

Reabilitação pulmonar no Brasil

A reabilitação pulmonar (RP) foi iniciada no Brasil pelo Dr. José Roberto Jardim, por volta de 1990, numa pequena sala com duas bicicletas de modelo residencial e uma esteira ergométrica que não possuía sequer inclinação. Somente em 1993, portanto, há menos de 25 anos, foi aberto oficialmente o Centro de Reabilitação no Lar Escola São Francisco, considerado o primeiro no Brasil. Lá haviam quatro esteiras ergométricas que foram progressivamente aumentando em número, junto com o número de atendimentos. Este centro foi o disseminador de fisioterapeutas respiratórios com formação em RP. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a RP surgiu em 1998 devido ao grande número de pacientes e por sugestão do dr. Alberto Cukier. Atualmente, existem mais de 150 centros de RP, número muito maior que nos demais países sul-americanos, como Argentina (32), Colômbia (12), México (3) e Uruguai (2). Existem países sul-americanos que ainda contam com somente um Centro de RP, como Paraguai, Bolívia, Venezuela, Costa Rica, Honduras, Peru e Equador.

Com a evolução dos estudos, já foi amplamente demonstrado que a RP reduz a dispneia, aumenta a capacidade de exercício e melhora a qualidade de vida em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)¹. Estes benefícios já ficaram tão estabelecidos na literatura que a *Cochrane Library* tomou uma decisão bastante incomum: o fechamento de submissões de revisões sobre o assunto². Isto ocorreu porque as conclusões da atualização mais recente da revisão da *Cochrane* sobre RP em pacientes com DPOC estão de acordo com as versões anteriores, publicadas em 1996, 2002 e 2006³⁻⁶. A decisão seguiu o manual da *Cochrane*: “uma revisão que já não está sendo atualizada é aquela que é altamente suscetível de manter sua relevância atual para o futuro previsível. Situações nas quais uma revisão pode ser declarada como não mais atualizada incluem: 1) a intervenção é substituída, tendo em mente que as revisões *Cochrane* devem ser internacionalmente relevantes e 2) a conclusão é tão certa que a adição de novas informações não a alterará, e lá não são

efeitos adversos previsíveis da intervenção⁷”. Tais revisões são rotuladas no banco de dados *Cochrane* de análises sistemáticas como sendo “estáveis”.

As novas abordagens para o estudo da RP em pacientes com DPOC objetivam compreender como modificar o comportamento. Neste sentido, a definição mais recente de RP estabelece que “A RP é uma intervenção abrangente com base em uma avaliação minuciosa, seguida por terapias adaptadas ao paciente que incluem, mas não estão limitadas ao treinamento físico, educação e mudança de comportamento. Ela é projetada para melhorar a condição física e psicológica de pessoas com doenças respiratórias crônicas e para promover a adesão a longo prazo para comportamentos que melhoram a saúde⁸”. Neste sentido, o desenvolvimento de tecnologias que reduzam o nível de sedentarismo ou aumentem o nível de atividade física é considerado tema atual de estudo.

Apesar dos avanços da RP, ainda existem pelo menos quatro pontos a serem aperfeiçoados nos próximos anos. Em primeiro lugar, aumentar o acesso dos pacientes à RP em todo o mundo, compreendendo o seu efeito em pacientes hospitalizados por exacerbações, bem como avaliando sua efetividade em pacientes com doença respiratória crônica mais suave. Em segundo lugar, desenvolver modelos alternativos de RP, como o uso de novas tecnologias e a telerreabilitação. Em terceiro lugar, colocar em prática métodos que estimulem os pacientes a mudar seu comportamento de maneira significativa e sustentável (autogerenciamento). E, por último, compreender a heterogeneidade e complexidade multissistêmica da DPOC e de outras formas de doenças respiratórias crônicas, incluindo os diferentes fenótipos das doenças e o impacto da RP nestes fenótipos. Aguardemos os novos estudos para ver as novidades...

Cibele Cristine Berto Marques da Silva

Rafaella Fagundes Xavier

Celso Ricardo Fernandes Carvalho

*Departamento de Fisioterapia,
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo*

REFERÊNCIAS

1. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;173(12):1390-413. doi: 10.1164/rccm.200508-1211ST
2. Lacasse Y, Cates CJ, McCarthy B, Welsh EJ. This cochrane review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11). doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3
3. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;23(2). doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub2
4. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 1996;348(9035):1115-9. doi: 10.1016/S0140-6736(96)04201-8
5. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793
6. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub2
7. Higgins JPT, Green S, Scholten RJPM. Maintaining reviews: updates, amendments and feedback. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.1.0 (updated March 2011)*. London: The Cochrane Collaboration; 2011. Available from: handbook.cochrane.org
8. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. Official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(8):e13-64. doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST