

1 – INTRODUÇÃO

As alterações do sistema respiratório constituem as principais causas de patologias verificadas à escala mundial, da qual derivam grande número de morbidades e mortalidade.

De acordo com o ONDR (2005), as doenças afectas ao aparelho respiratório constituem a terceira causa de morte em Portugal (por sistemas), apresentando nos últimos anos uma tendência decrescente, o que segundo a mesma fonte poderá traduzir uma melhoria nos cuidados a esses doentes.

Mercê dos distintos progressos tecnológicos, designadamente na área da ventiloterapia e oxigenoterapia é possível uma resposta mais eficaz às necessidades dos doentes com insuficiência respiratória crónica em contexto domiciliário. Efectivamente, doentes que habitualmente eram tratados em meio hospitalar passaram a poder ser tratados no domicílio, reduzindo custos e contribuindo para um maior conforto e qualidade de vida dos doentes e famílias.

A ventilação não invasiva (VNI) é, por conseguinte, uma das terapias que pode ser realizada no domicílio do doente, consistindo na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos da via aérea. Constitui uma opção terapêutica em uso progressivamente crescente, com importância reconhecida no tratamento da patologia respiratória aguda, bem como na doença respiratória crónica (FERREIRA et al, 2009).

Esta terapia é imprescindível no tratamento de doentes com insuficiência respiratória e nos doentes com síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), carecendo de acompanhamento e monitorização (ONDR, 2005).

De facto, a VNI tem sido determinante no tratamento de variadas patologias que implicam a falência ventilatória, revestindo-se de uma importância vital no contexto da evolução das patologias respiratórias, proporcionando maior qualidade de vida ao doente.

O termo qualidade de vida tem adquirido cada vez mais importância no contexto científico.

Existem diversos factores que influenciam a percepção dos portadores de determinadas doenças sobre a sua saúde e qualidade de vida, estando alguns deles directamente relacionados com os limites impostos pela própria doença e tratamento. Precisamente por isso, a avaliação da qualidade de vida constitui um valioso contributo tendente à verificação do impacto dos

agravamentos da saúde e dos tratamentos implementados (COUTO, 2010).

Urge, portanto, conhecer os factores que influenciam a percepção sobre a qualidade de vida dos doentes submetidos a VNI. A este propósito, o Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2009) atribui primordial importância ao reconhecimento de um papel activo dos doentes na gestão da sua doença (crónica), partilhada com os profissionais de saúde, participando na selecção de tratamentos mais apropriados, constituindo assim um novo paradigma de prestação de cuidados centrados no doente.

Tendo em vista o exposto sobre a patologia respiratória, torna-se necessário o aprofundamento de conhecimentos e de recursos postos à disposição dos enfermeiros, particularmente dos especialistas de reabilitação, que objectivem a melhoria da sobrevida e qualidade de vida dos doentes acometidos por alterações do foro respiratório.

É neste contexto que surge a presente pesquisa, centrada nos doentes com SAOS que realizam VNI, visando alcançar o seguinte objectivo geral:

- Avaliar a qualidade de vida de doentes submetidos a VNI.

Do objectivo geral emerge o enunciado dos seguintes objectivos específicos:

- Conhecer as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral) da amostra de doentes submetidos a VNI, e determinar a respectiva influência na sua qualidade de vida;

- Determinar a influência do IMC na qualidade de vida do doente submetido a VNI;

- Avaliar a importância das características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador) na qualidade de vida do doente submetido a VNI;

- Conhecer a importância da funcionalidade familiar na qualidade de vida do doente submetido a VNI;

Com vista á concretização destes objectivos, realizou-se uma pesquisa não experimental de natureza quantitativa e transversal, numa amostra não probabilística de 30 indivíduos com SAOS, que realizam VNI, e se encontram inscritos na consulta de patologia do sono, do Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, EPE.

O presente estudo teve por base a aplicação do questionário específico da doença respiratória, o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), o qual contém três domínios:

sintomas, actividade e impactos.

A ordem do argumento do presente trabalho de investigação será estruturada em duas partes, sendo que, cada uma ficará dividida em capítulos e estes em sub-capítulos.

Após uma revisão da literatura, nos primeiros capítulos, reservados à fundamentação teórica, será posteriormente focado o contributo de outros investigadores, salientando aspectos relacionados com as premissas para as quais se tentará encontrar suporte.

Sendo assim, na primeira parte ou revisão teórica, encontram-se sequencialmente: o capítulo 2 – Qualidade de vida – no qual é feita uma abordagem acerca da evolução e enquadramento do conceito, e onde se insurge o estado da arte investigativa neste domínio; no capítulo 3 – SAOS – no qual é abordada a patologia propriamente dita; e o capítulo 4 – VNI – no qual se elabora uma revisão do conceito, sua evolução histórica e síntese de diversos aspectos e particularidades relacionadas com a técnica em si, bem como indicações, contra-indicações e complicações do seu uso.

A segunda parte ou estudo empírico, destinada ao contributo pessoal, decompõe-se em quatro capítulos. Como tal, o capítulo 5 – Conceptualização da Investigação Empírica – obedece aos critérios e rigor metodológico, que um trabalho desta índole exige. No capítulo 6 – Apresentação dos resultados – onde se descrevem e mostram em tabela e quadros os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. O capítulo 7 – Discussão dos resultados – pretende traçar uma tentativa explicativa para a compreensão dos resultados encontrados, fazendo ainda referência a algumas limitações e dificuldades do estudo.

Por último, são extraídas as principais conclusões, contributos e implicações investigativas, e apontadas as linhas orientadoras para futuras investigações.

Ao traçar-se a sucinta história do estudo desenvolvido, apraz aludir para os eventuais contributos dos resultados investigativos, pelo menos, no sentido de promover e conduzir novas investigações, para que se aspire aos melhores cuidados de saúde, tendo sempre presente a continuidade de cuidados com qualidade com vista ao aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

1ª Parte
Fundamentação Teórica

2 – QUALIDADE DE VIDA

2.1 – CONCEITO

Os crescentes progressos da medicina permitiram alcançar, para grande número de doenças, o conhecimento de tratamentos, que não curando, permitem um controle dos seus sintomas, retardando a sua evolução natural. Na sequência disso, prolonga-se a vida, graças a uma forma abrandada ou assintomática das doenças. É neste contexto, que passou a ser de significativa importância dispor de “maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais” (FLECK et al., 2008, p.19).

O termo “qualidade de vida” tem sido amplamente abordado por estudiosos, revelando-se, o seu estudo, particularmente relevante num contexto do aumento da longevidade dos indivíduos com doenças crónicas, da qual deriva a necessidade de se valorizar a melhoria da sua qualidade de vida (FERREIRA e CUKIER, 2006; DOURADO et al., 2004, cit. por PAGANI, 2008, p.22)

Contudo, embora seja consensual a importância de avaliar a qualidade de vida, não existe um conceito adequado da mesma, constituindo ainda um amplo campo de debate (FLECK et al., 2008).

Efectivamente, nos últimos anos, emergiu uma preocupação com o conceito “qualidade de vida” no seio das ciências humanas e biológicas, valorizando aspectos mais vastos, que ultrapassam o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida (FLECK et al., 1999).

São vários os autores que abordam este conceito, considerando uma panóplia de aspectos, como a capacidade ou habilidade funcional, o desenvolvimento das funções ou papéis habituais, o grau de qualidade das interações sociais e comunitárias, o bem-estar psicológico, as sensações somáticas (como a dor) e a satisfação de vida (BOWLING,1998).

Segundo a mesma autora, o conceito de qualidade de vida representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença produz na vida de cada um.

Também no entender de Fleck et al (2008, p.21) a qualidade de vida apresenta intersecções com os conceitos de status funcional e incapacidade/deficiência, bem-estar, satisfação e felicidade e status de saúde, constituindo este último um domínio de importância superior.

De acordo com a Medical Subject Headings (2005, citada por FLECK et al., 2008, p.21), o conceito de status de saúde refere-se ao nível de saúde de um indivíduo ou grupo, avaliado de forma subjectiva pelo próprio indivíduo, ou através de medidas mais objectivas.

Paralelamente, se atendermos no conceito de saúde definido pela OMS (1946, citada por FLECK et al., 2008, p.21), no qual se considera saúde como “um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, facilmente emerge que as medidas de status de saúde contêm muitos pontos de intersecção com as de qualidade de vida (FLECK et al., 2008, p.21).

Nesta perspectiva, Gill e Freinstein (1994, citados por FLECK et al., 2008, p.21), distinguem qualidade de vida de status de saúde, afirmando que “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status de saúde é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspectos não médicos da sua vida”.

Inerente a estes aspectos, a OMS (2001, citada por FLECK et al., 2008, p.21), expôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, integrando aspectos positivos, como a funcionalidade, e negativos, como a incapacidade, considerados sob três dimensões:

- Dimensão biológica, referindo-se à integridade funcional e estrutural, com implicações na actividade/limitação da actividade.
- Dimensão social, reportando-se à participação, com implicações na capacidade de participação/restricção da participação.
- Dimensão contextual ambiental, aludindo aos elementos facilitadores/barreiras.

A Organização Mundial de Saúde propôs uma definição, que traduz amplamente a abrangência deste conceito. Para tal, basta atentar na definição de qualidade de vida do grupo WHOQOL (1995), que a considera como sendo a percepção do indivíduo acerca da sua postura na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual se insere, bem como relativamente aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Inerente a este conceito, surgem incorporados aspectos como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

De acordo com FLECK et al (2008), poder-se-ão considerar três aspectos essenciais relacionados com o conceito de qualidade de vida, subjacente na definição do grupo WHOQOL. São eles:

- Subjectividade, uma vez que interessa fundamentalmente a perspectiva do próprio indivíduo;
- Multidimensionalidade, pois a qualidade de vida é constituída por várias dimensões;
- Presença de dimensões positivas e negativas. Desta forma, considerar uma “boa” qualidade de vida, é essencial que alguns aspectos se verifiquem (como por exemplo a mobilidade), e outros não (como por exemplo a dor).

Pese embora os valiosos contributos de vários estudiosos do tema, a concepção de qualidade de vida permanece controversa e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceite por todos, assim como não há consenso sobre os atributos que compõem o conceito.

Bucquet (1993) advoga uma abordagem centrada na percepção dos indivíduos, considerando que o conceito de qualidade de vida é composto por uma dimensão de bem-estar físico, mental e social, apreendido por cada indivíduo ou por cada grupo de indivíduos, bem como de felicidade, satisfação e gratificação envolvendo, conceitos não esotéricos, relativos à saúde, casamento, família, trabalho, situação financeira, oportunidades educacionais, auto-estima, e confiança nos outros.

Neste sentido, não é possível padronizar a qualidade de vida, pois ela tem uma conotação individual, dependendo dos objectivos, das metas traçadas e dos anseios de cada um.

De facto, esta temática constitui uma preocupação actual de todos os que se preocupam com o bem-estar das pessoas. Neste contexto, importa salientar que os cuidados de saúde não podem alterar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes, inevitavelmente, afectam o estado de saúde (FERREIRA, 2000).

Spiriduso (1989), expõe a qualidade de vida, como sendo, o quanto as expectativas e ambições pessoais são preenchidas pela experiências de vida. Reforçando que considera ter melhor qualidade de vida, quem reduzir ou estreitar a diferença entre as expectativas de vida e aquilo que realmente acontece.

Na mesma óptica, Calman (1987) advoga que a “boa qualidade de vida” se verifica quando as expectativas e esperanças da pessoa são satisfeitas pela experiência, sendo que as mesmas sofrem mutações com a idade e experiência.

Por sua vez, Zhan (1992) define qualidade de vida como “o grau no qual as experiências de vida de alguém são satisfatórias”. De acordo com a autora, a história pessoal, a situação social,

cultura, ambiente e idade influenciam a percepção individual sobre o significado de qualidade de vida.

Também Ferrans e Powers (1985) descrevem qualidade de vida como o sentimento de bem-estar, que decorre da satisfação ou insatisfação com áreas de vida que são importantes para cada pessoa, considerando, por conseguinte, que a essência da qualidade de vida reside na percepção do próprio indivíduo das experiências de vida, encarando-a como um conceito subjectivo e que, portanto, depende da perspectiva individual. Desta forma, a qualidade de vida, não pode ser medida, exclusivamente, por indicadores objectivos, como o funcionamento físico, mas também, pela percepção subjectiva e individual de bem-estar.

Fleck et al. (2008) consideram o conceito de qualidade de vida intimamente ligado ao que cada um sente e percebe, pelo que assume um valor intrínseco e intuitivo. Encontra-se aglutinado àquele que constitui um desejo básico do ser humano: viver e sentir-se bem.

Partilhando da mesma opinião, Joyce et al. (1988, citado por FLECK et al., 2008, p.30), coloca toda a ênfase no indivíduo, considerando que a qualidade de vida possa ser definida como aquilo que a pessoa ou doente diz que é, pois cada pessoa é um ser humano próprio.

Para Oleson (1990), o conceito subjectivo de qualidade de vida, baseia-se igualmente na percepção do significado que os indivíduos dão às suas experiências de vida. O julgamento subjectivo dos indivíduos sobre a sua qualidade de vida global determina-se fundamentalmente, pela percepção do nível de satisfação relativo a vários domínios de importância para eles. Cabe realçar que o conceito de satisfação com a vida, tem sido amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida, sendo o seu mais importante indicador (FERRANS e POWERS, 1985).

2.2 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O termo “qualidade de vida relacionada à saúde” foi definido por Patrick et al. (1973), citados por Fleck et al. (2008, p.22) como sendo a capacidade da pessoa para realizar as actividades de vida diária, tendo em conta a sua idade e papel social que desempenha. Consequentemente, essa incapacidade traduzir-se-ia numa menor qualidade de vida. Posteriormente, Patrick e Erikson (1993) consideraram-na como “o valor atribuído à duração da vida modificado por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano ou tratamento. Também Kaplan et al. (1985) definiram “qualidade de vida relacionada à saúde” como “o impacto do tratamento e da doença na incapacidade e no funcionamento diário”.

No entender de Ferreira (2000), a qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspectos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde.

O estado de saúde tem sido cada vez mais referido como qualidade de vida, e restringindo a sua operacionalidade em estudos, a qualidade de vida é cada vez mais referida como a qualidade de vida relacionada com a saúde. A saúde relativa à qualidade de vida, como estado subjectivo, é baseado na pessoa doente, mas foca cada vez mais o impacto do estado de saúde percebido na aptidão de viver uma vida em pleno (BULLINGER et al., 1993 cit. por BOWLING, 1998).

Numa perspectiva de saúde (ou doença) a qualidade de vida tem sido analisada, com referência ao bem-estar dos doentes, na sua vertente social, psicológica e física, aquando de um tratamento, espelhando a definição de saúde da OMS, assim como o impacto da doença e do tratamento na inaptidão e no funcionamento diário do indivíduo (KAPLAN, 1985).

É um conceito de dupla face, incorporando aspectos positivos e negativos do bem-estar e da vida e é multidimensional, incorporando saúde social, psicológica e física. É também em última instância um conceito pessoal e dinâmico, que pode ser influenciado por diferentes factores como: a deterioração do estado de saúde, perspectivas de vida, papéis, relacionamento e mudanças de experiências (MORRIS et al., 1986).

O termo qualidade de vida como vem sendo utilizado na literatura não parece ter um único significado (GILL e FEINSTEIN, 1994). Qualidade de vida relacionada com a saúde ("Health-related quality of life") e Estado subjectivo de saúde ("Subjective health status") são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva da pessoa, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Tal como ilustrado anteriormente, qualidade de vida é um conceito vago e multidimensional incorporando todos os aspectos da vida de um indivíduo.

Neste sentido, Fleck et al. (2008), considera que as avaliações da qualidade de vida são ímpares, pois cada avaliação exhibe uma experiência individual que pode ser modulada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico.

Dado que a qualidade de vida e a procura pela melhoria da qualidade de vida é incessante no ser humano, partindo do pressuposto de que uma das características fundamentais da espécie humana é a eterna necessidade de querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do quotidiano, de tentar superar as condições mais adversas, mesmo que esta tentativa possa ser vista pelas demais pessoas como inexpressiva, é pertinente a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos.

2.3 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida constitui actualmente uma importante ferramenta para o tratamento e melhoria da saúde, particularmente pela possibilidade que proporciona de apurar o impacto da doença na vida das pessoas (CICONELLI, 2003).

Efectivamente, houve, na última década um acréscimo no interesse em se avaliar a relação saúde-qualidade de vida nos doentes do foro respiratório. Paralelamente assistiu-se à proliferação de instrumentos, que procurassem avaliar o estado de saúde e as repercussões que a doença causa, além de servirem como instrumento para comparar o efeito de uma dada intervenção (PAGANI, 2008).

Para esse efeito são utilizados questionários, que podem ser divididos em genéricos e específicos (DANTAS, SAWADA E MALERBO, 2003). A utilização de questionários estruturados, confiáveis e validados para uma determinada população e idioma, têm permitido uma grande evolução no entendimento da qualidade de vida dos indivíduos (SEIDL e ZANNON, 2004).

De entre os instrumentos específicos destaca-se o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), surgindo como um dos questionários mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, em doentes respiratórios, abordando a parte clínica da doença nas actividades de vida diária, avaliando igualmente o bem-estar subjectivo e detectando mudanças na saúde sob o efeito da terapia (PAGANI, 2008).

Este questionário doença-específico, desenvolvido por Jones, Quirk e Baveystock em 1991, contém três domínios: sintomas, actividade e impacto da doença, e constitui um instrumento fidedigno na mensuração do que a doença representa na vida desses doentes (PAGANI, 2008).

Este instrumento específico ajuda a identificar o modo como a doença afecta o indivíduo,

auxiliando conseqüentemente na procura de soluções adequadas para implementar o tratamento, proporcionando aos profissionais de saúde envolvidos, a focalização nos aspectos positivos da vida das pessoas (THE WHOQOL GROUP, 1995).

2.4 – QUALIDADE DE VIDA E PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

“A qualidade de vida relacionada á saúde é uma ferramenta cada vez mais importante para medir o impacto das doenças crónicas”. Através dela, poder-se-ão obter informações que permitem avaliar o impacto da doença respiratória, nomeadamente em relação à questão da dispneia e da função pulmonar (MARTINEZ et al. 2000 e MAHLER e MACKOWIAK, 1995, cit. por PAGANI, 2008, p.31).

É hoje conhecido que a insuficiência respiratória crónica e agudizada constitui um grave problema de saúde, com repercussões socioprofissionais, decorrentes da respectiva incapacidade, nos doentes acometidos por tais distúrbios (GONÇALVES e PINTO, 2008).

Segundo os mesmos autores, os níveis de incapacidade, podem variar desde a simples necessidade de oxigenoterapia, passando pela VNI, podendo até chegar à VMI, como meio de suporte vital.

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de doentes com ventiloterapia domiciliária, em parte decorrente da constatação que a maior parte dos doentes com insuficiência respiratória necessitavam exclusivamente de ventilação nocturna (GONÇALVES e PINTO, 2008).

Decorrentes das manifestações clínicas da patologia respiratória, e reportando especificamente ao SAOS, a qualidade de vida é afectada, pela limitação do desempenho nas actividades diárias, com implicações pessoais e sociais, bem como a exclusão social que a clínica induz, e separação do leito do casal. Paralelamente, o deficiente desempenho laboral, pode ter conseqüências indesejáveis, como o despedimento. No global, estes factores poderão mesmo contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos mais ou menos graves (TEIXEIRA, 2006).

3 – SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

3.1 – CONCEITO

O Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma patologia emergente, que compromete gravemente a saúde dos doentes (ONDR, 2005).

Bárbara e Pinto (2005, p.4) definem SAOS como sendo uma condição clínica caracterizada por episódios de obstrução da via aérea superior (VAS), que provocam desaturações da oxihemoglobina, e conseqüentemente a ocorrência de despertares transitórios, levando a uma fragmentação do sono. Frequentemente ocorre hipersonolência diurna, podendo igualmente originar perturbações cardiorespiratórias e neurocognitivas.

3.2 – CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS RESPIRATÓRIOS

De acordo com Bárbara e Pinto (2005), poder-se-ão verificar os seguintes eventos respiratórios:

- Apneia – quando ocorre uma obstrução completa da VAS, originando uma cessação completa do fluxo aéreo oronasal, com duração igual ou superior a 10 segundos;
- Hipopneia – quando sobrevém uma obstrução parcial da VAS, ocasionando uma redução de 50% do fluxo aéreo oronasal, com uma duração semelhante à apneia, que pode ser acompanhado por uma desaturação da oxihemoglobina de pelo menos 4% e ocasionar um microdespertar (despertar transitório não consciente).

Por sua vez, estes dois eventos respiratórios podem ser (BÁRBARA e PINTO, 2005):

- Centrais – quando a cessação do fluxo aéreo oronasal se acompanha de uma interrupção do esforço respiratório, não existindo movimentos toraco-abdominais.
- Obstrutivas – quando ocorre uma ausência de fluxo aéreo oronasal, contudo mantém-se o esforço respiratório.
- Mistas – no início da apneia não existe esforço respiratório, reaparecendo posteriormente antes de se restabelecer o fluxo aéreo oronasal.

3.3 – DIAGNÓSTICO

Perante um doente com suspeita de SAOS, deve realizar-se uma história clínica detalhada, interrogando acerca do padrão de sono, bem como realizado um exame objectivo, com particular destaque para os sistemas ORL, cardíaco e neurológico (TEIXEIRA, 2006).

Paralelamente, deve ser explorada a função respiratória (provas funcionais respiratórias), realizada gasimetria arterial, screening, e no caso de não ser conclusivo, preceder-se-á a uma polissonografia (RODRIGUEZ, 2010).

O diagnóstico definitivo é estabelecido com base na clínica sugestiva e confirmação através de polissonografia reveladora de um índice de apneias e hipopneias igual ou superior a 5 eventos respiratórios por hora, associadas a perturbações fisiológicas (VENTURA et al, 2007; PAIVA, TABATINGA E FERREIRA, 2006). Após completar o estudo do sono, estabelecido que está o diagnóstico, será instaurado um modo de tratamento domiciliário definitivo (RODRIGUEZ, 2010).

Contudo, Bárbara e Pinto (2005, p.4) referem que esta condição clínica continua a ser subdiagnosticada, em parte devido ao facto de frequentemente se negligenciarem as questões relacionadas com o sono, na elaboração das histórias clínicas dos doentes.

De acordo com o ONDR (2005), não existem estatísticas que traduzam fielmente esta realidade, sabendo-se, no entanto que esta patologia tem vindo a aumentar 30 a 60%, nos grupos etários superiores a 55 anos.

“Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa apontam prevalências de 2 a 4% nos homens e 1 a 2% nas mulheres” (ONDR, 2005, p.70).

Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006) afirmam que este distúrbio do sono é mais frequente no sexo masculino e em indivíduos com excesso de peso, sendo as principais características clínicas a sonolência diurna excessiva, roncos nocturnos e obesidade.

Também Bárbara e Pinto (2005, p.4) e Mancini, Aloe e Tavares (2000, p.82) referem que esta patologia afecta principalmente os homens de meia-idade (30-60 anos), estando na maioria dos casos, ligada à obesidade; nas mulheres, ocorre com mais frequência no período pós-menopausa.

Rodriguez (2010) refere que os doentes com obesidade, particularmente aqueles que têm obesidade mórbida, apresentam mais riscos de sofrer de doenças respiratórias, sendo esta situação explicada pelas alterações verificadas na fisiologia respiratória relacionadas com a obesidade, nas

quais se incluem alterações a nível da mecânica ventilatória, dos músculos respiratórios, bem como a regulação da ventilação e controlo da respiração durante o sono.

De acordo com Mancini, Aloe e Tavares (2000, p.82), a SAOS acomete principalmente homens obesos entre os 40 e 60 anos. Em obesos mórbidos, a incidência ultrapassa os 50%.

Também, Rodriguez (2010) refere que quase 50% dos doentes com SAOS têm um IMC igual ou superior a 30. De acordo com o mesmo autor, os mecanismos que explicam esta associação parecem ser multifactoriais e incluem: mudanças no impulso ventilatório, alterações do calibre e função da via aérea superior (por depósito de gordura a nível das estruturas que rodeiam a via aérea superior), influenciado por alterações dos volumes pulmonares e hipoxémia induzida pela obesidade.

3.4 – TRATAMENTO

Tendo em conta que o tratamento do SAOS visa evitar o colapso das VAS durante o sono, Mancini, Aloe e Tavares (2000, p.85), referem que o mesmo está centrado em quatro pontos: tratamento comportamental; tratamento da obesidade; tratamento físico e tratamento cirúrgico.

Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006), referem que existem basicamente dois tipos de medidas de tratamento para os distúrbios ventilatórios do sono: o cirúrgico e não cirúrgico. O primeiro tipo de tratamento realizava-se através de uma traqueostomia, prevalecendo a resolução cirúrgica como a melhor solução para resolver os problemas de apneias, até há pouco tempo. Actualmente existem outro tipo de terapias como dilatadores nasais e dispositivos linguais; dispositivos de avanços mandibulares, e ainda dispositivos ventilatórios não invasivos.

No que se reporta ao tratamento dos doentes com SAOS, a maioria cumpre VNI, objectivando-se, uma melhoria do grau de dispneia, a correcção da hipercapnia, em caso de existir, e a redução dos internamentos hospitalares (RODRIGUEZ, 2010).

De acordo com o mesmo autor, os mecanismos pelos quais a VNI beneficia estes doentes, são, fundamentalmente uma nova sensibilização dos quimiorreceptores, ao melhorar o intercâmbio gasoso, o descanso dos músculos respiratórios, e o aumento dos volumes pulmonares (RODRIGUEZ, 2010).

Pese embora as inúmeras tentativas para tratar e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de distúrbios ventilatórios do sono, referidas por Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006), o tratamento conservador da SAOS que prevalece é a VNI,

particularmente o CPAP, revelando-se a opção mais consistentemente eficaz e segura no seu tratamento, observando-se uma redução da mortalidade relativa e da sonolência excessiva diurna em doentes acometidos, diminuindo naturalmente os inconvenientes da traqueostomia, como alterações estéticas, de fala e risco de infecções. Contudo, os referidos autores advertem para o facto da sua eficácia se limitar à diminuição ou mesmo cessação dos sintomas, não permitindo a cura deste distúrbio.

Efectivamente, na actualidade, o tratamento com VNI (CPAP), cuja importância é reconhecida mundialmente, permite que os doentes cumpram este tratamento no domicílio, não necessitando de nenhum tipo de internamento hospitalar, anulando os possíveis riscos de complicações e conseguindo uma cessação dos sintomas desde o primeiro dia (PAIVA, TABATINGA e FERREIRA, 2006).

4 - VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

4.1 – CONCEITO

A ventilação não invasiva (VNI) baseia-se na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos da via aérea, anulando conseqüentemente uma série de complicações frequentemente associadas à entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva (FERREIRA, 2009).

Efectivamente, e de acordo com Ferreira (2009), a VNI tem demonstrado eficácia no tratamento de diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

4.2 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A VNI começou a ser aplicada na epidemia de poliomielite (1930-50), utilizando na época ventilação por pressão negativa (pulmão de aço, couraça, poncho), consistindo fundamentalmente na aplicação de pressão subatmosférica externa ao tórax simulando a inspiração, ocorrendo a expiração de forma passiva (FERREIRA, 2009).

Posteriormente, nos anos 40 e 50, ocorreu um significativo incremento do uso da VNI por pressão positiva, tendo progressivamente substituído a VNI por pressão negativa. Contudo, foi a partir da década de 80, com a introdução do CPAP (continuous positive airway pressure) para tratamento do SAOS, que esta técnica começou a ser mais difundida (FERREIRA, 2009).

Analisando a prevalência de doentes sob ventilação não invasiva na Europa, Portugal ocupa o 4º lugar, com 9,3 utilizadores por 100.000 habitantes, merecendo estes dados uma reflexão premente, impondo uma monitorização constante do recurso a esta terapia (ONDR, 2005).

4.3 – OBJECTIVOS

Os principais objectivos desta terapia, na óptica de Ferreira (2009), são os que a seguir se apontam:

- A diminuição do trabalho respiratório,

- O repouso dos músculos respiratórios,
- A melhoria das trocas gasosas
- A diminuição a auto-Peep (positive expiratory end pressure) na DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica).

Também Rodriguez (2010) se refere aos principais objectivos do tratamento com VNI, acrescentando os seguintes:

- O recrutamento de alvéolos colapsados
- A melhoria da distribuição do volume corrente
- A melhoria da oxigenação

Lima et al. (2007) acrescenta mais dois objectivos da VNI: redução da necessidade de entubação endotraqueal e os riscos da VMI; e melhoraria da sincronia doente-ventilador.

No entender de Hsu (2003), o objectivo desta terapia (pressão positiva) é reduzir as sequelas neurocognitivas e cardiovascular.

Em última instância, Lima et al. (2007) advoga que o uso da VNI deve ser visto como uma adição às técnicas de reabilitação respiratória fazendo parte de um programa de reabilitação global, pois induz uma maior tolerância dos doentes a outras actividades.

4.4 – VANTAGENS

Inúmeros estudos têm revelado as vantagens do uso da VNI em relação à VMI entre as quais se salienta (FERREIRA, 2009):

- Evita a entubação endotraqueal, e em consequência diminui significativamente os riscos a ela associados, fundamentalmente relacionados com a ocorrência de infecções nosocomiais, lesão traqueal.
- Possibilita que o doente fale, se alimente da forma mais fisiológica (oralmente), e mantenha o mecanismo da tosse, pois não é necessária sedação.
- É possível fazer o ensino ao doente e descontinuar o tratamento, sendo perfeitamente exequível num contexto físico que não se restringe exclusivamente a uma unidade de cuidados intensivos. Advêm daí evidentes benefícios relacionados com a diminuição do tempo de internamento hospitalar, da mortalidade e dos custos.

As vantagens do tratamento com VNI podem ser sintetizadas, no entender de Lima, et al. (2007) na prevenção das consequências perniciosas da entubação endotraqueal e traqueostomia prolongadas, com conseqüente redução de morbidade e mortalidade, bem como na preservação dos mecanismos de defesa das vias aéreas, permitir a fala e a deglutição, ocorrendo um aumento do conforto e da tolerância do doente.

Neste contexto, Rodriguez (2010, p.4) refere que a “ventilação mecânica não é curativa, constituindo apenas um suporte diante de um quadro potencialmente reversível, surgindo a VNI com uma alternativa à VMI, evitando as complicações que dela derivam”.

4.5 – ASPECTOS TÉCNICOS

Entre o sistema de ventilação mecânica e o doente é aplicado um conjunto de dispositivos, designados de interfaces, sendo no caso da VNI, constituído por máscaras com o respectivo arnês, circuito, e filtro (RODRIGUEZ, 2010).

As máscaras nasais ou faciais são as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação de VNI, tanto em ambiente hospitalar, como em contexto domiciliário (SCHETTINO, 2011).

A máscara nasal proporciona uma menor sensação de claustrofobia, permitindo ao doente falar, expectorar, sendo também mais fácil de colocar, sendo apontado como o seu maior inconveniente o facto de ocorrer fuga de ar pela boca quando esta se encontra aberta (RODRIGUEZ, 2010).

No entender de Schettino (2011), a máscara nasal é, provavelmente, a interface mais confortável, porém a resistência das narinas ao fluxo de ar e a possibilidade de saída de ar pela boca podem limitar o seu uso nalguns doentes. Está indicada em situações de estabilidade respiratória, ou processos crónicos (no domicílio ou durante a hospitalização) (RODRIGUEZ, 2010).

A máscara facial (também designada por oronasal), é a interface mais utilizada em doentes com insuficiência respiratória aguda, permitindo maior volume corrente, comparativamente com a máscara nasal, proporcionando uma mais rápida correcção das trocas gasosas (SCHETTINO, 2011). De acordo com o mesmo autor, as máscaras com orifício de exalação incorporados na própria máscara podem diminuir a reinalação de CO₂ quando comparadas com o uso de orifícios de exalação no circuito único dos ventiladores de VNI.

Rodriguez (2010) refere ainda que as máscaras faciais têm uma válvula antiasfíxia e anti-rebreathing, apontando como principal inconveniente das mesmas o facto de exercerem uma pressão sobre o nariz, que frequentemente origina úlceras de pressão, e pode ser difícil a sua adaptação em anatomias difíceis. Esta interface está indicada em situações de insuficiência respiratória aguda, com tendência a respirar pela boca.

Para além das anteriormente referidas, dispõe-se actualmente de novas interfaces, concebidas na tentativa de melhorar o conforto e a tolerância dos doentes durante a VNI, a designar: a máscara facial total e o capacete (máscara casco tipo Helmet) (SCHETTINO, 2011).

A máscara facial total tem a vantagem de diminuir a fuga de ar e possibilitar o uso de maiores pressões inspiratórias (SCHETTINO, 2011). Está indicada em situações de intolerância à máscara facial, derivadas de úlceras de pressão ou fugas incontroladas (RODRIGUEZ, 2010).

Os capacetes têm a vantagem de eliminar o contacto da interface com a face do doente, evitando assim a complicação mais frequente da VNI, que é a lesão de pele (SCHETTINO, 2011).

Relativamente a esta interface, Rodriguez (2010) considera extremamente importante seleccionar a máscara mais adequada a cada doente, atendendo às características anatómicas faciais, bem como ao grau de conforto proporcionado ao doente, evitando fugas e minimizando os efeitos secundários, o que cumulativamente constitui um factor chave para o êxito do tratamento.

Em suma, e inerente aos aspectos técnicos expostos, Lima et al. (2007), defende uma adequada intervenção ao nível da avaliação do doente; no início do tratamento, através da escolha do aparelho e adaptação do doente à máscara e à máquina; planeamento de um programa de reabilitação a instituir, alertando para a eventual necessidade de oxigenoterapia suplementar para a realização das AVD. Igualmente premente é a instrução e treino do doente e/ou convivente significativo, no que diz respeito aos cuidados e manutenção do equipamento; e acompanhamento. É neste contexto que os enfermeiros especialistas de reabilitação emergem como essenciais em todo este processo.

4.6 – MODOS VENTILATÓRIOS

Tal como anteriormente referido, a VNI é um tipo de suporte ventilatório, que se realiza sem o recurso a entubação endotraqueal, facilitando a dinâmica ventilatória (RODRIGUEZ,

2010).

De acordo com o mesmo autor, existem fundamentalmente duas formas de aplicar a VNI: ventilação com pressão negativa externa e ventilação com pressão positiva, encontrando-se actualmente, mais generalizada a utilização desta última.

Lima et al. (2007) também se refere à ventilação não invasiva com uma técnica de ventilação assistida com pressão positiva ou negativa, sendo que na primeira é usada uma interface entre o doente e o ventilador mecânico sem a necessidade de uma via aérea artificial. No segundo caso, a força motriz do sistema respiratório pode ser aplicada na região externa do tórax, colocando-se uma pressão negativa.

No decorrer desta terapia, poderá haver necessidade de ajuste dos parâmetros do ventilador, com o intuito de evitar excesso de desconforto, assincronia doente-ventilador, optimizando uma oxigenação adequada, e consequentemente conduzir a uma melhoria dos resultados nos doentes que apresentem quadros agudos de insuficiência respiratória (LIMA et al., 2007).

Esta abordagem terapêutica implica que os doentes estejam preferencialmente conscientes, orientados, colaborantes e capazes de proteger suas vias aéreas, apresentando boa tolerância à interface seleccionada (LIMA et al., 2007).

Apesar da ventilação com pressão negativa constituir num sistema de ventilação eficaz, ele é contudo mais complexo, encontrando-se, actualmente, largamente ultrapassado pela ventilação com pressão positiva (RODRIGUEZ, 2010). Por conseguinte, e dado que a VNI se realiza maioritariamente com pressão positiva, procede-se, se seguida, ao desenvolvimento dos principais modos ventilatórios a ela associados.

Na VNI com pressão positiva é aplicada uma pressão superior à pressão atmosférica no início da via aérea, que cria um fluxo para os alvéolos, facilitando a inspiração. Por seu turno, a expiração ocorre de forma passiva no final da inspiração, ou coincide com os limites predefinidos no ventilador, como resultado da distensão e elasticidade das estruturas respiratórias após interromper-se a pressão ou o fluxo administrado. Observados que estão estes dois momentos do ciclo respiratório, e dependendo do tipo de ventilador, se inicia um novo ciclo inspiratório, mediante pressão, fluxo, volume ou tempo (RODRIGUEZ, 2010).

Com a ventilação com pressão positiva, produz-se uma pressão intratorácica positiva ao longo do ciclo respiratório (sendo positiva durante a inspiração), o que originará alterações na dinâmica não só ventilatória e cardiocirculatória, como nas relações entre fluxo, pressão, volume

relativamente à ventilação espontânea fisiológica (RODRIGUEZ, 2010).

