

I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

“Pouco saio de casa. Não posso falar alto e basta conversar durante alguns minutos para a voz começar a ficar alterada, com rouquidão. São poucas as tarefas do dia-a-dia que consigo fazer, mas, muitas vezes, ainda faço o jantar”

C. C., 59 anos, doente com DPOC que faz oxigenoterapia

2.1 – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DPOC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é como o nome indica, uma patologia crónica, de evolução lenta e progressiva, com forte impacto na função respiratória, que pode estar sujeita a períodos de agudização e complicações agudas (PEREIRA, 2009). No âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a DPOC é caracterizada por uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível, sendo geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos (DGS, 2005).

De acordo com as linhas orientadoras do Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), deve-se considerar a presença de DPOC em qualquer indivíduo que apresente tosse crónica, produção de expectoração, dispneia e/ou história de exposição a factores de risco para a doença, pois estes factores geralmente precedem o desenvolvimento da limitação do débito aéreo. O diagnóstico é confirmado após realização de espirometria em que a relação percentual do valor do Volume Expiratório Máximo no 1º segundo (VEMS) sobre a Capacidade Vital Forçada (CVF), após a administração de broncodilatador, é inferior a 70%. Considera-se assim a presença de limitação obstrutiva do débito aéreo, a qual não é completamente reversível (COUTO, 2010).

A classificação da DPOC baseada na espirometria demonstrou ser bastante útil para inferir sobre o estado de saúde do indivíduo, a utilização de recursos de cuidados de saúde, o risco de exacerbações e o prognóstico da doença (DGS, 2005). Recomenda-se que a DPOC seja classificada em quatro fases ou estadios (cf. Tabela 1):

Tabela 1 – Classificação da DPOC

Estádios da DPOC	Características
Estádio I: <u>DPOC ligeira</u>	Caracteriza-se por limitação ligeira do débito aéreo e, em regra mas nem sempre, acompanha-se de sintomas. A espirometria revela uma relação VEMS/CVF < 70% e um VEMS \geq a 80% do previsto.
Estádio II: <u>DPOC moderada</u>	Caracteriza-se por agravamento da limitação ventilatória e, geralmente, por progressão de sintomas, desenvolvendo-se dispneia em situação de esforço. É neste estágio que os indivíduos procuram cuidados médicos por causa dos sintomas e do agravamento da doença. A espirometria evidencia uma relação VEMS/CVF < 70% e um VEMS < 80%, mas \geq 50%, do previsto.
Estádio III: <u>DPOC grave</u>	Caracteriza-se por uma limitação ventilatória mais grave. A repetição de exacerbações tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e requer controlo apropriado, podendo colocar a vida em risco. A espirometria revela uma relação VEMS/CVF < 70% e um VEMS < 50% do previsto, mas \geq 30%.
Estádio IV: <u>DPOC muito grave</u>	Caracteriza-se por limitação ventilatória muito grave, frequentemente associada a insuficiência respiratória crónica ou falência do coração direito. Qualidade de vida muito deficiente e as exacerbações podem ameaçar a vida. A espirometria revela uma relação VEMS/CVF < 70% e um VEMS < 30% do previsto ou, então, sendo maior que este valor desde que exista insuficiência respiratória associada.

Fonte: Adaptado de GOLD, 2006.

2.2 – EPIDEMIOLOGIA DA DPOC

A DPOC é uma das principais causas mundiais de morbidade e mortalidade em todo o mundo, da qual resulta em impacto social e económico substancial e tendencialmente crescente. A prevalência, morbidade e mortalidade da DPOC variam de acordo com os países e diferentes grupos em cada país, mas, geralmente, estão relacionados directamente com a prevalência do tabagismo, apesar de que, em alguns países, a poluição do ar tem sido também apontada com factor de risco da DPOC.

De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência em 2002 era de 11,6 doentes com DPOC por cada mil habitantes no sexo masculino e de 8,77 no sexo feminino. No entanto, estas estimativas incluem todos os grupos etários, subvalorizando-se a verdadeira dimensão desta doença, uma vez que esta é mais prevalente em grupos etários mais avançados. Prevê-se assim, que actualmente, pelo menos 10% da população mundial com mais de 40 anos possa ter DPOC, isto é, que a patologia seja

três vezes mais prevalente do que aquilo que se estima (FARIA; CLEMENTE; RODRIGUES, 2006). Estes dados permitem-nos afirmar que a verdadeira prevalência da DPOC tem sido subestimada. Globalmente, a maioria dos cálculos de prevalência da DPOC em diversos países, quando baseados na espirometria, com ou sem avaliação clínica, varia entre 4% e 10%, enquanto que cálculos de prevalência baseados na “opinião de especialistas” têm apontado tradicionalmente para valores mais baixos (DOHERTY et al., 2008a)

A DPOC, para além de ser muito prevalente, é uma patologia responsável por uma elevada mortalidade mundial, causando 3 milhões de mortes anuais, colocando-a no 4º lugar como causa de morte, responsável por 5,36% dos óbitos. Nos países desenvolvidos a DPOC é responsável por 3,4% dos óbitos, sendo a 5ª causa de morte, atrás da doença isquémica coronária, doenças cérebro – vasculares, cancro do pulmão e infeções das vias aéreas inferiores. Nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, representa cerca de 4,9% do total das mortes (PEREIRA, 2009) (ONDR 2009)

Prevê-se que em 2020, constitua a 3ª causa de morte no mundo inteiro, tornando-se por isso necessário, a promoção de um esforço internacional unificado para inverter esta tendência alarmante.

No que diz respeito à realidade nacional, e segundo dados do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2009 a prevalência da DPOC está seguramente subvalorizada, mas estima-se que seja no mínimo de 5,3% nos homens e 4,0% nas mulheres (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência da DPOC em Portugal por grupos etários

	Homens (%)	Mulheres (%)
0 – 4 anos	0,00	0,06
5 – 14 anos	0,01	0,17
15 – 29 anos	0,10	2,70
30 – 44 anos	2,10	2,40
45 – 59 anos	4,60	2,50
60 – 69 anos	13,70	6,20
70 – 79 anos	21,10	10,30
80 e + anos	25,10	14,00
Todas as idades	5,267	4,031

Fonte: Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008

A prevalência da DPOC aumenta com a idade, e é tal como os dados nos mostram mais elevada no sexo masculino. Contudo, á medida que fumar se tornou cada vez mais frequente entre as mulheres, o seu risco de desenvolver DPOC aumentou progressivamente. Na verdade, as mulheres parecem ser mais susceptíveis aos efeitos adversos do fumo do tabaco do que os homens, apresentando taxas mais elevadas de DPOC e de cancro do pulmão perante uma determinada exposição ao tabaco (DOHERTY et al., 2008a). De facto, o tabagismo, para além de ser a principal causa de DPOC, continua a contribuir para a elevada prevalência da doença em Portugal (DGS, 2005).

Outro indicador do peso da DPOC em Portugal são os internamentos hospitalares, medidos através dos doentes que tiveram alta com esse diagnóstico. Pelo menos nas suas formas mais graves, e nas agudizações, a DPOC obriga frequentemente a internamento hospitalar. A análise dos dados do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) de 2008 revela que a DPOC foi em 2007 a 3ª causa de internamento por doença respiratória, com 6570 doentes saídos, o que corresponde a 7% dos doentes saídos com o diagnóstico principal de doença do foro respiratório. Segundo a mesma fonte, as taxas mais elevadas de DPOC encontram-se no Norte com 7,5/10000 habitantes. No Centro do país 6,5/10000, em Lisboa e Vale do Tejo 6,3, no Alentejo 3,9 e no Algarve 3,8 (ONDR, 2008).

Quanto à mortalidade, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), colocam a DPOC como a 5ª causa de morte por doença em Portugal (2682 óbitos em 2006), atrás das doenças cardio-cerebro-vasculares, diabetes, pneumonias e cancro do pulmão.

A DPOC não é só uma doença com elevada mortalidade. É também uma doença que acarreta, com frequência incapacidade de grau moderado ou grave. É a 5ª causa de incapacidade, a partir dos 60 anos nos países de alto rendimento *per capita* e a 7ª causa nos grupos etários entre os 0 e os 59 anos. A DPOC é responsável no mundo por mais de 1,5 milhões de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade. Em Portugal é anualmente responsável pela perda de 74.547 anos de vida, ajustados por incapacidade (ONDR, 2009).

Para além dos custos directos na saúde dos indivíduos, a DPOC tem também custos económicos bastante relevantes, decorrentes das consultas médicas, da medicação, da oxigenioterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração, dos internamentos, do apoio domiciliário e das idas aos serviços de urgência. Os gastos com a DPOC têm tendência a aumentar consoante o aumento da gravidade da doença e o número de agudizações a que os indivíduos estão sujeitos (FARIA; CLEMENTE; RODRIGUES, 2006) (PEREIRA, 2009).

Quanto mais precoce for o diagnóstico de DPOC, mais possibilidades haverá de se retardar a evolução natural da doença, e assim diminuir a prevalência e a taxa de mortalidade elevada que existe em Portugal. A realização de espirometria é o exame que permite fazer o diagnóstico de DPOC e além disso, avaliar a gravidade da doença e orientar a adequada prescrição médica. Permite ainda, a oportunidade de adopção de medidas para o controlo de sintomas e prevenção de exacerbações, com redução de idas à consulta, de internamentos hospitalares e de absentismo laboral, associadas à redução da qualidade de vida da pessoa (DGS, 2005).

2.3 – FACTORES DE RISCO

“A identificação dos factores de risco é um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção e tratamento de qualquer doença” (PEREIRA, 2009, p. 11).

A identificação do tabagismo como o factor de risco major para a DPOC levou à criação de programas de cessação tabágica como elemento chave na prevenção e tratamento da DPOC. No entanto, apesar do tabagismo ser o factor de risco mais documentado, é importante lembrar que não é o único factor de causa da doença. Pensa-se por isto, que o risco global para desenvolver DPOC resulta da interacção de diversos factores, entre eles factores genéticos e sócio-ambientais que requerem uma pesquisa mais profunda (DOHERTY et al., 2008a) (PEREIRA, 2009).

Certos factores genéticos podem predispor os indivíduos a desenvolver DPOC, mesmo que não tenham sido expostos a outros factores de risco externos. O factor genético mais bem documentado é a **deficiência da antitripsina alfa 1**, que tem como resultado um desenvolvimento prematuro e acelerado de enfisema pulmonar generalizado com consequente diminuição da função pulmonar. Apesar desta deficiência atingir apenas uma pequena parte da população mundial, esta situação permite confirmar o envolvimento genético no aparecimento da DPOC. Foi também observado um risco significativo de obstrução pulmonar em descendentes de indivíduos com DPOC grave, o que mais uma vez sugere que factores genéticos podem influenciar esta susceptibilidade. Vários estudos têm tentado descobrir qual o factor genético que possa estar associado à predisposição para o desenvolvimento da DPOC, no entanto os resultados não foram consistentes, e os factores envolvidos no aparecimento da doença não foram ainda claramente estabelecidos (PEREIRA, 2008).

Entre os factores externos mais conhecidos para o desenvolvimento da DPOC, os autores citam o fumo do tabaco, as exposições profissionais e ambientais a partículas e gases prejudiciais.

Mas, segundo Rocha (2005, apud BRUM; LANGENDORF, 2009) o **tabaco** é o principal agente etiológico da bronquite crónica e do enfisema pulmonar, contribuindo com cerca de 80 a 90% no aparecimento da doença. Também Araújo (2011) partilha desta ideia, para quem o tabaco é responsável por mais de 85% dos casos de DPOC. O cigarro devido às suas inúmeras partículas irritantes e tóxicas (fenóis, aldeídos, ácidos orgânicos), faz com que os seus consumidores tenham uma maior prevalência de sintomas e alterações pulmonares, verificadas por um declínio mais acentuado do VEMS, lesões irreversíveis no epitélio pulmonar e uma mortalidade mais elevada que os não fumadores. Existe um dramático sinergismo entre DPOC e tabagismo, levando a que, quer a prevalência da doença, quer a mortalidade, estejam aumentadas nos indivíduos fumadores, havendo uma relação dose dependente, isto é, quanto mais cedo se inicia o hábito de fumar, o número de maços ano fumados e manter-se fumador são preditores de mortalidade. A exposição passiva ao fumo do tabaco pode igualmente contribuir para o aparecimento de sintomas, por aumento da carga total de partículas e gases inalados. A recente Lei do Tabaco em Portugal, aprovada pela Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, e que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008, teve sem dúvida um impacto positivo, particularmente na redução da exposição ao fumo passivo (ARAÚJO, 2011) (BRUM; LANGENDORF, 2009) (PEREIRA, 2009).

