrica e SpO₂			
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	1
Não	9 (50,0)	9 (50,0)	
Encaminhamento a médico especialista			
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	1
Não	6 (50,0)	6 (50,0)	
Plano para comorbidades			
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)	1
Não	2 (50,0)	2 (50,0)	

DISCUSSÃO

O presente estudo realizou a tradução e adaptação cultural do *checklist* de alta hospitalar para pacientes com DPOC proposto pela GOLD, seguida da elaboração de um formulário padronizado para avaliação desses itens. A escolha da tradução e adaptação cultural foi motivada pelo fato de o *checklist* proposto pela GOLD ser um documento confiável, elaborado especificamente para pacientes com DPOC em exacerbação pela doença. Além disso, até o presente momento não havia nenhum instrumento padronizado para avaliação das informações recebidas pelos pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar.

A literatura apresenta estudos envolvendo a validação de vários questionários específicos para avaliação na DPOC, dentre eles destacam-se o *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ, Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória)⁽⁶⁾, *Chronic Respiratory Questionnaire* (CRQ)⁽⁷⁾, Questionário para Problemas Respiratórios⁽⁸⁾, *Airways Questionnaire 20* (AQ20, Questionário de Vias Aéreas 20)⁽⁹⁾, *Duke Activity Status Index* (DASI)⁽¹⁰⁾ e *The Manchester Respiratory Activities of Daily Living questionnaire* para o uso em pacientes com DPOC⁽¹¹⁾, *COPD Assessment Test (CAT)*⁽¹²⁾, *Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire* e *Medical Research Council*⁽¹³⁾, todos já validados no Brasil, porém não encontramos nenhum instrumento capaz de mensurar o nível de informação recebido por pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar.

O formulário elaborado mostrou-se reprodutível nas condições em que foi aplicado, com valores do coeficiente *kappa* para todos os itens iguais a 1, definido como concordância quase perfeita para Landis e Koch (1977)⁽¹⁴⁾. A avaliação através do coeficiente *kappa* também foi utilizada em outra pesquisa envolvendo validação de questionários para pacientes com DPOC⁽⁹⁾, reforçando a eficiência deste método de avaliação. O *checklist* foi criado inicialmente pela GOLD com objetivo de fornecer a equipe assistente uma lista com os itens que devem ser avaliados no momento da alta, a fim de tornar o paciente apto a gerir sua própria doença e conhecimento necessário sobre a mesma, e até o presente momento não encontramos tradução deste documento em nenhuma outra língua.

Durante a etapa de elaboração do formulário, o comitê revisor sugeriu uma categorização para as respostas de cada item, evitando que houvessem discrepâncias na coleta de informações. Especialmente nos itens 1 referente a medicação habitual para pacientes com DPOC e item 5 referente a avaliação de oxigenoterapia.

O formulário de verificação da informação recebida no momento da alta hospitalar não foi utilizado neste trabalho para avaliação de reinternação após a aplicação do mesmo em pacientes com DPOC, e essa é uma proposta interessante para estudos futuros nesse sentido, auxiliando no controle da assistência integral ao paciente com DPOC.

Concluindo, o formulário padronizado para avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposto pela GOLD se mostrou reprodutível, confiável, e de rápida aplicação, podendo ser utilizado por equipe multidisciplinar no momento da alta em pacientes hospitalizados por DPOC, permitindo assim, uma verificação padronizada de itens fundamentais para o melhor manejo desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros do conselho revisor: Dr. José Laerte da Silva Júnior e Dra. Daniela Graner Schuwartz Tannus Silva. Também a Samylla Cavalcante pesquisadora assistente que auxiliou no processo de avaliação da reprodutibilidade e responsividade.

REFERÊNCIAS

- 1.Rabahi MF. Epidemiologia da DPOC: Enfrentando Desafios. Pulmão RJ 2013;22(2):4-8.
- 2.Alcazar B. et al. Factors associated with hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Arch Bronconeumol. 2012;48(3):70-76.
- 3.GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>, 2014. Acesso em: Novembro, 2014.

4. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, Júnior AD´O, Cruz AA et al. Validação do teste de controle da asma em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2010;36(2):159-166.
5. Carpes MF, Mayer AF, Simon KM, Jardim JR, Garrod R. Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2008;34(3):143-151.
6. Sousa 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 Bras Pneumol. 2000;26(3):119-28.
7. Moreira GL, Pitta F, Ramos D, Nascimento CS, Barzon D, Kovelis D, et al. Portuguese-language version of the Chronic Respiratory Questionnaire: a validity and reproducibility study. J Bras Pneumol. 2009;35(8):737-44.
8. Silva PNC, Jardim JR, Souza GMC, Hyland ME, Nascimento OA. Adaptação cultural e reprodutibilidade do Questionário para Problemas Respiratórios em pacientes portadores de DPOC no Brasil. J Bras Pneumol. 2012;38(3):339-34.
9. Camelier A, Rosa F, Jones P, Jardim JR. Validação do questionário de vias aéreas 20 ("Airways questionnaire 20" – AQ20) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. J Bras Pneumol. 2003;29(1):28-35.
10. Tavares LA, Neto JB, Jardim JR, Souza GMC, Hlatky MA, Nascimento OA. Adaptação cultural e avaliação da reprodutibilidade do Duke Activity Status Index para pacientes com DPOC no Brasil. J Bras Pneumol. 2012;38(6):684-691.
11. Cunha MJ, Mayer AF, Reis C, Yohannes AM, Maurici R. *The Manchester Respiratory Activities of Daily Living questionnaire* para o uso em pacientes com DPOC: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. J Bras Pneumol. 2016;42(1):15-21.

12.Silva GPF, Morano MTAP, Viana CMS, Magalhães CBA, Pereira EDB. Validação do Teste de Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2013;39(4):402-408.

13.Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F. 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. 2008;34(12):1008-1018.

14.Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

Artigo 2 – Avaliação da informação fornecida ao paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar

Autores: Letícia de Araújo Morais, Samylla Ysmarrane Ismail Eisha de Sousa Cavalcante, Marcus Barreto Conde, Marcelo Fouad Rabahi

Revista: Revista da Associação Médica Brasileira

8.2 Artigo: Avaliação da informação fornecida ao paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar

Evaluation of the information provided by the patient with chronic obstructive pulmonary disease about their disease and treatment at the time of hospital discharge

Letícia de Araújo Morais, Samylla Ysmarrane Ismail Eisha de Sousa Cavalcante, Marcus Barreto Conde, Marcelo Fouad Rabahi

Letícia de Araújo Morais: Mestranda em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Brasil.

Samylla Ysmarrane Ismail Eisha de Sousa Cavalcante: Graduanda em Fisioterapia e bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) – Universidade Estadual de Goiás, Campus ESEFFEGO – Goiânia – Brasil.

Marcus Barreto Conde: Doutor em Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

Marcelo Fouad Rabahi: Doutor em Clínica Médica – Universidade Federal de Goiás – Goiânia – Brasil.

Local de realização do estudo: Universidade Federal de Goiás.

Endereço para correspondência: Rua 408, Qd. A Lt.8/16 Ap. 503, Torre 1. Condomínio Portal das Flores, Negrão de Lima, Goiânia – Goiás. CEP: 74650-400.

Telefone: (62) 99265-2572

E-mail: leticiadearaujo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a informação fornecida ao paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar. **Métodos:** Estudo observacional descritivo transversal com pacientes internados por DPOC em três hospitais terciários utilizando documento padronizado para avaliação do *checklist* de alta hospitalar proposta pela Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, contendo 7 itens. Os hospitais foram divididos em (Grupo A) com residência médica em pneumologia (RMP) e (Grupo B) sem RMP. **Resultados:** Foram avaliados 54 pacientes, com idade média de $66,6 \pm 11,4$, 25 (46,2%) do sexo masculino, 22 (40,7%) (Grupo A) e 32 (59,3%) (Grupo B). Itens referentes a garantia de efetivo tratamento farmacológico de manutenção (item 1), avaliação gasométrica/aferição de SpO_2 (item 2), reavaliação da técnica inalatória (item 4) e informação em relação a terapia de manutenção (item 5) apresentaram respectivamente 79,6%, 96,3%, 70,3% e 88,9% de informação. Plano de manejo de comorbidades (item 3) 29,6%, informação referente ao término de terapia antibiótica/corticóide (item 6) 44,4% e garantia de seguimento com especialista (item 7) 55,6%. Houve significância estatística entre hospitais para os itens 1, 4 e 7 ($p = 0,002$ $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente), com melhor performance aos pacientes atendidos no Grupo A. **Conclusão:** Esse estudo sinaliza para necessidade de atenção em instruções referentes ao tempo de uso de corticosteroide/antibiótico e plano de manejo de comorbidades. A ausência de atendimento especializado sinaliza para menor rendimento na verificação de informações fornecidas aos pacientes com DPOC no momento da alta.

Descritores: Hospitalização; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Alta hospitalar

ABSTRACT

Objective: To evaluate the provided information to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) about their disease and treatment at the time of hospital discharge. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with hospitalized patients for COPD in three tertiary hospitals using a standardized document for evaluation of the discharge checklist proposed by the Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, containing 7 items. Hospitals were divided into (Group A) with residency in pulmonology (RMP) and (Group B) without RMP. **Results:** It was evaluated 54 patients with a mean age of $66,6 \pm 11,4$, 25 (46,2%) were male, 22 (40,7%) (Group A) and 32 (59,3%) (Group B). Items related to ensure effective pharmacological maintenance treatment (item 1), blood gas evaluation/measurement of SpO₂ (item 2), reassessment of inhalation technique (item 4), and information relating to maintenance therapy (item 5) were respectively 79,6%, 96,3%, 70,3%, and 88,9% of information. Comorbidity management plan (item 3) 29,6%, information regarding the completion of antibiotic therapy/corticosteroid (item 6) 44,4% and following assurance specialist (item 7) 55,6%. There was statistical significance between hospitals for items 1, 4 and 7 ($p = 0,002$, $p < 0,001$, and $p < 0,001$, respectively), with better performance in the patients in Group A. **Conclusion:** This study revealed the need for attention to instructions regarding the length of treatment of corticosteroid/antibiotics and comorbidity management plan. The lack of specialized care reveals lower yields in check information provided to COPD patients at hospital discharge.

Keywords: COPD. Hospitalization. Hospital discharge.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição clínica heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao sistema de saúde e qualidade de vida do paciente.⁽¹⁾ As exacerbações representam a principal causa de hospitalizações e costumam ser consequência de falha no tratamento ambulatorial.⁽²⁾ Embora estudos⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ tenham sido realizados com o objetivo de reduzir internações e reinternações em pacientes com DPOC, muitas dúvidas e questionamentos persistem.

Em 2014, a Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) propôs uma lista contendo 7 itens a serem avaliados no momento da alta hospitalar de pacientes portadores de DPOC⁽⁶⁾ com objetivo de assegurar que o portador da DPOC tenha entendido e domine as instruções e os cuidados de saúde necessários para seu tratamento após alta hospitalar. Pressupõe-se que o conhecimento do conteúdo dos 7 itens da lista GOLD no momento da alta hospitalar possa estar associado à redução do número de reinternações devido à exacerbação da DPOC. O objetivo deste estudo foi inferir o conhecimento de pacientes portadores de DPOC sobre os 7 itens da lista da GOLD no momento da alta hospitalar em três hospitais terciários na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil.

MÉTODOS

Estudo do tipo observacional descritivo transversal, realizado entre 6 de julho e 4 de novembro de 2015 no Hospital das Clínicas da UFG (HC-UFG), Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (HGG) e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de protocolo: 1.049.091.