Considerando as variáveis físicas que determinam o início, os limites e os ciclos da ventilação (tempo, pressão, volume e fluxo), podem ser distinguidos os seguintes tipos de ventilação: controlada (ou limitada) por pressão, controlada por volume, e ventilação de suporte de pressão (RODRIGUEZ, 2010).

Contudo, tendo em conta que a maioria dos doentes com SAOS cumpre CPAP ou BIPAP (PAIVA, TABATINGA e FERREIRA, 2006), e sob pena desta exposição se tornar demasiado exaustiva e extensa, optou-se por abordar exclusivamente estes dois modos ventilatórios.

4.6.1 – Ventilação limitada por pressão

Neste tipo de ventilação, o parâmetro regulado é a pressão, enquanto o volume depende da pressão programada e da mecânica pulmonar (resistência da via aérea e distensibilidade).

São três os modos ventilatórios a considerar neste tipo de ventilação: modo CPAP, BiPAP e PS (RODRIGUEZ, 2010), dos quais apenas serão desenvolvidos os dois primeiros:

➤ CPAP (Pressão positiva contínua na via aérea)

Neste caso é aplicada uma única pressão contínua e constante na via aérea durante todo o ciclo respiratório, incluindo inspiração e expiração. É aceite como um modo ventilatório, se bem que depende exclusivamente da dinâmica respiratória do doente, manipulando pressões superiores à pressão atmosférica.

Promove uma melhoria da oxigenação ao aumentar a capacidade residual funcional do doente e previne o colapso da via aérea durante a expiração.

➤ BIPAP (Pressão positiva contínua na via aérea binivelada)

Nesta técnica são aplicados dois níveis de pressão: um inspiratório (IPAP), e outro expiratório (EPAP), estabelecendo-se entre eles uma diferença que corresponde à pressão de suporte ventilatório. Pode ser programada em três modos:

- Modo S (*spontaneos*). Neste caso, segue-se o ritmo respiratório do doente, ficando dependente da capacidade do doente para activar o ciclo. É ajustada a IPAP e EPAP. É um modo disparado por fluxo, limitado por pressão e ciclado por fluxo.

- Modo S/T (*spontaneos/timed*). Permite activar a inspiração a partir de um tempo determinado, no caso de o doente ser incapaz de a iniciar. São programados a IPAP, EPAP, e FR mínima (de segurança). Este modo é o mais usado, pois permite assegurar uma FR mínima. É disparado por fluxo ou por tempo, limitado por pressão, e ciclado por fluxo.

- Modo *T (timed)*. Neste caso, os ciclos são desencadeados em função do FR fixada e da relação com o tempo inspiratório estabelecido. São ajustadas a IPAP, EPAP, FR, e a relação do tempo inspiratório e expiratório (Ti:Te). É um modo disparado por tempo, limitado por pressão e ciclado por tempo.

4.7 – INDICAÇÕES PARA O USO DE VNI

As indicações terapêuticas para a VNI dependem fundamentalmente do diagnóstico, dos critérios clínicos e fisiológicos e de uma adequada avaliação clínica, sintomática e da correcta interpretação da mecânica ventilatória. Desta forma, as actuais indicações para o uso da VNI são (MEHTA e HILL, 2001):

- Insuficiência respiratória aguda (asma severa, exacerbação da DPOC, falência respiratória pós operatória, pneumonia, edema pulmonar agudo, desmame ventilatório, falência pós-extubação e em doentes sem indicação para entubação endotraqueal).

- Insuficiência respiratória crónica (DPOC, SAOS, síndrome de obesidade e hipoventilação, doenças neuromusculares, fibrose quística, e bronquiectasias).

- Programas de reabilitação respiratória (treino de tolerância ao exercício em DPOC e doenças da parede torácica).

Também Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006) se referem à utilização da VNI nos distúrbios ventilatórios do sono, afirmando peremptoriamente que o CPAP é o tratamento mais aconselhado, consistindo no principal tratamento do SAOS.

4.8 – CONTRA-INDICAÇÕES PARA O USO DE VNI

As contra-indicações para o uso de VNI, podem, no entender de Lima et al. (2007), ser subdivididas em absolutas e relativas. Relativamente às primeiras, de referir a falta de colaboração do doente e a deficiente adaptação à máscara. Nas relativas, poder-se-ão incluir situações em que haja fractura facial, secreções abundantes, distúrbios da deglutição, e pode ter como complicações a necrose facial, a distensão abdominal, a aspiração do conteúdo gástrico, e originar que as mucosas nasal e oral fiquem secas.

Schettino (2011, p.93) refere igualmente algumas limitações para o uso de VNI, designadamente: não deve ser utilizada em doentes totalmente dependentes da ventilação

mecânica para a manutenção das suas funções vitais, pois a VNI constitui uma modalidade de suporte ventilatório parcial e sujeita a interrupções. Paralelamente, sendo a colaboração do doente extremamente importante para o sucesso da VNI, torna o seu uso limitado nos doentes com alteração do estado de consciência, agitação, confusão ou recusa do doente. Por outro lado, devido à inexistência de uma prótese traqueal, a VNI só deve ser utilizada em doentes capazes de manter a permeabilidade da via aérea superior, bem como a integridade dos mecanismos de deglutição e a capacidade de mobilizar secreções.

Para além das referidas, também obstrução da via aérea superior ou trauma da face; náuseas e vômitos; cirurgia da face; instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor; arritmias complexas e enfarte agudo do miocárdio constituem contra-indicações para o uso de VNI (SCHETTINO, 2011, p.93).

2ª Parte
Trabalho Empírico

5 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A definição de um modelo conceptual assume-se, no contexto de um estudo empírico, como elemento de importância major delineado de modo a estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia.

Ou, dito de outro modo, “a conceptualização ajuda a organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não equívoca” (GAUTHIER, p. 2003, p.121).

Neste âmbito, ao longo deste capítulo será delimitado o problema de investigação por forma a contextualizar o estudo que se pretende efectuar. Seguidamente serão definidas as variáveis, bem como o modelo conceptual que explicita a sua relação. À formulação dos objectivos seguir-se-á o enunciado das hipóteses de investigação. Por fim, serão abordadas a metodologia do estudo e o tratamento estatístico dos dados.

5.1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A elaboração do problema de pesquisa constitui o primeiro passo no desenrolar do processo científico de aquisição de conhecimento (POLIT e HUNGLER, 1995).

Neste âmbito, e de acordo com Fortin (2003, p. 48), “para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um domínio ou um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática”.

O desenvolvimento deste estudo pretende dar um contributo (ainda que modesto) para colmatar esta lacuna, bem como para fomentar o interesse pela VNI no seio da Enfermagem em geral e da Enfermagem de Reabilitação em particular.

Dado o impacto que as doenças do foro respiratório que exigem terapia com ventilação não invasiva, acarretam nos vários domínios da vida do indivíduo, considera-se que tem todo o interesse a realização de estudos científicos subjacentes a esta problemática.

Enquanto profissão de saúde, a Enfermagem concentra uma parte substancial da sua atenção ao indivíduo e família, no contexto do processo de doença. Por sua vez, a Enfermagem de Reabilitação, sendo uma área especializada, tem uma especial afinidade para a readaptação e

reabilitação dos indivíduos às novas condições impostas por diversos processos patológicos.

Neste âmbito, facilmente se compreende a relevância de conhecer a qualidade de vida das pessoas submetidas a ventilação não invasiva no domicílio. Isso permitirá ao Enfermeiro de Reabilitação direccionar a sua intervenção para os verdadeiros problemas desses doentes e, juntamente com eles, encontrar as soluções mais adequadas orientadas no sentido da melhoria dessa qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento, a problemática do presente estudo centra-se na análise da qualidade de vida do doente submetido a VNI.

Feito o enquadramento do domínio de investigação interessa agora precisar as questões de investigação.

Nas palavras de Fortin (2003, p. 51) “questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

De acordo com Gauthier (2003), a questão de investigação representa o alicerce para a construção de toda a pesquisa. Como tal, é imperioso colocar a questão certa, em conformidade com o problema em estudo, sendo que é este o processo que confere à investigação as suas bases, o seu sentido e o seu alcance.

Tendo por base o contexto anteriormente descrito, assim como as investigações já desenvolvidas nesta área, formula-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a influência das características sócio-demográficas, das características físicas, das características circunstanciais, e da funcionalidade familiar, na determinação da qualidade de vida do doente submetido a ventilação não invasiva?