Contudo, outros tipos de exposição, como a **poluição atmosférica** presente no ar ambiente dentro e fora das habitações, podem contribuir para o eclodir da doença. Vários agentes, como a madeira, detritos animais, resíduos agrícolas e carvão ao serem queimados em espaços fechados e pouco ventilados, podem levar a elevados níveis de poluição dentro desse espaço. É importante não esquecer que em muitas partes dos países em desenvolvimento, a exposição a combustíveis de biomassa, como o fumo de fogos para cozinhar (que também servem de fonte de calor durante a noite), é factor predominante no aparecimento de DPOC, frequentemente em mulheres não fumadoras que são expostas de forma contínua a estas exposições por inalação (DOHERTY et al., 2008a). O elevado nível de poluição atmosférica é também relevante, particularmente nas regiões urbanas, no que concerne às pequenas partículas e aos dióxidos de enxofre e de azoto, sendo as grandes fontes de produção destes poluentes, o trânsito automóvel e as chaminés industriais (ARAÚJO, 2011) (PEREIRA, 2009).

Igualmente importante e subvalorizado enquanto factor de risco de DPOC, é a **exposição em ambiente de trabalho**, a poeiras, pós e agentes químicos. Segundo Pereira (2009), a American Toracic Society (ATS) numa revisão publicada no ano de 2003, refere que a exposição profissional a agentes tóxicos é responsável por 10 a 20% dos sintomas ou achados relacionados com a DPOC.

Para além dos factores atrás referidos, existem outros que podem induzir e agravar a doença. As **infecções frequentes das vias aéreas inferiores**, particularmente nas crianças, para além de contribuírem para a patogénese da DPOC, podem ter um papel importante nas agudizações, existindo segundo alguns autores uma associação entre estas infecções na infância e o aparecimento de DPOC na idade adulta.

Também o **baixo nível socioeconómico**, a má nutrição e a perda de peso podem reduzir a força e a resistência muscular quer ao nível dos músculos respiratórios quer ao nível dos músculos periféricos. A asma segundo alguns autores constitui um risco para o desenvolvimento de DPOC, sendo doze vezes superior relativamente aos não asmáticos (PEREIRA, 2009) (PETTY, 2006).

2.4 – ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NO INDIVÍDUO COM DPOC

A DPOC é uma doença progressiva e pouco reversível, pelo que os objectivos do tratamento passam por contrariar a progressão da doença. Algumas intervenções como deixar de fumar, a oxigenioterapia de longa duração, e a ventilação não invasiva, melhoram o tempo de sobrevivência, enquanto a terapêutica farmacológica, a reabilitação respiratória e a cirurgia melhoram os sintomas e a qualidade de vida (COTE; CELLI, 2006).

Para SILVA, (2004, p. 56) o tratamento deve ser “orientado por princípios fisiologicamente correctos, com abordagem farmacológica estratégica” para melhorar quer a sobrevida quer a qualidade de vida de muitos doentes com manifestações tardias da DPOC.

2.4.1 – Profilaxia

A prevenção da doença passa muito pela evitação dos factores de risco exógenos, nomeadamente: a exposição a poluentes profissionais (uso de protecções individualizadas, com máscaras ou ventilação adequada dos locais de trabalho); a níveis de poluição atmosférica elevados (em dias de agravamento das condições atmosféricas ter preocupação

redobrada em se resguardar); e principalmente dos hábitos tabágicos (com educação e orientação do doente ou com uma suspensão abrupta). A **Cessação Tabágica** é de facto a única medida comprovadamente eficaz capaz de retardar a deterioração respiratória, inexorável nesta doença

2.4.2 – Terapêutica

A terapêutica deverá ser feita tendo em atenção a gravidade da doença e a tolerância do doente, com os objectivos de: a) Prevenir a progressão da doença; b) Aliviar os sintomas; c) Aumentar a tolerância ao exercício; d) Melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida; e) Prevenir e tratar as exacerbações; f) Prevenir e tratar as complicações; g) Reduzir a mortalidade (DGS, 2007).

Embora não cure a DPOC, o **tratamento farmacológico** tem um repercussão relevante na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes. Os broncodilatadores (agonistas adrenérgicos β -2, anticolinérgicos, metilxantinas) e os glucocorticóides constituem os principais medicamentos utilizados no tratamento da DPOC.

Os broncodilatadores são fundamentais para o controlo da sintomatologia, sendo a via inalatória a via de administração preferida devido à menor incidência de efeitos secundários. Diversas *guidelines* sugerem a utilização de glucocorticóides inalados (a adicionar à terapêutica broncodilatadora) em doentes sintomáticos nos estadios III ou IV da doença (VEMS < 50%) e que apresentam exacerbações frequentes. Este tratamento revelou diminuir a frequência das exacerbações e, assim, melhorar o estado geral do doente.

Outros medicamentos que têm sido recomendados na DPOC incluem: vacinas antigripais, que podem reduzir em cerca de 50% a morbidade e a mortalidade nos doentes com DPOC, vacinas antipneumocócicas, mucolíticos/expectorantes e antibióticos (MORGADO, 2006)

Dentro do **tratamento não farmacológico** inclui-se a oxigenioterapia de longa duração, a assistência ventilatória, reabilitação respiratória e a cirurgia.

Oxigenioterapia

Tem sido utilizada sistematicamente desde os anos 70, quando Barach e depois Petty e colaboradores reconheceram os benefícios do fornecimento contínuo de oxigénio aos doentes

com DPOC grave (COTE; CELLI, 2006). A partir destas evidências, milhares de pacientes portadores de DPOC, em todo o mundo, passaram a utilizar esta forma de terapia. A utilização da oxigenioterapia foi motivada pelos resultados de dois estudos do início da década de 80 de século passado (BARTHOLO; GOMES; FILHO, 2009). O estudo *Nocturnal Oxygen Trial* e do *Medial Research Council* estabeleceram que a oxigenioterapia de longa duração (OLD) prolongava a sobrevivência dos doentes com DPOC hipoxêmicos e que a sobrevivência estava relacionada com o número de horas de fornecimento de oxigênio suplementar (COTE; CELLI, 2006). De acordo com as recomendações do GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), os pacientes que devem fazer uso da oxigenioterapia domiciliar por mais de quinze horas por dia, como uma terapia a ser considerada, são aqueles que se encontram no estágio IV da doença. Este estágio é o mais grave da doença e é definido por limitação grave ao fluxo aéreo.