Após consentimento dos criadores da versão em Inglês da lista (*checklist*) de alta hospitalar proposta pela GOLD, foi realizada a tradução para a Língua Portuguesa falada no Brasil, seguindo metodologias utilizadas em outros estudos⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Em seguida foi elaborado um documento para padronização da aferição dos 7 itens (Quadro 1). Este documento foi aplicado em 10 pacientes

por duas pesquisadoras, individualmente, a fim de avaliar a confiabilidade e responsividade do mesmo.

Quadro 1: Documento de coleta de dados utilizado para padronizar a aferição do conhecimento dos itens da lista GOLD de alta hospitalar para portadores de DPOC.

Itens	Descrição	SIM	NAO
1	<p>Avaliar no prontuário ou através da receita médica fornecida ao paciente se foram prescritas as medicações habituais para DPOC</p> <p><i>SIM: utilização de pelo menos uma das seguintes medicações inalatórias: Beta-2 agonista de curta duração, Beta-2 agonista de longa duração isolado ou em associação com corticosteroide, anticolinérgico de longa ação isolado ou em associação com as medicações anteriores.</i></p> <p><i>NÃO: nenhuma das medicações acima</i></p>		
2	<p>Avaliar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se foram realizados exames de gasometria arterial e aferição de SpO₂</p> <p><i>SIM: avaliação de um ou ambos os itens</i></p> <p><i>NÃO: não havia informação de nenhum dos itens acima</i></p>		
3	<p>Analisar no prontuário ou diretamente com o médico assistente se houve proposta de conduta terapêutica e seguimento para comorbidades</p> <p><i>SIM: havia descrição no prontuário ou encaminhamento para seguimento das comorbidades.</i></p> <p><i>NÃO: não havia recomendação para avaliação de comorbidades</i></p>		
4	<p>Perguntar ao paciente se houve reavaliação da técnica inalatória pela equipe assistente</p> <p><i>SIM: alguém da equipe de saúde demonstrou como usar a medicação inalatória?</i></p> <p><i>NÃO: ninguém fez qualquer abordagem sobre a medicação inalatória</i></p>		

5	<p>Perguntar ao paciente se ele foi informado da importância da manutenção do tratamento médico proposto</p> <p><i>SIM: recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i></p> <p><i>NÃO: não recebeu informação sobre a necessidade do uso continuado da medicação.</i></p>		
6	<p>Houve informação referente ao tempo de uso da medicação corticoide e do antibiótico, se prescritos</p> <p><i>SIM: estava escrito na receita da alta hospitalar ou dito claramente ao paciente que o antibiótico e corticosteroide quando prescritos havia tempo determinado para o uso</i></p> <p><i>NÃO: não recebeu a informação acima</i></p>		
7	<p>Perguntar ao paciente se ele possui agendamento de consulta com o médico assistente ou pneumologista após a alta</p> <p><i>SIM: havia marcação definida de consulta de retorno</i></p> <p><i>NÃO: não havia marcação definida de consulta de retorno</i></p>		

Avaliada a confiabilidade e responsividade, o documento de coleta de dados utilizado para padronizar a aferição do conhecimento dos itens da lista GOLD de alta hospitalar para portadores de DPOC, foi utilizado por uma mesma pesquisadora (LAM) em todos os pacientes incluídos no estudo.

Foram considerados elegíveis os pacientes portadores de DPOC, com idade superior a 40 anos, fora de prótese respiratória e sem comprometimento cognitivo ou neurológico no momento da alta hospitalar. Foram incluídos no estudo os pacientes internados com diagnóstico de DPOC que aceitaram assinar o TCLE. Foram excluídos os pacientes que não completaram os procedimentos de estudo.

Os médicos assistentes não foram informados sobre o objetivo da pesquisa. Os hospitais foram divididos em dois grupos: grupo A hospitais com residência médica em pneumologia e grupo B hospital sem residência médica em pneumologia.

Os dados foram registrados em planilha eletrônica Microsoft *Excel*, criando um banco único de dados. As análises foram realizadas com pacote estatístico SPSS®, versão 23. Foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todas as versões. Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis numéricas (normalidade). A caracterização do perfil sociodemográfico e das respostas do documento foram realizadas por meio da apresentação das frequências absolutas e relativas. Para avaliação das variáveis qualitativas utilizou-se o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher quando indicado. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se teste t para comparação das médias. O teste de confiabilidade do documento foi calculado através do coeficiente *Kappa*. A amostra foi calculada a partir da população internada por DPOC no Brasil no ano de 2014⁽⁹⁾. O cálculo da amostra foi realizado com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 10%. A amostra calculada foi de 50 participantes.

RESULTADOS

Foram elegíveis para o estudo 63 pacientes, 9 se recusaram a assinar o TCLE, totalizando a amostra de 54 participantes na pesquisa. O perfil sociodemográfico da amostra é apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Perfil sócio demográfico dos participantes dos hospitais com RMP e sem RMP em Goiânia, Goiás, Brasil, 2015 (n=54).