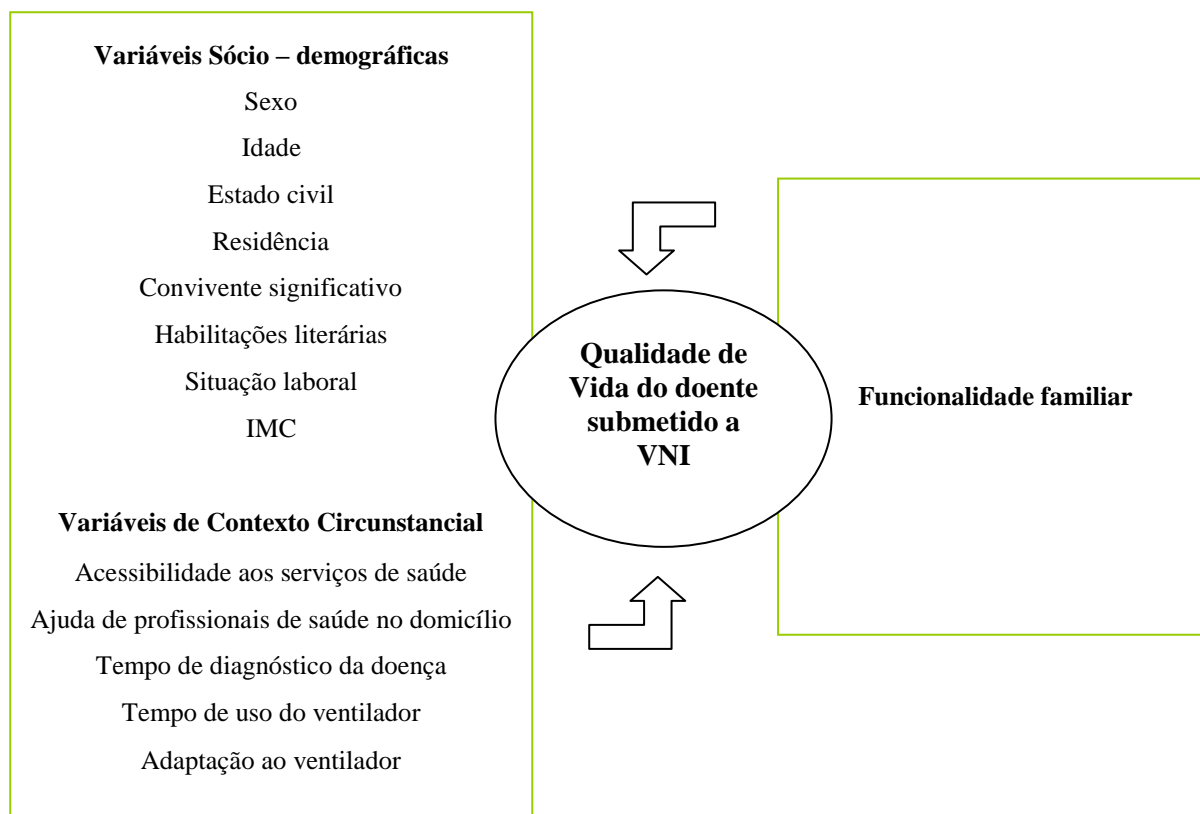
5.2 - DEFINIÇÃO E ARTICULAÇÃO DAS VARIÁVEIS

O termo variável está inteiramente ligado à investigação, e é utilizado na oposição a “constante”, já que aponta para qualquer característica susceptível de variar entre as unidades (GAUTHIER, 2003).

De acordo com a posição assumida na relação entre elas, as variáveis podem ser classificadas como dependentes ou independentes designação que advém das características do próprio desenho de investigação (RIBEIRO, 1999).

A articulação das variáveis estudadas na presente investigação é apresentada de forma esquematizada no modelo conceptual representado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas



Interessa salientar que o modelo conceptual exposto pretende essencialmente identificar as variáveis que, hipoteticamente, podem estabelecer relação estatisticamente significativa com a Qualidade de Vida do doente submetido a VNI. Contudo, tal não permite caracterizar o tipo e força da relação entre as variáveis em análise.

A sua principal finalidade é servir de referencial orientador da investigação permitindo igualmente um enquadramento estrutural lógico aos que consultam o trabalho.

5.2.1 - Variável dependente

Segundo Polit e Hungler (1995) variável dependente diz respeito ao que o investigador está interessado em compreender, explicar ou prever. Dito de outro modo, “a variável dependente é toda aquela que se supõe ser influenciada por outras variáveis” (GIL, 1995, p.81).

No caso particular da presente pesquisa, a variável dependente é a Qualidade de Vida do

doente submetido a VNI.

A operacionalização desta variável assenta no SGRQ (Saint George's Respiratory Questionnaire) cujos critérios de mensuração serão apresentados mais à frente no capítulo dedicado ao método de colheita de dados.

5.2.2 - Variáveis independentes

Uma variável independente é aquela que causa ou influencia a variável dependente, actuando desta forma como causa antecedente ou influência presumível no que concerne à relação com a variável dependente (POLIT e HUNGLER, 1995).

Como tal, apoiado na revisão bibliográfica efectuada e de acordo com o modelo conceptual previamente definido, elege-se como variáveis independentes da presente pesquisa:

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Residência
- Convivente significativo
- Habilitações literárias
- Situação laboral
- IMC
- Acessibilidade aos serviços de saúde
- Ajuda de profissionais de saúde no domicílio
- Tempo de diagnóstico da doença
- Tempo de uso do ventilador
- Adaptação ao ventilador
- Funcionalidade familiar

À semelhança da variável dependente, também neste âmbito os procedimentos de operacionalização serão descritos mais adiante no espaço reservado ao procedimento e método de colheita de dados.

5.3 - OBJECTIVOS

“O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (FORTIN, 2003, p. 100).

Dito de outro modo, os objectivos especificam a intenção das orientações, traduzindo-se em termos concretos e prevendo um prazo definido de execução, incluindo resultados finais quantificáveis. Pressupõem a disponibilidade de determinados recursos a serem usados, de esforços a serem dispendidos, bem como o desenvolvimento e a implementação de estratégias específicas (IMPERATORI, 1999).

O foco de atenção do presente estudo centra-se, precisamente no indivíduo portador de patologia respiratória, com necessidade de realizar ventilação não invasiva no domicílio.

Interessa particularmente, analisar algumas questões relacionadas com a percepção do doente face ao seu estado de saúde actual, bem como, perceber como o seu problema respiratório afecta a sua vida, e quais os aspectos da sua doença que lhe causam mais problemas.

Não obstante as limitações da investigação relacionadas fundamentalmente com a escassez de tempo e de recursos financeiros ao dispor, considera-se estar em condições de atingir o objectivo geral seguidamente apresentado:

- Avaliar a qualidade de vida de doentes submetidos a VNI.

Da formulação do objectivo geral emerge o enunciado dos seguintes objectivos específicos:

- Avaliar a influência das características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral) da amostra de doentes submetidos a VNI, na sua qualidade de vida;

- Estabelecer a influência do IMC, na qualidade de vida do doente submetido a VNI;

- Avaliar a importância das características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador) na qualidade de vida do doente submetido a VNI;

- Conhecer a importância da funcionalidade familiar na qualidade de vida do doente submetido a VNI.

5.4 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De um modo genérico poder-se-á definir hipótese, como sendo uma resposta ao problema a ser investigado. O seu papel fundamental na pesquisa é sugerir explicações para os factos. Como tal, é uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada (GIL, 1999).

Neste contexto, é “uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis. Por outras palavras, uma hipótese traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados” (POLIT e HUNGLER 1995, p.76).

Atendendo ao problema e aos objectivos do estudo e na sequência dos fundamentos teóricos, que sustentam a ideia de que a qualidade de vida do doente submetido o VNI é condicionada por variáveis de contexto sócio-demográfico e circunstancial, formularam-se as seguintes hipóteses que pretendem testar o modelo conceptual proposto:

1 - As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral) influenciam a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

2 – O IMC influencia a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

3 - As características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador) influenciam qualidade de vida do doente submetido o VNI.

4 – A funcionalidade familiar influencia directamente a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

5.5 – METODOLOGIA

A selecção do instrumental metodológico deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, às hipóteses levantadas e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (LAKATOS e MARCONI, 1996).

Assim sendo, este sub-capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da pesquisa, incorporando o contexto do desenho da investigação, da selecção da amostra e do procedimento e método de colheita de dados.

5.5.1 – Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003, p. 132) “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses colocadas”.

Assim sendo, para esta investigação, conceptualizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa e procedeu-se a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (PEDHAZUR e SCHMELKIN, 1991), também designado por estudo pós-facto (KIESS e BLOOMQUIST, 1985), ou estudo correlacional e de observação (GIL, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

5.5.2 – Amostra

O processo de selecção de uma amostra, no âmbito de uma qualquer investigação, requer alguns cuidados metodológicos que a tornem representativa da população a que pertence, como forma de permitir a generalização dos resultados ao universo populacional de que foi retirada. Embora o objecto de generalização seja, segundo alguns autores, sobretudo valorizado em aferição de provas psicológicas, julgou-se importante, para o estudo do problema em questão, ter uma amostra significativa.

Assim, optou-se por recorrer a uma amostra de doentes submetidos a VNI, inscritos na consulta de patologia do sono do Serviço de Pneumologia, do Hospital de Sousa Martins da ULS da Guarda, EPE,

Esta escolha foi essencialmente motivada por dois factores: conhecimento pessoal derivado de relações profissionais com os elementos da equipa de saúde da instituição citada, por um lado, e ser uma instituição situada próximo da minha área de residência, por outro.

Desta forma, pode-se classificar a amostra que serve de base a esta investigação como sendo não aleatória accidental. Isto porque, de acordo com Fortin (2003), se verificam duas condições em simultâneo: cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para a amostra e a amostra é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso sendo incluídos no estudo à medida até a amostra atingir o tamanho desejado.

De modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem estabeleceram-se

critérios de elegibilidade considerando-os, tal como Polit e Hungler (1995), as características que delimitam a população de interesse. Assim, foram incluídos no estudo doentes que cumprem, em concomitância, dois requisitos fundamentais: serem portadores de SAOS e cumprirem VNI no domicílio.