A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções cardiovascular e muscular sistêmica, o desempenho em testes neuropsicológicos, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhora do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internamentos (BARTHOLO; GOMES; FILHO, 2009).

Ventilação não Invasiva

A ventilação não invasiva (VNI) refere-se a aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos da via aérea. Em crescente uso, tem um papel cada vez mais importante, quer em patologia aguda (unidades de cuidados intensivos), quer na da doença respiratória crônica (FERREIRA et al., 2009). O número de doentes com ventiloterapia domiciliária tem vindo a multiplicar-se em vários países. De facto, os horizontes da ventilação mecânica domiciliária alargaram-se quando se constatou que a maior parte dos insuficientes respiratórios necessitavam apenas de ventilação noturna.

Na insuficiência respiratória crônica a VNI é utilizada em doentes que cronicamente não mantêm níveis adequados de ventilação alveolar. Estes pacientes apresentam na sua maioria hipoventilação alveolar noturna caracterizada pela presença constante de sintomas compatíveis. Em alguns casos o suporte ventilatório não invasivo está indicado como complemento da oxigenioterapia. A VNI tem um papel muito importante na modificação da evolução das patologias respiratórias crônicas, permitindo quebrar o ciclo vicioso da imobilidade oferecendo ao paciente um aumento da auto-estima e qualidade de vida. (GONÇALVES; PINTO, 2008)

Reabilitação Respiratória

“A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas actividades de vida diária” (DGS, 2009). A RR é indicada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença. O projecto GOLD apresenta nas suas linhas orientadoras do tratamento não farmacológico, o programa de reabilitação respiratória dirigido para os estadios II, III e IV da doença, mas essencialmente dirigido a doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa (DGS, 2009) (MAGALHÃES, 2009).

Os benefícios da RR em doentes com DPOC são cada vez mais sustentados por uma forte, sólida e crescente evidência científica. Segundo Ries (2010), nos últimos 10 anos, perto de 1000 novos artigos foram adicionados à literatura médica abordando este tema. Para Cote e Celli (2006), estudos bem controlados têm mostrado melhorias significativas em vários parâmetros depois da RR, incluindo melhoria da capacidade de exercício, melhoria da qualidade de vida, redução da dispneia e menos internamentos hospitalares.

Em doentes com DPOC sintomática, a RR é eficaz na melhoria da tolerância ao exercício e na redução da dispneia. Segundo Doherty et al. (2008b), demonstrou-se numa metanálise que a reabilitação melhorava de forma significativa a distância de uma caminhada de 6 minutos e reduzia a dispneia, em doentes com DPOC ligeira e moderada, assim como em doentes com doença grave. Para Fernandes (2009), a RR é ainda mais eficaz que outras terapias, incluindo broncodilatadores ou suplementação de oxigénio.

Os programas de RR incluem a avaliação do doente, o exercício, a educação e o apoio psicossocial. Para serem bem sucedidos, exigem mudanças comportamentais complexas que requerem empenho e adesão por parte dos indivíduos. Estas mudanças incluem alterações de estilos de vida, com incorporação de exercício regular, o uso de técnicas de controlo da respiração e de conservação de energia, o uso de medicação, suplemento de oxigénio e adaptações psico-sociais (PEREIRA, 2009).

Os doentes com DPOC adoptam, frequentemente e inconscientemente, um estilo de vida sedentário, provavelmente devido ao stress gerado pela dispneia e fadiga ao exercício. A dispneia ao exercício costuma desenvolver-se de forma gradual, e o paciente pode atribuí-la ao processo normal de envelhecimento. O descondicionamento físico resultante e as

alterações na estrutura e função dos músculos periféricos resultam em mais dispneia e fadiga ao exercício, levando a mais sedentarismo. A RR interrompe esse ciclo vicioso, especialmente por aumentar a capacidade para o exercício e promover a actividade física.

Para além disto, a RR é associada a uma melhora da função psicológica, incluindo redução da depressão e da ansiedade, além de aumentar o desempenho cognitivo. O exercício pode funcionar como distração de preocupações em doentes que são mais susceptíveis ao desenvolvimento de depressão, e sendo os exercícios realizados em grupo, fornecem contactos sociais regulares e suporte social, podendo reduzir a depressão em indivíduos isolados socialmente (FERNANDES, 2009).

Para ser bem sucedido, o programa de RR deve prestar atenção às incapacidades físicas, bem como aos problemas psicológicos, emocionais e sociais, de forma a ajudar a otimizar a terapêutica para melhorar a função pulmonar e a tolerância ao exercício (PEREIRA, 2009).

De acordo com a DGS (2009), a equipa multidisciplinar de RR deve incluir médico pneumologista e fisiatra, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional. A duração dos programas de RR tem sido muito discutida, entre a comunidade científica, aconselhando-se a duração entre as 8 e as 12 semanas. Os programas de menor duração (6–8 semanas), são menos dispendiosos e permitem que os indivíduos conheçam e participem no programa de exercício. No entanto, o objectivo central dos programas de RR, é o de promover mudanças no comportamento destes indivíduos, provocando alterações de um estilo de vida sedentário para um mais activo e consequentemente mais saudável. Apesar de poderem ocorrer algumas mudanças fisiológicas após um período de curta duração, as mudanças comportamentais exigem períodos de tempo mais longo.

Alguns factores externos podem condicionar a duração do programa de RR, como os sistemas de saúde e as políticas de reembolso e comparticipação, a acessibilidade aos programas, a referenciação para os programas por parte dos prestadores de cuidados de saúde, o nível de aptidão funcional e a motivação do doente para atingir os objectivos do programa de tratamento (PEREIRA, 2009). Apesar das recomendações, apenas uma pequena fração dos doentes portadores de DPOC tem acesso a programas de reabilitação em todo o mundo. Os doentes que completam os programas de reabilitação pulmonar têm mudanças psicológicas positivas, melhoram as habilidades funcionais, aumentam a motivação para os exercícios e

conseqüentemente melhoram sua qualidade de vida (FERNANDES, 2009) (GALVEZ et al., 2007).

2.5 – LIMITAÇÕES E IMPACTOS ASSOCIADOS À DPOC

Considerando as particularidades da DPOC, as limitações frequentemente referidas pelos pacientes traduzem-se por uma desorganização externa, ao nível do seu dia-a-dia e das suas funções, bem como ao nível das suas relações familiares, e por uma desorganização interna, ao nível da percepção que o doente tem de si próprio e da sua capacidade de enfrentar o processo de doença. O doente sofre restrições e perda de capacidade para desempenhar actividades anteriormente realizadas. Têm de encarar a perda de um corpo saudável e activo, o que leva em muitos casos a uma diminuição da autonomia e da capacidade de agir com independência. No entanto, para além da limitação física, a DPOC revela impacto psicológico, social, profissional e económico (COSME; MARTINS, 2006) (SILVA et al., 2006).