	Total n=54	Hospital com RMP n=22	Hospital sem RMP n=32	p
Idade, anos	66.6 ± 11.4	63.5 ± 12.0	68.7 ± 8.6	0,09
Sexo masculino n(%)	28 (51,9)	14 (61,9)	11 (34,4)	0,06
Escolaridade				
Analfabeto	8 (24,2)	6 (33,3)	2 (15,3)	0,17
EFI	25 (75,8)	12 (66,7)	13 (86,7)	
Internação prévia em				
UTI n(%)	8 (14,8)	5 (19,0)	3 (9,4)	0,08
Internações prévias n(%)				

Ate 4	8 (24,2)	5 (27,8)	3 (30,0)	
5 a 8	5 (15,2)	3 (16,7)	2 (13,3)	0,80
NI	20 (60,6)	10 (55,6)	10 (66,7)	
Reinternação	14 (42,4)	8 (44,4)	6 (40,0)	0,79

RMP – Residência médica em pneumologia. 'uy,UTI – Unidade de terapia intensiva. Hospital A: hospital com residência médica em pneumologia. Hospital B: hospital sem residência médica em pneumologia. NI: Não informaram. EFI: Ensino fundamental incompleto

Na tabela 2 são apresentados os resultados da avaliação dos 7 itens de conhecimento no momento da alta hospitalar. Quando comparamos o perfil sociodemográfico entre os grupos de hospitais não observamos diferença estatística significativa. Quando comparamos as informações referentes aos itens do documento para a verificação do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD entre hospitais, encontramos diferença estatisticamente significativa para o item 1 ($p = 0,002$), 4 ($p < 0,001$) e 7 ($p < 0,001$). A comparação dos itens entre sexo e idade não mostrou diferença estatística significativa.

Tabela 2. Distribuição dos itens do documento em Goiânia, Goiás, Brasil, 2015 (n=54).

Item		n (%)
Item 1		
Prescrição de medicação habitual para DPOC	Sim	43 (79,6)
	Não	11 (20,4)
Item 2		
Avaliação através de gasometria e SpO ₂	Sim	52 (96,3)
	Não	2 (3,7)
Item 3		
Plano de manejo para comorbidades	Sim	16 (29,6)
	Não	38 (70,4)
Item 4		
Reavaliação da técnica inalatória	Sim	39 (72,2)
	Não	6 (11,1)
	Não usa	9 (16,7)

Item 5		
Informação em relação a	Sim	48 (88,9)
terapia de manutenção	Não	6 (11,1)
Item 6		
Instruções referentes ao	Sim	24 (44,4)
término da terapia	Não	30 (55,6)
corticóide ou antibiótica		
Item 7		
Plano de seguimento com	Sim	30 (55,6)
médico especialista	Não	24 (44,4)

Item 4 – Não usa: referente a pacientes que não usavam medicação inalatória.

O teste de reprodutibilidade do documento de coleta de dados utilizado para padronizar a aferição do conhecimento dos itens da lista GOLD de alta hospitalar para portadores de DPOC se mostrou exato para todos os 7 itens, evidenciando a confiabilidade e responsividade do mesmo.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, quase metade dos participantes não tiveram garantido seguimento ambulatorial com pneumologista, um dado que ainda precisa ser melhorado diante da relevância estabelecida, pois sabe-se que a DPOC gera grandes taxas de readmissões hospitalares, e entre os fatores predisponentes está a falta de encaminhamento a médicos especialistas após a alta hospitalar como mostra o estudo de Gavish.⁽¹⁰⁾ O trabalho de Parikh et al.⁽¹¹⁾ a fim de avaliar as implicações da instalação de um *bundle* para pacientes com exacerbação por DPOC mostrou que mais da metade de sua amostra retornou ao ambulatório com médico pneumologista após ter sido orientado na alta hospitalar.

A oxigenoterapia a longo prazo tem se mostrado eficaz para reduzir complicações em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica grave,⁽¹²⁾ entretanto, o estudo de Turner⁽¹³⁾ não encontrou diferenças na admissão, frequência ou tempo de internação antes, durante ou após a prescrição de oxigênio. Observamos que a maioria da população estudada foi avaliada quanto a essa necessidade, corroborando com Hernandez⁽¹⁴⁾ onde

uma elevada proporção dos pacientes tiveram adequada prescrição de oxigenoterapia domiciliar de acordo com avaliação gasométrica, sugerindo um potencial na melhora dos resultados desses pacientes.

Estudos têm identificado fatores preditivos de readmissão hospitalar em doentes com DPOC, como idade e história anterior de internação por agudização da doença.^(15,16) No estudo de Carneiro⁽¹⁷⁾ não houve relação de risco de reinternação de pacientes com DPOC entre as variáveis de sexo, classe social e número de agudizações. Nossos achados não mostraram associação no perfil sociodemográfico entre os grupos de hospitais, estabelecendo homogeneidade entre os grupos.

A DPOC cursa com comorbidades e, dentre as mais comuns, estão as doenças cardíacas, pulmonares e metabólicas que influenciam significativamente seu prognóstico.⁽¹⁸⁾ Observamos uma baixa frequência no plano para manejo de comorbidades, corroborando com os achados de outros estudos,⁽¹⁹⁻²¹⁾ podendo impactar de forma negativa no tratamento desses sujeitos, pois pacientes internados com DPOC apresentam duas vezes mais comorbidades, piorando os desfechos comparados às internações de pacientes sem DPOC.⁽²²⁾

O tratamento da DPOC baseia-se principalmente em broncodilatadores, dispensados em geral na forma de inaladores que, quando usados rotineiramente com a técnica adequada, melhoram ou estabilizam a função pulmonar reduzindo hospitalizações.⁽²³⁾ Nossos achados mostram que a maioria dos pacientes tem domínio da técnica inalatória. Este achado pode impactar na evolução após a alta hospitalar desses pacientes, conforme estudo realizado no estado norte-americano do Texas⁽²³⁾ que mostra a redução de 8,7% e 23% na taxa de readmissão hospitalar no prazo de 30 e 60 dias, respectivamente, após a alta, observada através da implementação de aconselhamento sobre medicação inalatória dispensada aos pacientes com DPOC.

Há evidências que os pacientes, muitas vezes, são incapazes de recordar no momento da alta, seus diagnósticos, plano de tratamento e articular como eles devem usar seus medicamentos,⁽¹⁷⁾ ocasionando variações nas taxas de

readmissão e problemas na transição de cuidado hospitalar para o setor de atendimento ambulatorial.⁽¹⁹⁾ Falha na entrega da instrução adequada referentes a conclusão da terapia antibiótica ou corticóide quando prescritos e, também, na educação em relação ao papel da terapia de manutenção foi encontrada em nossos achados, colocando em risco o bom gerenciamento da doença.