5.5.3 – Procedimento e método de colheita de dados

Actualmente as disposições ético-legais que conferem respaldo aos direitos fundamentais das pessoas são parte integrante de qualquer trabalho de investigação.

Como tal, foi elaborado o pedido de autorização à instituição de saúde, no caso, a ULS da Guarda, de modo a permitir a aplicação do instrumento de recolha de dados nas instalações da referida unidade (Anexo I).

Por outro lado, houve a preocupação em obter o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes no estudo bem como garantir o anonimato e confidencialidade relativamente aos dados recolhidos.

De acordo com Fortin (2003) a escolha do método de colheita de dados está intimamente relacionada com o objectivo do estudo. No contexto de um estudo de cariz quantitativo, como é este, o recurso ao formulário satisfaz amplamente essa premissa.

Este formato de instrumento de medida assenta numa lista formal de questões, cujo preenchimento é da responsabilidade do próprio investigador.

Sob outro ponto de vista, a opção pelo formulário foi motivada pela sua extensão e complexidade, evitando desta forma erros e omissões no seu preenchimento. Contudo, têm-se consciência do efeito pernicioso que a presença do investigador poderá ter no sentido de algumas respostas.

Estruturalmente, o questionário é constituído por 4 Secções: uma destinada à caracterização sócio-demográfica, seguindo-se da caracterização circunstancial, outra especificamente diz respeito à escala da qualidade de vida, e por fim a funcionalidade familiar.

Apesar de integralmente apresentado no Anexo II, o quadro seguinte (quadro 1) resume as principais características do formulário de forma a facilitar a sua compreensão.

Quadro 1 – Caracterização estrutural do instrumento de colheita de dados

<i>SECÇÃO</i>	<i>DOMÍNIO EM ESTUDO</i>
A	Caracterização sócio-demográfica
B	Caracterização circunstancial
C	Questionário do Hospital St. George na doença respiratória (SGRQ)
D	Funcionalidade familiar (Apgar familiar)

Secção A – **Caracterização sócio-demográfica**

Com o conjunto de questões que incorporam esta secção pretende-se obter elementos que permitam efectuar uma caracterização específica no que respeita ao sexo, idade, estado civil, contexto residencial, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral e profissão.

A operacionalização da variável sexo é realizada com a inclusão de uma pergunta dicotómica fechada, em que as alternativas de resposta contextualizam a separação do sexo em masculino e feminino.

Na avaliação da idade foi utilizada uma pergunta aberta, com a sua quantificação a ser efectuada em anos. A operacionalização da variável idade efectivou-se através do agrupamento dos elementos da amostra em três grupos etários.

Quanto ao convivente significativo, a sua caracterização é efectuada através da inclusão de uma questão com sete alternativas de resposta: marido/esposa, pai/mãe, filho(a), genro/nora, sobrinho(a), outro grau de parentesco, sem parentesco.

Relativamente à situação laboral foi apresentada uma questão fechada com três opções de resposta, a saber: empregado, desempregado, reformado.

De modo a caracterizar a amostra relativamente à profissão adoptou-se a classificação segundo os sectores de actividade: primário, secundário e terciário.

No que respeita ao peso e altura, foi incluída uma pergunta aberta, com a sua quantificação a ser efectuada em kilogramas e metros, respectivamente, o que serviu de base ao cálculo do IMC. Para se operacionalizar a variável IMC, optou-se pelo agrupamento dos

elementos da amostra em cinco grupos, de acordo com a classificação dos graus de obesidade segundo a OMS, apresentados no quadro seguinte (quadro 2).

Quadro 2 – Classificação da obesidade

Classificação	IMC (kg/m²)	Classe de Obesidade
Peso normal	18,5 – 24,9	
Excesso de peso	25,0 – 29,9	Pré-obesidade
Obesidade	30,0 - 34,9	Classe I
Obesidade	35,0 – 39,9	Classe II
Obesidade extrema	>40,0	Classe III

Adaptado de Clinical Guidelines on the Identification and Treatment of OverWeight and Obesity in Adults

As restantes perguntas incluídas nesta secção do formulário serviram exclusivamente para a caracterização geral da amostra em estudo, no que diz respeito ao estado civil, residência, habilitações literárias e profissão.

Secção B – Caracterização circunstancial

Esta secção é constituída por nove questões das quais três são fechadas, duas mistas e quatro abertas.

Para as variáveis “tempo de diagnóstico da doença” e “tempo de uso do ventilador” recorreu-se a uma questão aberta em que o tempo é expresso em anos e meses.

A operacionalização da variável tempo de diagnóstico efectivou-se através do agrupamento dos elementos da amostra em três grupos.

A operacionalização da variável tempo de uso do ventilador foi realizada através do agrupamento dos elementos da amostra em três grupos.

No que concerne à “adaptação ao ventilador” utiliza-se uma pergunta mista que pretende aferir se o doente teve ou não facilidade em adaptar-se ao ventilador, e no caso de isso não se ter verificado, permite indagar o porquê.

As outras questões incluídas nesta secção destinam-se a permitir a caracterização geral da amostra em estudo relativamente à acessibilidade aos serviços de saúde, distância ao serviço de

saúde mais próximo, ajuda no domicílio, medicação habitual, e ajuda para esclarecimento de dúvidas ou problemas.

Secção C – SGRQ (Saint George’s Respiratory Questionnaire)

A autoria do SGRQ é atribuída a Jones, Quirk e Baveystock (1991), tendo sido validado para a língua portuguesa por Sousa e seus colaboradores (2000) e traduzido para a população portuguesa por Taveira e Ferreira.

O Saint George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ) é o questionário de avaliação da qualidade de vida específico para a doença respiratória mais utilizado e o mais indicado (DGS, 2009).

Este questionário aborda a parte clínica da doença respiratória nas actividades de vida diária, avalia o bem-estar subjectivo e detecta mudanças na saúde sob o efeito da terapia (HILLERS et al., 1994; OLDRIDGE et al., 1998; SOUSA et al., 2000; SANTOS, 2000).

O instrumento acima designado é constituído por 50 itens, com 76 pesos de respostas, distribuído por três domínios (JONES et al., 1991):

- O domínio “Sintomas” – corresponde à primeira parte do questionário, é composto por 8 itens e avalia os sintomas respiratórios, a frequência e a severidade;

- O domínio “Actividade” – corresponde à secção 2 e secção 6 da segunda parte do questionário, sendo composta por 16 itens. Este domínio avalia as actividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório;

- O domínio “Impacto psicossocial” que corresponde às secções 1, 3, 4, 5, 7 da segunda parte do questionário, é composto por 26 itens e avalia o controlo da doença, as expectativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar.

A forma como as secções que integram as duas partes se agrupam nos diferentes domínios encontra-se esquematizada no quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das partes e secções pelos domínios do SGRQ

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>PARTE</i>	<i>SECÇÃO</i>
Sintomas	1	
Actividade	2	2,6
Impacto Psicossocial	2	1,3,4,5,7

Para calcular a qualidade de vida de cada indivíduo, é feita a soma dos pesos de cada item pertencente a cada domínio e depois é dividido pela possibilidade máxima que pode ser alcançada. A pontuação de cada domínio é dada em percentagem, calculada pelo coeficiente, visível na seguinte equação (Quadro 4) (JONES et al., 1991):

Quadro 4 - Coeficiente para o cálculo do questionário SGRQ

$$\text{Score} = \frac{\sum \text{valor obtido}}{\sum \text{possibilidade máxima}} \times 100$$

O questionário revela uma boa qualidade de vida quando os resultados são próximos de 0 (zero) e pior qualidade de vida com resultados próximos de 100 (RODRIGUES et al., 2002, PAGANI, 2008). Por conseguinte, a pontuação de cada parte que integra o questionário é, posteriormente, convertida em percentagem.

Segundo Jones, Quirk e Baveystock (1991) e Sousa et al. (2000), valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade e alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total de pontos, indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos doentes.

Secção D – **Funcionalidade familiar**

Para a avaliação da funcionalidade familiar adoptou-se a escala de Apgar familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo e Matos (1998).

Este instrumento baseia-se em cinco perguntas que pretendem avaliar a percepção do sujeito acerca da qualidade do seu relacionamento familiar.

Concretamente, integra as seguintes dimensões:

- Adaptação intra-familiar – assente na utilização dos recursos, dentro e fora da família, enquanto fonte de resolução de problemas;

- Convivência e comunicação – diz respeito à partilha da tomada de decisões e responsabilidades pelos seus membros;

- Crescimento e desenvolvimento – baseado na maturidade física, psíquica e emocional e na realização obtida pelos elementos da família, através de mútuo apoio e orientação;

- Afecto – orienta para as relações de ternura entre os diversos membros;

- Dedicação à família – alude ao compromisso assumido por cada elemento em dedicar tempo aos outros, no sentido de os encorajar física e emocionalmente.

As questões admitem três tipos de resposta. Assim, para o “*quase sempre*” temos uma cotação de 2; para a resposta “*algumas vezes*” obtém-se a cotação de 1; e 0 pontos no caso de a resposta ser “*quase nunca*”.

O resultado final da escala resulta do somatório das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas e é susceptível de variar entre os 0 e 10 pontos, sendo que, uma pontuação entre 7 a 10 corresponde a uma família altamente funcional, de 4 a 6 podemos referir-nos à família como tendo moderada disfunção, e no caso do *score* total obtido se situar entre 0 a 3 pontos, tal facto é sugestivo de uma família com disfunção acentuada.