2.5.1 - Impacto da Doença no Funcionamento Físico

A DPOC provoca alterações patológicas ao nível das vias aéreas próximas, parênquima pulmonar e árvore vascular pulmonar. Estas alterações caracterizam-se por inflamação crónica e alterações estruturais que resultam de lesões repetidas. Geralmente, as alterações inflamatórias e estruturais nas vias aéreas aumentam com o grau de gravidade da doença e não desaparecem com a suspensão tabágica. Os indivíduos com DPOC apresentam um aumento do trabalho muscular respiratório, para qualquer nível de ventilação, quando comparados com indivíduos saudáveis, reflectindo uma diminuição funcional dos músculos respiratórios e conseqüentemente uma limitação e diminuição ventilatória (PEREIRA, 2009).

A progressiva redução da função pulmonar conduz o doente com DPOC a confrontar-se com a presença de dispneia. Devido ao seu carácter insidioso, o doente pode iniciar um percurso de sofrimento, muito antes, de perceber a condição de doença. Numa fase muito inicial os sintomas apresentam-se discretos, com uma ligeira falta de ar associada a esforços físicos, como subir escadas ou andar depressa. Geralmente o doente atribuiu os seus sintomas ao cansaço ou mesmo à falta de preparação física e, no caso dos indivíduos mais velhos, pode levá-los a atribuir à idade. Com o passar do tempo, a doença leva a pessoa a experimentar um mal-estar progressivo, acompanhado de um aumento da intensidade da dispneia. Nas fases

mais avançadas da doença a dispneia está presente nas actividades mais triviais do quotidiano e até mesmo em repouso. De acordo com o estadio da doença, o doente é confrontado com as suas limitações, podendo originar um ciclo vicioso de alterações ao nível da massa corporal e diminuição da sua mobilidade, com impacto indirecto na Qualidade de Vida (QDV).

Segundo a GOLD (2001, apud SILVA et al., 2006), com a progressão da doença, aumenta a frequência e gravidade das exacerbações que conduzem à admissão frequente do doente ao hospital, podendo colocar a vida do próprio em risco.

2.5.2 - Impacto da Doença no Funcionamento Psicológico e Social

Cada vez há mais provas que indicam que a DPOC é mais que uma doença física, acompanhando-se frequentemente de significativos problemas psicológicos e comportamentais. Do ponto de vista psicológico, a doença arrasta consigo um conjunto de características que reflectem as mais profundas consequências aos níveis do equilíbrio emocional, afectivo e relacional. Segundo alguns autores os doentes com DPOC apresentam um controlo emocional e mental rígido, o qual permite ao indivíduo evitar alguns conflitos, mas pode igualmente gerar outros (PETTY, 2006).

As dificuldades emocionais são enormes, principalmente quando está presente um sentimento de incapacidade de partilhar com o outro, o dar e receber afecto, demonstrando pouca disponibilidade para expor uma atitude que é fundamental para estabelecer qualquer relação que se pretenda ter como saudável e produtiva (SILVA et al., 2006).

Ao estudarem as características psicológicas dos doentes com DPOC, Hynninem e os seus colaboradores (2005, apud SILVA et al., 2006), encontraram um grande isolamento social, assim como, sentimentos de ineficácia, insegurança e inferioridade. Existem doentes que abandonam as actividades que lhes dão sentido à vida, e mudam para actividades menos exigentes que também os satisfaçam. Enquanto outros abandonam e desistem por completo dessas actividades, com sentimentos de impotência, isolamento e sensação de inutilidade. A vida social e familiar do doente é invadida pela presença constante da dispneia, pois toda a actividade mental do indivíduo é dedicada ao medo de desencadeamento da sintomatologia. Isto limita o doente, fragiliza-o e leva-o a restringir as suas actividades. Também, a presença de tosse e expectoração constituem um papel condicionante na inibição das suas actividades sociais e das suas relações familiares mais íntimas. Os doentes com DPOC habituados a exercer funções que envolvam o contacto com o público, assim como actividades que exijam

um maior investimento nos cuidados pessoais, quando confrontados com a necessidade de fazer oxigénio tendem a revelar maiores dificuldades de adaptação à doença e ao tratamento, manifestando mesmo sentimentos de vergonha (LEIDY, 2010) (SILVA et al., 2006).

As limitações funcionais da doença podem levar o indivíduo, a uma abstenção temporária do seu emprego afectando assim a sua função profissional e consequentemente a vida económica.

Para Petty (2006), muitos doentes com DPOC têm uma componente psicológica importante caracterizada por ansiedade e depressão. A elevada prevalência da ansiedade tem vindo a ser relacionada com uma resposta emocional à sintomatologia respiratória, sendo responsável pelo agravamento da dispneia e de todo o quadro clínico, levando muitas vezes o doente a ser internado. Para o mesmo autor, esta poderá ser a razão pela qual a dependência da nicotina é tão poderosa nos doentes com DPOC. A nicotina ajuda a minorar estes sintomas e percepções desconfortáveis. Assim, o verdadeiro factor que mata estes doentes com DPOC – o tabaco – pode também estar a ajudá-los a adaptarem-se ao seu sofrimento. Habitados a moldar a sua vida de forma activa e independente, desenvolvem frequentemente quadros depressivos reactivos à doença, quando confrontados com a perda do papel familiar e social, e com a incapacidade para realizar tarefas como os próprios cuidados de higiene (SILVA et al., 2006). Estes sentimentos podem contribuir para uma espiral de redução progressiva do empenho, desencorajamento e perda de condição física que segue a sua própria trajectória, independentemente da função pulmonar (LEIDY, 2010).