Não observamos diferença estatística significativa quando comparamos o perfil sociodemográfico dos participantes entre hospitais, porém, quando comparamos as informações do documento por grupos de hospitais, observamos que os hospitais com residência em pneumologia apresentaram melhores índices, especialmente nos itens referentes a garantia de tratamento farmacológico efetivo de manutenção em domicílio, reavaliação da técnica inalatória e garantia de visita de seguimento com especialista. Este achado sugere implementação de educação para equipe assistente, conforme demonstrado por Njeim⁽²⁴⁾ que estas medidas podem identificar razões evitáveis para readmissão hospitalar e aumentar a percepção dos mesmos para estar ativamente envolvidos na redução destas.

LIMITAÇÕES

Houve dificuldade no controle da programação da alta hospitalar, impossibilitando a abordagem de um maior número de pacientes.

CONCLUSÃO

Esse estudo sinaliza para necessidade de uma maior atenção em instruções referentes ao tempo de uso de corticosteroide e antibiótico, além de um plano de avaliação de comorbidades em pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar. Conclui também que em hospitais sem residência médica em pneumologia houve menor índice de garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio, reavaliação da técnica inalatória e garantia de seguimento com médico especialista. A aplicação de um documento de verificação desses itens no momento da alta hospitalar pode influenciar de forma positiva em pacientes com DPOC.

REFERÊNCIAS

1. Silva PNCd, Jardim JR, Souza GMdCe, Hyland ME, Nascimento OA. Adaptação cultural e reprodutibilidade do questionário para problemas respiratórios em pacientes portadores de DPOC no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2012;38(3):339-45.
2. Alcázar B, García-Polo C, Herrejón A, Ruiz LA, Miguel Jd, Ros JA et al. Factors Associated With Hospital Admission for Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *ArchBronconeumol*. 2012;48(3):70-6.
3. Prieto-Centurion V, Markos MA, Ramey NI, GussinHlnA, Nyenhuis SM, Joo MJ *et al*. Interventions to reduce rehospitalizations after chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Ann Am Thorac*. 2014;11(3):417-24.
4. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE *et al*. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150:178–187.
5. Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G et al. Project BOOST: effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. *J Hosp Med*. 2013;8:421–427.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. [cited 2014 Oct 1]. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD Executive Summary, update 2014. Available from: <http://www.goldcopd.org/> . Acesso em: Janeiro, 2015.
7. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, Júnior AD´O, Cruz AA et al. Validação do teste de controle da asma em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2010;36(2):159-166.
8. Carpes MF, Mayer AF, Simon KM, Jardim JR, Garrod R. Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2008;34(3):143-151.

9. Ministério da Saúde. DATASUS. [homepage on the Internet]. Informações de saúde. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nigo.def> . Acesso em: 15 de Junho de 2015.
10. Gavish R, Levy A, Dekel OK, Karp E, Maimon N. The Association Between Hospital Readmission and Pulmonologist Follow-up Visits in Patients With COPD. *Chest*. 2015;148(2):375-81.
11. Parikh R, Shah TG, Tandon R. COPD exacerbation care bundle improves standard of care, length of stay, and readmission rates. *International Journal of COPD*. 2016;11(1):577-583.
12. Kent B, Mitchell P, McNicholas W. Hypoxemia in patients with COPD: cause, effects, and disease progression. *International Journal of COPD*. 2011;6:199-208.
13. Turner AM, Sen S, Steeley C, Khan Y, Sweeney P, Richards Y et al. Evaluation of oxygen prescription in relation to hospital admission rate in patients with chronic obstructive pulmonary Disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 2014;14:127.
14. Hernandez C, Aibar J, Batlle J, Cabrero-Gomez D, Soler N, Duran-Tauleria E et al. Assessment of health status and program performance in patients on long-term oxygen therapy. *Respir Med*. 2015;109(4):500-9.
15. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS et al. Risk factors for rehospitalization in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J*. 2005; 26:414 -419.
16. Gudmundsson G, Gislason T, Lindberg E, Hallin R, Ulrik SC, Brondum E et al. Mortality in COPD patients discharged from hospital: the role of treatment and co -morbidity. *Respiratory Research* 2006; 7:109 -118.
17. Carneiro R, Sousa C, Pinto A, Almeida F, Oliveira, JR, Rocha N. Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2010; 16(5):759-777.

18. Mckeever TM, Hearson G, Housley G, Reynolds C, Kinnear W, Harisson TW et al. Using venous blood gas analysis in the assessment of COPD exarcebations: a prospective cohort study. *Thorax*. 2016;71:210-215.
19. Jha AK, Orav EJ, Epstein AM. Public reporting of discharge planning and rates of readmissions. *The New England Journal of Medicine*. 2009;361(27).
20. Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Sharp SM. Hospital Readmission Rates for Cohorts of Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven. *N Engl J Med*. 1994;331:989-95.
21. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418-28.
22. Baty F, Putora PM, Isenring B, Blum T, Brutsche M. Comorbidities and burden of COPD: A population based case-control study. *PLOS ONE*. 2013;8(5):e63285.
23. Blee J, Roux RK, GautReaux S, SheReRjt, GaRey KW. Dispensing inhalers to patients with chronic obstructive pulmonary disease on hospital discharge: Effects on prescription filling and readmission. *Am J Health-Syst Pharm*. 2015;72(Jul 15):1204-8.
24. Njeim M, Chiha M, Whitehouse S, Baker-Genaw K. System-based approach to educating internal medicine residents on preventable hospital readmissions. *Journal of graduate medical education*. 2012;4(4):505-9.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a informação oferecida ao paciente com DPOC sobre sua doença e tratamento no momento da alta hospitalar através da confecção de um documento que possibilite avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD. Estudos nesse sentido são escassos para a população em questão.