O apoio ao adulto com uma doença crónica dá-se essencialmente no contexto familiar, que se comporta como uma organização sistémica complexa. A família tem a possibilidade e capacidade de se reestruturar perante a emergência de crises (como a doença). Isto é: o modelo de relacionamento familiar terá de se alterar, em consequência do aparecimento e continuidade da doença (crónica) de forma a integrar a mudança mais ou menos definida por ela ocasionada. No quadro do ciclo vital da família, à medida que o tempo vai passando as relações entre os seus membros vão-se organizando diferentemente. Toda a família está sujeita a mudanças e passa necessariamente por várias crises, diferenciando-se na forma como são capazes de as elaborar ou de encontrar os caminhos que lhes permite a reestruturação, que as faz avançar em co-evolução. As famílias, assim diferenciam-se na flexibilidade, na possibilidade de encontrar o equilíbrio dinâmico que os momentos exigem. Numa crise ou doença aguda ou crónica a família sofre ajustamentos de modo adaptativo de forma a retomar o equilíbrio perdido temporariamente. A capacidade de mudança e de se transformar é pois

um atributo central para a sobrevivência do sistema familiar. A família move-se, aprende e adquire autonomia. Uma autonomia que dependerá das suas capacidades e dos elementos

A **funcionalidade família** poderá constituir um facilitador na adaptação à doença, facultando um suporte emocional e social mais eficaz, e, influenciando o auto-conceito do doente e a auto-estima. O que acontece é que muitas vezes, devido ao stress que o factor doença representa para os familiares, associado a dificuldades emocionais e funcionais em lidar com a condição actual, a própria família pode induzir a exacerbação da incapacidade no próprio doente, diminuindo assim, o seu sentido de independência e de auto eficácia. A percepção de dependência nos doentes com DPOC torna-os mais sensíveis e expostos a conflitos interpessoais (SILVA et al., 2006).

3 – QUALIDADE DE VIDA

“Tenho absoluta consciência das minhas limitações físicas e, como assim, condiciono os esforços às minhas capacidades. Por isso e por efeito de algum rigor de vida, posso dizer que tenho uma qualidade de vida praticamente inalterada.”

J.P. S., doente com DPOC

3.1 – CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida apresenta-se como uma área de estudo muito actual e que tem sido alvo de investigação por parte de vários investigadores ligados às mais diversas ciências e disciplinas, como sejam, a filosofia, a sociologia, a economia, a psicologia, a medicina e a enfermagem. A grande preocupação de todos eles é: identificar e perceber os aspectos que influenciam o bem-estar do ser humano.

Actualmente a expressão Qualidade de Vida (QDV) está amplamente divulgada na linguagem corrente, na literatura científica e nos meios de comunicação social, sem no entanto existir uma unanimidade acerca do seu verdadeiro significado. Apesar da extensa utilização do termo, existe uma grande ambiguidade conceitual e teórica na sua definição. O termo QDV tem sido submetido a numerosas interpretações. Para a população em geral, a QDV é externamente importante, sendo considerada a força motriz que suporta as acções, sendo um conceito altamente subjectivo e difícil de quantificar (DIAS, 2006).

O conceito de Qualidade de Vida (QDV) foi usado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson no ano de 1964, quando este declarou que os “objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” Aqui Lyndon Johnson referiu-se claro à qualidade de vida em termos económicos (MARTINS, 2004, p. 165).

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos. Com o passar dos anos, o conceito ampliou-se, significando, além do crescimento

econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006) .

Continuando a progredir nos anos, verificamos que os estudiosos foram refletindo sobre o conceito de qualidade de vida e a partir dos anos 80 considerou-se que este envolvia diferentes perspectivas, entre elas a biológica, psicológica, cultural e económica, ou seja, que o conceito era multidimensional. Contudo, só na década de 90 se chegou à conclusão acerca desta multidimensionalidade e também da subjectividade do conceito, uma vez que, cada indivíduo, avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas de qualidade de vida (LEAL, 2008).

A evolução do conceito de QDV tem-se encontrado também associada a diversos referenciais teóricos que reflectem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjectivo, na generalidade dos casos utilizados indiscriminadamente como sinónimos Este facto tem contribuído para as dificuldades na delimitação científica do conceito, uma vez que embora relacionados, estas designações são estruturalmente diferentes do conceito de qualidade de vida. A falta de clareza é tão acentuada que, segundo Seild e Zannon (2004, p. 581) já em meados da década de 70, Campbell descreveu as dificuldades que cercavam a conceitualização do termo qualidade de vida ao referir-se à mesma como “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas ninguém sabe claramente o que é”.

Todavia, outros autores têm sido mais optimistas, cada qual abordando a questão sob o prisma da sua área, com destintos objectivos. Não há de facto uma definição de QDV universalmente aceite. Pelo contrário, existe grande variação nas definições relatadas na literatura, diferindo elas, amiúde, em função do propósito a que se aplicam (SANTOS, 2006).

Estamos de acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), quando atestam que qualidade de vida é: uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e na própria estética existência. Pressupõe a capacidade de efectuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar. O conceito abrange diversos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e colectividades que a eles se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para Ribeiro et al. (2008), o conceito de qualidade de vida pode ser concebido como uma representação social com parâmetros objectivos – satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade – e subjectivos – bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal. Além destes parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo. Para os mesmos autores, ao analisar a qualidade de vida, devem também considerar-se factores políticos e de desenvolvimento humano. O grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida (familiar, amorosa, ambiental, social, profissional e existencial) relaciona-se ao padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade.

Poder-se-ia dizer que a QDV pressupõe tudo aquilo que se possa revelar de interesse individual no sentir e no vivenciar do sujeito.

A relatividade da noção de qualidade de vida, que em última instância remete para o plano individual, pode descrever-se sob três pontos de referência. A referência histórica, a qual nos diz que, em determinado tempo do seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente de uma outra época histórica. Em segundo lugar a referência cultural, na qual os valores e necessidades são construídos e hierarquizados de forma diferenciada pelos povos, revelando as suas tradições. E um terceiro aspecto que se refere, às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que investigam as sociedades em que as desigualdades e as heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a noção de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Por outro lado, a mutabilidade do conceito também deverá ser considerada. A qualidade de vida não pode nem deve ser entendida como um processo estático, mas sim como dependente de mudanças sofridas com o decurso do tempo e das próprias experiências de vida (CARVALHO, 2002)

Embora não haja um consenso acerca da definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a subjetividade, a multidimensionalidade e as dimensões positivas e negativas são aspectos essenciais para a compreensão deste constructo. Assim, define a QDV como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995 apud

SANTOS, 2006). Esta definição indicia a complexidade do conceito em causa. Percebe-se que este é um conceito amplo, abrangente e que cabe em todas as formas de trabalho, afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (MARTINS, 2004).

O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objecto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias quantitativas e qualitativas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dauphinee e Kuchler (1994) apud Martins (2004), conceptualizaram um modelo de qualidade de vida que engloba uma série de ideias de outros teóricos, determinado por experiências subjectivas e por factores objectivos num quadro de três dimensões: a dimensão referência, a dimensão experiência e a dimensão tempo.