Apesar de nosso estudo ter uma amostra relativamente pequena, podemos verificar que pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar requerem atenção especial da equipe multiprofissional a fim de informar melhor o paciente sobre a conduta, plano de tratamento, dispensação de medicação e seguimento ambulatorial com médico especialista pneumologista e para tratamento de comorbidades.

O documento para avaliar os itens do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD, contribui com a prática clínica da equipe multiprofissional no melhor manejo da alta hospitalar desses pacientes, tornando o mesmo mais apto para gerir sua doença e dessa forma reduzir o risco de reinternação pela DPOC.

É necessário que pesquisas futuras sejam elaboradas a fim de correlacionar a informação oferecida ao paciente com DPOC no momento da alta com o índice de reinternação pela doença.

10 REFERÊNCIAS

ADAMS, S. G. et al. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. **Arch Intern Med**, v. 26, n.16, p.551-61, 2007.

ALCAZAR, B. et al. Factors associated with hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. **Arch Bronconeumol**, v.48, n. 3, p.70-76, 2012.

ARNOLD, M. E.; BUYS, L; FULLAS, F. Impact of pharmacist intervention in conjunction with outpatient physician follow-up visits after hospital discharge on readmission rate. **Am J Health Syst Pharm**, v.72, n.11, p.36-42, 2015.

BÅNGSBO, A.; DUNÉR, A.; LIDÉN, E. Patient participation in discharge planning conference. **International Journal of Integrated Care**, v. 14, n. 6, 2014.

BARTHOLOMEW, T; ZECHNER M. The relationship of illness management and recovery to state hospital readmission. **J Nerv Ment Dis**, v. 202, n. 9, p.647-50, 2014.

BATY, F. et al. Comorbidities and burden of COPD: a population based case-control study. **PLOS ONE**, v.8, n.5, p.63285, 2013.

BENBASSAT, J; TARAGIN, M. The effect of clinical interventions on hospital readmissions: a meta-review of published meta-analyses. **Israel Journal of Health Policy Research**, v.2, n.1, p.1-15, 2013.

BLEE, J. et al. Dispensing inhalers to patients with chronic obstructive pulmonary disease on hospital discharge: Effects on prescription filling and readmission. **Am J Health Syst Pharm**, v.72, n.14, p.1204-8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Informações populacionais e do sistema de internações hospitalares. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>, 2015. Acesso em: Dezembro, 2015.

CARDOSO, A. P. DPOC - agudização aguda – diagnosticar, prevenir e tratar. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**, v.1, n.1, p.68-70, 2009.

CARNEIRO, R; SOUSA, C; PINTO, A; ALMEIDA, F; OLIVEIRA, J. R; ROCHA, N. Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crônica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v.16, n.5, p.759-777, 2010.

CARPES, M. F.; MAYER, A. F.; SIMON, K. M.; JARDIM, J. R.; GARROD, R. Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**. v.34, n.3, p.143-151, 2008.

COLEMAN, E. A. et al. Understanding and execution of discharge instructions. **Am J Med Qual**, v.28, n.5, p.383-91, 2013.

COSTELLO, R. et al. Reversible hypercapnia in chronic obstructive pulmonary disease: a distinct pattern of respiratory failure with a favorable prognosis. **Am J Med**, v.102, n.2, p239-44, 1997.

DOURADO, V. Z. et al. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, v.32, n.2, p. 161-71, 2006.

FIGUEIREDO, A.B; SILVA, S.R.B; LOBO, R.R; MORIGUTI, J.C. Exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.43, n.3, p.223-30, 2010.

FISHER, E. S. et al. Hospital readmission rates for cohorts of Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven. **N Engl Med**, v.331, p. 989-995, 1994.

GAMEZ, B.J. et al. Home Intervention and Predictor Variables for Rehospitalization in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. **Arch Bronconeumol**, v. 49, n.1, p.10-14, 2013.

GAVISH, R. et al. The association between hospital readmission and pulmonologist follow-up visits in patients with COPD. **Chest**, v.148, n.2, p. 375-81, 2015.

GIL, M. et al. Impact of a combined pharmacist and social worker program to reduce hospital readmissions. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v.19, n.7, p. 558-563, 2013.

GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>, 2014. Acesso em: Novembro, 2014.

GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>, 2016. Acesso em: Fevereiro, 2016.

GUDMUNDSSON, G; GISLASON, T; JANSON, C; LINDBERG, E; HALLIN, R; ULRİK, CS. et al. Risk factors for rehospitalization in COPD: role of health status, anxiety and depression. **Eur Respir J**, v. 26, p.414 -419, 2005.

GUDMUNDSSON, G; GISLASON, T; LINDBERG, E; HALLIN, R; ULRİK, S. C; BRONDUM, E. et al. Mortality in COPD patients discharged from hospital: the role of treatment and co -morbidity. **Respiratory Research**, v.7, p.109 -118, 2006.

HERNANDEZ, C. et al. Assessment of health status and program performance in patients on long-term oxygen therapy. **Respir Med**. V.109, n.4, p.:500-9, 2015.

JENCKS, S. F; WILLIAMS, M.V.; COLEMAN, E.A. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. **N Engl J Med**, v. 360, p.1418-28, 2009.

JEZLER, S; HOLANDA, M.A; JOSÉ, A; FRANCA, S. Mechanical ventilation in decompensated chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **J Bras Pneumol**, v.33, s.2:p.S111-8, 2007.

JHA, A. K.; ORAV, J.; EPSTEIN, A. M. Public reporting of discharge planning and rates of readmissions. **The New England Journal of Medicine**, v.361, n.27, p. 2637-2645, 2009.

JUNIOR, J. L. et al. COPD assessment tes (CAT) score as a predictor of major depression among subjects with chronic obstructive pulmonary disease and mild hypoxemia: a case-control study. **BMC Pulmonary Medicine**, v.14, n. 186, p. 2-7, 2014.