1. A *dimensão de referência* situa o sujeito no seu contexto familiar, grupo social e cultural, verificando-se a influência de todos estes aspectos na avaliação da QDV de cada pessoa.
2. A *dimensão de tempo* introduz a noção que a QDV resulta da interacção entre a situação presente com as experiências passadas e ainda com os objectivos e perspectivas para o futuro.
3. A dimensão de experiência inclui o estado físico (capacidade funcional e sintomatologia, devido à doença ou ao tratamento), o estado psicológico (aspectos cognitivos e emocionais), o domínio sócio-económico (desempenho no emprego, possibilidade de gerir os tempos livres), as relações interpessoais (com a família, amigos e técnicos de saúde), e ainda inclui as crenças religiosas que cada um atribui à própria existência.

Estas três dimensões interagem umas com as outras para fornecer no seu todo uma perspectiva colectiva da QDV do sujeito, num dado momento da sua vida.

De acordo com Martins (2004), para os autores citados, este modelo poderá servir de ponto de partida para futuras orientações e discussões, não podendo contudo ser usado na

elaboração de medidas para melhorar a QDV, uma vez que é quase impossível elaborar um programa de reabilitação que reúna todos os aspectos referidos.

Analisando a forma terminológica dos domínios de QDV podemos concluir que o conceito de qualidade de vida caracteriza-se por ser muito global. Com base nesta visão global a OMS (1998) considera existir um “Universal cultural” de QDV que importa investigar, propondo para isso seis domínios a avaliar: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (MARTINS, 2004).

Vários investigadores consideraram a saúde e os cuidados de saúde como componentes importantes para a QDV mas, tais elementos não são condição suficiente para uma qualidade de vida geral satisfatória. Dentro desta discussão, surge uma dificuldade de entendimento: será a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou saúde será uma dimensão ou domínio de qualidade de vida? Os aspectos relacionados com a saúde sobressaem das diversas abordagens sobre qualidade de vida, adquirindo a designação específica de “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (DIAS, 2006) (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

3.2 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Tornou-se algo comum, no âmbito do sector da saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Por mais correcta que esteja, tal afirmação costuma ser vazia de significado e, freqüentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico fora do referencial do sistema médico. Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal estar com o reducionismo biomédico.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalista, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Foi no entanto, a partir do século XX que o conceito de qualidade de vida adquirir maior relevância, sendo amplamente debatido no contexto da saúde. Com o avanço tecnológico do início do século XX, criou-se a falsa expectativa de que a cura das doenças ou

tratamentos eficientes e definitivos seriam uma realidade. Muito se avançou em tratamentos capazes, sobretudo, de prolongar a vida. Porém apesar destes avanços, tornou-se claro que a maioria das doenças não é passível de cura. Percebeu-se que aumentar quantitativamente a sobrevivência dos doentes, nem sempre reproduzia um impacto qualitativo que garantisse uma recuperação significativa do seu estado físico, emocional e social.

Nas últimas décadas, com o aumento da esperança média de vida e, consequentemente, da prevalência de doenças crónicas, e diante das evidências acima mencionadas, surge a emergência do conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, como componente importante dos cuidados de saúde (CERQUEIRA; CREPALDI, 2000).

Neste contexto é importante distinguir a qualidade de vida global, da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), conceito que, segundo Spieth e Harris (1996 apud Santos, 2006), se refere ao impacto objectivo e subjectivo da doença e do tratamento. Outros autores acentuam que a QVRS está centrada no “paciente” (e não na perspectiva do médico), reflectindo a avaliação subjectiva do indivíduo acerca do seu próprio funcionamento e bem-estar, em vários domínios relacionados com a saúde.

Os indicadores subjectivos de QDV tornam-se então populares devido ao reconhecimento da importância da satisfação do doente e também como este percebe o seu próprio estado de saúde, características que nem sempre estão de acordo com os resultados objectivos relativos à doença, uma vez que os resultados clínicos de uma forma isolada revelam-se, muitas vezes, insuficientes (CARVALHO, 2002).

Na mesma linha de pensamento encontramos Bowling (1995 apud Dias, 2006, p. 30), ao afirmar, que o conceito de QVRS “é subjectivo e relaciona-se com os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade para viver a vida, contemplando os aspectos positivos e negativos da mesma, bem-estar, saúde física, psíquica e social”. O mesmo autor, incluiu componentes como a capacidade funcional, grau e qualidade das interacções sociais, bem-estar psicológico, sintomas, sensações somáticas (dor), harmonia, capacidade para lidar com o stress e satisfação com a vida.

Para Seidl e Zannon (2004), o termo QVRS tem sido utilizado com objectivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais directamente associados às doenças ou às intervenções em saúde.

Proposta similar é apresentada por Matos e Machado (2007, p. 140), para quem a QVRS não é conceito unitário, é sim “a componente da qualidade de vida total que é

determinada principalmente pelo estado de saúde, constituindo desta forma um indicador da percepção que o doente tem do impacto da doença no seu bem-estar e funcionamento diário”. Esta perspectiva diz-nos que a qualidade de vida traduz mais do que o estado de saúde, mas sobretudo a maneira como o doente percebe e reage às limitações impostas pela sua doença em três domínios principais: físico, psicológico e social.

Estamos de acordo com Carvalho (2002), ao afirmar que é necessário que a avaliação objectiva da situação do doente, seja complementada com a informação subjectiva do próprio doente, emergindo a avaliação da QDV, como um dos critérios de importância crescente associado aos indicadores clínicos tradicionais. A avaliação da QDV na prática diária, fornece informação que pode ajudar a conhecer melhor os doentes e ajudar nas medidas a colocar em prática, além de melhorar potencialmente, a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e o doente.

Muitas das medidas utilizadas no passado para medir saúde, não passavam de indicadores de “doença”, isto é, baseavam-se num conceito médico que privilegiava a existência de sintomas que definiam uma condição patológica (DIAS, 2006).

A medição da QVRS surge como um novo indicador, que se baseia no conceito de saúde positiva. Este conceito abrange mais do que a ausência de doença ou incapacidade, e incluiu a integridade e total funcionalidade do corpo e da mente, bem-estar e adaptação social (DIAS, 2006).

Medir resultados em saúde é um dos grandes objectivos dos prestadores de cuidados de saúde, das autoridades de saúde, dos investigadores e a um nível mais restrito do próprio indivíduo. Também Villas-Boas (1998 apud Martins, 2004) defende que a medição da qualidade de vida é fundamental não só para o doente, mas também para os profissionais de saúde, para os gestores e ainda para as entidades governamentais.

Para este efeito têm sido desenvolvidos ao longo dos anos, uma série de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, muitos dos quais aplicados em situações específicas por profissionais de saúde. Estes instrumentos podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos.

Os instrumentos genéricos tal como o nome indica, fornecem informações sobre muitos aspectos da vida dos indivíduos. Quantificam um largo espectro de doenças e estados de doença (PEREIRA, 2009). Para Heyes (1995 apud Abreu, 2005), nos instrumentos genéricos de QVRS, os conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou

grupo de tratamento, por isso é possível estabelecer comparações entre população saudável e com determinada patologia, entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos.

Os instrumentos específicos, em geral, avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da QVRS proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhoria ou piora do aspecto particular em estudo. Podem ser específicos para uma determinada função, população ou alteração (ABREU, 2005). São na opinião de Pereira (2009), mais sensíveis, devido ao facto das suas questões estarem directamente relacionadas com uma doença específica, tornando-os capazes de detectar pequenas alterações no estado de saúde, mas clinicamente significativas.

3.3 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM DPOC

A avaliação da qualidade de vida dos doentes, em particular dos doentes crónicos, não é uma preocupação recente. A vivência de uma doença crónica (em especial de início tardio), envolve um complexo processo de adaptação e traz consigo um leque de alterações que repentinamente podem desafiar a visão que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e do mundo: a) alterações de papéis pessoais, sociais e profissionais; b) sofrimento físico e psicológico; c) autocuidado, complexo e prolongado; d) interferência ou restrição na realização das actividades de vida diária (MATOS; MACHADO, 2007).

As doenças crónicas não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim, por serem doenças sem cura ou de duração muito prolongada, que têm de ser geridas em vez de ser curadas. Afectam pessoas de todas as faixas etárias e podem acarretar efeitos danosos, além de complicações e prejuízos multidimensionais na vida do doente, prejudicando a qualidade de vida e podem também trazer implicações económicas no seu controle e tratamento.

Existem vários factores que influenciam a percepção dos portadores de doenças crónicas sobre a sua saúde e qualidade de vida, e alguns deles estão directamente relacionados aos limites impostos pela doença e tratamento. Para Cerqueira e Crepaldi (2000, p. 207), nas doenças pulmonares crónicas, “a qualidade de vida nunca é uma mera consequência da sua gravidade: múltiplos factores que se interrelacionam estão envolvidos”. Justamente por isto, a avaliação da qualidade de vida tornou-se uma ferramenta importante para verificar o impacto dos agravamentos da saúde e dos tratamentos implementados. No caso da DPOC, os

resultados dessas avaliações permitem que sejam fornecidas informações que contemplem o diagnóstico clínico (PAGANI, 2008).

Tradicionalmente a avaliação dos doentes com DPOC era efectuada unicamente com base nos indicadores clínicos, quer em termos diagnósticos, de quantificação da gravidade da doença, bem como na avaliação da resposta terapêutica. Actualmente é consensual que a medição do estado de saúde não deve basear-se somente em indicadores biológicos, que reflecta doença e incapacidade, mas sim em indicadores que reflectam o estado de saúde numa perspectiva mais global (PEREIRA, 2009).

De acordo com Silva et al., (2006), o sofrimento físico e emocional que invade a vida dos doentes com DPOC, é um impedimento para que muitas vezes, beneficiem das capacidades ainda existentes, contribuindo desta forma para uma deterioração mais rápida da sua Qualidade de Vida .

Na mesma linha de pensamento encontramos Couto (2010), para quem nos doentes com DPOC, os sintomas, sobretudo a dispneia, interferem em vários aspectos da vida do doente, tais como nas actividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária, desencadeiam o aparecimento de quadros de ansiedade e depressão, além de limitações funcionais nas actividades quotidianas, restrição na participação do indivíduo na sociedade e significativa queda na sua qualidade de vida.

A avaliação da QVRS, tornou-se assim uma característica central nos estudos de DPOC. Esta avaliação pode ser realizada com recurso a instrumentos genéricos, como o SF-36 e o WHOQOL, ou com instrumentos específicos, como é exemplo o Chronic Respiratory (CRQ) e o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Segundo Pereira (2009), Guyatt e colaboradores (1993) referiam que a dispneia, a fadiga, a função emocional e o controlo são as preocupações centrais dos indivíduos com DPOC, e medem-se como quatro componentes no Chronic Respiratory (CRQ); A mesma autora, refere ainda que Jones (2001), propôs que sintomas, actividades e o impacto fossem as dimensões importantes a incluir na avaliação dos doentes com DPOC, as quais se encontram no Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2009), apesar de estarem validados os dois questionários específicos para a DPOC, o SGRQ é o questionário mais indicado e também mais utilizado, razão pela qual escolhemos este para a realização do nosso estudo.

Na pesquisa para avaliar a QDV de pessoas com DPOC, Pagani (2008), utilizou dois instrumentos diferentes, um genérico (SF-36) e um específico (SGRQ). Mostrou numa amostra de 21 indivíduos, que os resultados provenientes da aplicação do instrumento específico explicitavam maior comprometimento da QDV, quando comparados com os resultados pelo instrumento genérico. Também Pereira e colaboradores (2009), utilizaram os mesmos instrumentos num estudo junto de 42 doentes com DPOC. Concluíram que independentemente do instrumento de avaliação utilizado, os doentes referem que o que mais afecta a QDV são as dimensões relacionadas com a capacidade funcional e actividades de vida diária. Ou seja, as dificuldades nesta area são aquelas que mais pesam para uma pior QDV.

Outro estudo sobre o estado de saúde de doentes asmáticos e com DPOC, através do SGRQ e com um total de 75 participantes, revelou que o grupo dos doentes com DPOC apresentava maiores alterações da QDV ($41,59 \pm 16,88$) face aos doentes com Asma ($32,02 \pm 20,35$) (PINTO et al., 2010).

Existem ainda estudos que procuram analisar a influência de factores clínicos e socio-demográficos na QVRS dos doentes com DPOC. Silva (2011), entrevistou 70 indivíduos e concluiu que a escolaridade, o trabalho, a presença de comorbilidades, o bem-estar religioso e o bem-estar existencial, tinham influência na QVRS.