KASHIWAGI, D. T. et al. Reflective practice: A tool for readmission reduction. **Am J Med Qual**, February, 6, 2015.

KENT, B. D.; MITCHELL, P. D.; McNICHOLAS, W. T. Hypoxemia in patients with COPD: cause, effects, and disease progression. **International Journal of COPD**, v.6, p.199-208, 2011.

KESSLER, R. et al. Predictive factors of hospitalization for acute exarcebation in a series of 64 patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Am J Respir Crit Care Med**, v.159, n. 1, p. 158-64, 1999.

KOEHLER, B. E. et al. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. **Journal of hospital medicine**, v.4, n. 4, p. 211-8, 2009.

LANDIS, J.R; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p.159-74, 1977.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p. 9-28, 2000.

MCGHAN, R. et al. Predictors of Rehospitalization and Death After a Severe Exacerbaton of COPD. **CHEST**, v. 132, n.6, p. 1748-55, 2007.

MCKEEVER, TM. et al. Using venous blood gas analysis in the assessment of COPD exarcebations: a prospective cohort study. **Thorax**, v.71, p.210-215, 2016.

NJEIM, M. et al. System-based approach to educating internal medicine residents on preventable hospital readmissions. **Journal of graduate medical education**, v.4, n.4, p. 505-9, 2012.

PARIKH, R.; SHAH, T. G.; TANDON, R. COPD exacerbation care bundle improves standard of care, length of stay, and readmission rates. **International Journal of COPD**, v. 11, n. 1, 2016.

PRIETO-CENTURION, V. et al. Interventions to reduce rehospitalizations after chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. **Ann Am Thorac**, v.11, n.3, p. 417-24, 2014.

RABE, K.F. et al. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. **Am J Respir Crit Care Med**, v.176, p.532- 55, 2007.

REGALBUTO, R. et al. Joint commission requirements for discharge instructions in patients with hearth failure: is understanding important for preventing readmissions? **J Card Fail**, v. 20, n. 9, p. 641-9, 2014.

ROXO, J.P.F. et al. Validação do teste de controle da asma em português para uso no Brasil. **J Bras Pneumol**, v.36, n.2, p. 159-166, 2010.

RUBIO, M. C.; CHACÓN, B. M.; HERMOSA, J. L. R. Exacerbación de la EPOC. **Arch Bronconeumol**, v. 46, n. 7, 2010.

SHAH, T. et al. Understanding Why Patients With COPD Get Readmitted. **CHEST**, v.147, n.5, p. 1219-26, 2015.

SHOWALTER, J.W. et al. Effect of standardized electronic discharge instructions on post-discharge hospital utilization. **Journal of general internal medicine**, v.26, n.7, p.718-23, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento. **J Bras Pneumol**, v.30, s.5, p.S9-41, 2004.

SNIDER, J. T. et al. Effect of hospital use oral nutritional supplementation on length of stay, hospital cost, and 30-day readmissions among Medicare patients with COPD. **CHEST**, v.147, n. 6, p. 1477-84, 2015.

SOUZA, M. L. D. M. et al. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. **J Bras Pneumol**, v.35, n.9, p.824-831, 2009.

SUH, E.S.; MANDAL, S.; HART, N. Admission prevention in COPD: non-pharmacological management. **BMC Medicine**, v.11, p. 247, 2013.

TEIXEIRA, C. et al. Exacerbação aguda da DPOC: mortalidade e estado funcional dois anos após a alta da UTI. **J Bras Pneumol**, v.37, n.3, p.334-340, 2011.

TURNER, A. M. et al. Evaluation of oxygen prescription in relation to hospital admission rate in patients with chronic obstructive pulmonary Disease. **BMC Pulmonary Medicine**. v. 14, p.127, 2014.

UTENS, C.M.A. Evaluation of health care providers' role transition and satisfaction in hospital-at-home for Chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: a survey study. **BMC Health Services Research**, v.13, p. 363, 2013.

VANSUCH, M. et al. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with hearth failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations hearth failure core measures reflect better care? **Qual Saf Health Care**, v. 15, n. 6, p. 414-7, 2006.

VESTBO, J. et al. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. **Am J Respir Crit Care Med**, v.176, p.532- 55, 2007.

WALTERS, J.A.E. et al. Actions plans with limites patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. **Cochrane Database os Systematic Reviews**. 12 May 2010.

WHO. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>, 2015. Acesso em: Fevereiro, 2016.

11 ANEXOS

11.1 Anexo A - *Checklist of Items To Assess at Time of Discharge from Hospital*

- Assurance of effective home maintenance pharmacotherapy regimen
- Reassessment of inhaler technique
- Education regarding role of maintenance regimen
- Instruction regarding completion of steroid therapy and antibiotics, if prescribed
- Assess need for long-term oxygen therapy
- Assure follow-up visit in 4-6 weeks
- Provide a management plan for comorbidities and their follow-up

11.2 Anexo B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de informação recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar.

Pesquisador: Letícia de Araújo Morais

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43653515.1.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.049.091

Data da Relatoria: 30/04/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram anexados e estão adequados conforme normativa da 466/2012.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi verificado nenhum óbice Ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO HOSPITAL
ALBERTO RASSI - HGG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de informação recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar.

Pesquisador: Leticia de Araújo Moraes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43653515.1.3001.0035

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.109.145

Data da Relatoria: 11/06/2015

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas inadequações ou pendências éticas.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi - HGG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos que está proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de informação recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar.

Pesquisador: Letícia de Araújo Morais

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43653515.1.3002.5081

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.123.580

Data da Relatoria: 30/05/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado com a recomendação de cunho metodológico, para que haja fragmentação das perguntas, de forma que o aplicador do instrumento (questionário) possa fazê-lo de forma mais uniforme possível, evitando vieses de aferição.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

12 APÊNDICES

12.1 Apêndice A – Autorização para tradução dos autores da versão original do *checklist* de alta hospitalar proposta pela GOLD

Mensagem de Impressão do Outlook.com

RE: GOLD MAIN CONTACT FORM

De: Rebecca Decker (goldandgina@gmail.com)

Enviada: quinta-feira, 9 de junho de 2016 15:12:09

Para: leticiadearaujo@hotmail.com

Hello Leticia, permission is granted for this use, thank you.

Rebecca Decker

Program Director, GOLD and GINA

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Global Initiative for Asthma

P.O. Box 558

Fontana, WI 53125 Mobile: 262-812-6741 email: goldandgina@gmail.com

www.goldcopd.org @gold_copd www.ginasthma.org @ginasthma

-----Original Message-----

From: Leticia de Araujo Morais [mailto:wordpress@goldcopd.org]

Sent: Monday, June 6, 2016 6:51 PM

To: goldandgina@gmail.com

Subject: GOLD MAIN CONTACT FORM Leticia de Araujo Morais

leticiadearaujo@hotmail.com

Brazil

Translation

My name is Leticia and I am a physiotherapist working at a rehabilitation centre in the city of Goiania, Goias, Brazil. At the moment I am working on my masters degree.

My research will be carried out on patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) at time of discharge from hospital, and I would like to analyse the level of information that these patients bring with them at hospital discharge. The discharge checklist proposed by GOLD 2014 (Table 5.10, page 44) has been shown to be an important and effective document for such an analysis. So far, no articles have been found validating this checklist for Brazilian Portuguese. I would like to ask for permission use this checklist and translate it into Brazilian Portuguese with any cultural adaptations that might be required for use with Brazilian patients.

<https://snt147.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=pt-br> 1/2 Mensagem de Impressão do Outlook.com

Yours Sincerely

Letícia de Araújo Morais

--

This e-mail was sent from a contact form on Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD (<http://goldcopd.org>)

<https://snt147.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=pt-br> 2/2

12.2 Apêndice B: Documento para avaliação sociodemográfica

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Internação prévia em UTI: S () N ()

Local de internação : HC () HGG () SCMG ()

Escolaridade: _____

Número de internações prévias: _____

Reinternação: S () N ()

12.3 Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Meu nome é Letícia de Araújo Moraes, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Fisioterapia Respiratória. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Letícia de Araújo Moraes, no telefone (62) 9265-2572, ou com o orientador responsável, Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi, ou no Serviço de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas / Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, situado na 1ª Avenida, nº545, 2º andar, Setor Leste Universitário, CEP 74605-050, telefone (62) 3261-2029.

Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 ou (62) 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/N Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

I – Dados sobre a pesquisa científica

1. Título da pesquisa

Avaliar o nível de informação recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar

2. Dados da pesquisadora que aplicará o termo de consentimento

Pesquisadora: Letícia de Araújo Moraes

Cargo / Função: Fisioterapeuta inscrita no Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO 11 - 125265.

3. Duração da pesquisa: 18 meses

II – Registro das explicações do pesquisador ao paciente ou ao seu representante legal sobre a pesquisa

1. Justificativa e objetivos da pesquisa

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de um estudo que tem como objetivo avaliar o nível de informação recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar.

2. Procedimentos que serão utilizados na pesquisa

Solicitaremos que você responda a 4 itens propostos no instrumento de coleta de dados. Os itens serão referentes à técnica inalatória que você utiliza, importância da manutenção do tratamento proposto, tempo de uso da medicação prescrita e se possui agendamento de consulta com pneumologista ou médico assistente após a alta hospitalar.

3. Avaliação do risco da pesquisa

Você poderá se sentir desconfortável para responder algum item do instrumento de coleta de dados que será aplicado. Não serão necessários exames ou procedimentos complementares para esta pesquisa.

4. Benefícios que poderão ser obtidos

Este é um estudo com objetivo de avaliar o quanto de informação o paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica retém no momento da alta hospitalar, através de um instrumento de coleta de dados que permita a checagem dos itens propostos pelo GOLD.

Este documento será importante para a avaliação, acompanhamento e educação do paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no momento da alta hospitalar a fim de tornar o paciente mais informado e responsável pela sua doença podendo assim reduzir o risco de reinternação.

5. Forma de acompanhamento

Você será abordado uma única vez, no momento da sua alta hospitalar pela pesquisadora, onde será aplicado 4 itens do instrumento de coleta de dados.

III – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa

1. Despesas e compensações decorrentes da participação na pesquisa

O paciente não incorrerá em despesas envolvendo consultas e exames, assim como não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação.

2. Viabilidade de indenizações por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa

No caso de danos comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, fica garantido o seu direito à indenização. A pesquisadora Letícia de Araújo Morais se responsabilizará por quaisquer danos ou intercorrências ao longo da realização de todos os procedimentos envolvidos na pesquisa.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Seus dados serão coletados apenas para a realização desta pesquisa e as informações serão tratadas como confidenciais e analisadas em conjunto com as dos outros pacientes. Portanto, a sua identificação não será divulgada.

4. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

Sua participação neste estudo é voluntária. Você só participa se quiser e poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que seu tratamento nesta instituição seja prejudicado.

Nome e Assinatura da pesquisadora:

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, _____,
RG/CPF: _____, abaixo assinado,
concordo em participar do estudo “Avaliação do nível de informação
recebida pelo paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no
momento da alta hospitalar”, sob a responsabilidade da pesquisadora
Letícia de Araújo Moraes como sujeito voluntário. Fui devidamente
informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora
_____ sobre a pesquisa, os
procedimentos envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios
decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar
meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer
penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência /
tratamento, se for o caso.

Local e data

Nome do sujeito e Assinatura do sujeito ou responsável:

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

Assinatura Datiloscópica