5.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A análise estatística abrange uma ampla variedade de técnicas e procedimentos desde os mais simples até outros, mais complexos e sofisticados (POLIT e HUNGLER, 1995).

“As estatísticas mais apropriadas ao resumo dos dados dependem da escala de medida das variáveis classificadas nas respostas do inquérito” (PESTANA e GAGEIRO 2003, p.62). Assim, a estatística permite, através da análise descritiva, resumir a informação numérica de uma

maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Por outro lado, com a ajuda da inferência estatística, é possível determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população (FORTIN, 2003).

Em termos de estatísticas descritivas foram utilizados, na presente investigação, os seguintes indicadores de medida:

➤ **Frequências:**

Absolutas (N)

Relativas ou percentuais (%)

Mínimo (Mn)

Máximo (Mx)

➤ **Medidas de tendência central:**

Médias (\bar{X})

➤ **Medidas de dispersão ou variabilidade:**

Desvios padrão (Dp)

Coeficientes de variação (CV)

Saliente-se que “o coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis mesmo se elas não têm a mesma unidade de medida” (FORTIN, 2003, p. 283). Resulta do quociente entre o desvio padrão e a média, multiplicando-se o valor obtido por cem de forma a obter uma percentagem.

De acordo com os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2003, p.89), a dispersão pode assumir os seguintes graus:

- $CV \leq 15\%$ dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ dispersão média;
- $CV > 30\%$ dispersão elevada.

A estatística inferencial, conforme já acima foi referido, permite a generalização dos resultados obtidos à população de onde a amostra foi retirada através da verificação de hipóteses (FORTIN, 2003).

Em termos práticos este procedimento torna-se possível graças ao emprego de testes

estatísticos.

Apesar de estarmos conscientes de que a utilização de testes paramétricos confere maior força e rigor estatístico, na nossa investigação recorreremos exclusivamente a testes não paramétricos, na medida em que não são cumpridos integralmente os critérios para aplicação dos primeiros.

Dado que a distribuição de dados referentes à variável dependente (Domínios da QDV) não se encontra dentro da normalidade ($p < 0,05$) em todas as suas dimensões uma vez que, com excepção do domínio Impacto e na QDV total que apresentam um nível de significância superior a 0,05, todas os restantes domínios apresentam níveis de significância inferiores a este nível, pelo que se optou por utilizar testes não paramétricos. A este respeito, remete-se em anexo (anexo III) o teste de normalidade da amostra de Kolmogorov-Smirnov.

Dado que na amostra a variável dependente (Dimensões da QDV) não apresenta uma distribuição dentro da normalidade, assim irão ser usados testes não paramétricos para estabelecer as relações entre as variáveis: Teste U Mann Whitney e Teste de Kruskal Wallis

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese, se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Desta forma, foram utilizados os seguintes níveis de significância, conforme refere D'Hainaut (1990, p.162):

- $p < 0,05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0,05$ ^{ns} - não significativo

O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando o programa informático SPSS 19.0 – Statistical Package For Social Science.

O SPSS é uma ferramenta informática bastante útil no domínio das ciências sociais uma

vez que permite ao investigador proceder ao tratamento dos dados recolhidos obtendo com rapidez os respectivos resultados.

A apresentação dos resultados será efectuada no próximo capítulo através de tabelas e quadros de onde ressaltam os dados mais relevantes da pesquisa.

6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de uma investigação decorrem dos factos observados na colheita de dados sendo apresentados de maneira a estabelecer uma ligação lógica com o problema de investigação. Deste modo, pode-se considerar que “apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (FORTIN, 2003, p. 330).

No entanto, a apresentação dos resultados deve limitar-se à descrição narrativa estando a sua interpretação reservada para outro capítulo: a discussão.

No contexto da presente pesquisa, apresentam-se os resultados recorrendo a tabelas de forma a possibilitar uma visualização simples e rápida. De seguida apresentam-se os resultados obtidos com a análise descritiva e, posteriormente, os decorrentes da aplicação das técnicas de estatística inferencial.

6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Através da análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos (FORTIN, 2003). Ou seja, a principal preocupação do pesquisador é descrever as características gerais da amostra.

Em termos práticos, apresentamos a análise descritiva em função da estrutura do instrumento de colheita de dados, o qual integra quatro secções: caracterização sócio-demográfica; caracterização circunstancial; sintomas, actividade e impacto da doença respiratória percebidas pelo doente, e funcionalidade familiar, sendo que todas elas se reportam ao indivíduo portador de SAOS.

Secção A – **Caracterização sócio-demográfica**

Nesta secção pretende-se efectuar a caracterização da amostra no que respeita às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, peso, altura, IMC, contexto residencial, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral e profissão.

◇ Sexo e Idade

Do total de 30 indivíduos portadores de SAOS que constituem a amostra, 26 pertencem ao sexo masculino e 4 ao feminino.

Na idade, verifica-se estar compreendida entre os 39 e os 78 anos, sendo a média de 61,1 anos, o desvio padrão de 10,19 e o coeficiente de variação de 16,67%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$).

Analisando a idade em função do género, constata-se que os doentes do sexo masculino são em média mais novos (60,84) que as doentes do sexo feminino (62,75). No entanto essa diferença entre sexos não é estatisticamente significativa (tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Idade	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Masculino	39	78	60,84	10,67	17,53		
Feminino	54	69	62,75	7,08	11,28	-0,462	0,662
TOTAL	39	78	61,10	10,19	16,67		

$p < 0,05$ sig

◇ Estado civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos doentes são casados (90%). O menor percentual recai sobre os doentes divorciados (3,3%).

Os dados estatísticos referentes à distribuição por género evidenciam uma clara predominância de doentes casados, sendo este percentual mais representativo nas mulheres (100%) comparativamente aos homens (88,5%), tal como se observa na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função do sexo e estado civil

<i>Estado civil</i> \ <i>Sexo</i>	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	23	88,5	4	100,0	27	90,0
Viúvo	2	7,7	0	0,0	2	6,7
Divorciado	1	3,8	0	0,0	1	3,3
TOTAL	26	100,0	4	100,0	30	100,0

◇ Índice de Massa Corporal (IMC)

A análise da tabela 3 permite constatar que o grupo de doentes mais representativo possui um IMC entre 30 – 34,9 Kg/m² (36,7%), sendo o sexo masculino que contribui com maior percentual (38,5%). De salientar que 10% da amostra possui um IMC \geq 40. Por sua vez, o grupo de doentes menos representativo corresponde ao IMC de 18,5 – 24,9 (3,3%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do sexo e do IMC

<i>IMC</i>	<i>Sexo</i>		<i>Feminino</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Masculino</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
18,5 – 24,9	1	3,8	0	0,0	1	3,3
25 – 29,9	7	26,9	1	25,0	8	26,7
30 – 34,9	10	38,5	1	25,0	11	36,7
35 – 39,9	6	23,1	1	25,0	7	23,3
\geq 40	2	7,7	1	25,0	3	10,0
<i>TOTAL</i>	26	100,0	4	100,0	30	100,0

◇ Contexto residencial

Os doentes são maioritariamente residentes em meio rural (50%), distribuindo-se os restantes pela cidade (30%) e vila (20 %) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função do contexto residencial

Contexto residencial	N	%
Aldeia	15	50,0
Vila	6	20,0
Cidade	9	30,0
<i>TOTAL</i>	30	100,0

◇ Convivente significativo

A análise dos dados expressos na tabela 5 permite verificar que a grande maioria dos inquiridos (86,7%) coabita com o respectivo cônjuge. Dos restantes, 6,7% vivem com o companheiro. Existem igualmente 6,7% que vivem sozinhos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função do convivente significativo

Convivente significativo	N	%
Marido / Esposa	26	86,7
Companheira	2	6,7
Sozinho	2	6,7
<i>TOTAL</i>	30	100,0

◇ Habilitações literárias

Relativamente ao nível de escolaridade (cf. Tabela 6) constata-se que a maioria dos doentes (46,7%) possui 4 anos de escolaridade, sendo que 20% têm menos que 4 anos de escolaridade. Dos restantes, salientam-se os que têm entre 5 e 9 anos de escolaridade, que representam 26,7%, existindo, na amostra, 2 elementos com formação superior.

Tabela 6 – Distribuição da amostra em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	N	%
<4 anos	6	20
4 Anos	14	46,7
5 – 9 Anos	8	26,7
Licenciatura/Mestrado	2	6,7
<i>TOTAL</i>	30	100

◇ Situação laboral

Em termos de situação laboral, constata-se que 46,7% estão aposentados, sendo que 43,3% desenvolvem uma actividade profissional. Os restantes 10% não desenvolvem nenhuma actividade (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra em função da situação laboral

Situação laboral	N	%
Empregado	13	43,3
Desempregado	3	10,0
Reformado	14	46,7
TOTAL	30	100,0

◇ Profissão

Através dos resultados (tabela 8) pode-se constatar que as profissões mais representativas se enquadram no sector terciário (53,85%)

Tabela 8 – Distribuição da amostra em função da profissão

Profissão	N	%
Sector primário	2	15,38
Sector secundário	4	30,77
Sector terciário	7	53,85
TOTAL	13	100,0

Secção B – Caracterização circunstancial

No que respeita à caracterização circunstancial englobaram-se os seguintes aspectos: acessibilidade aos serviços de saúde, distância ao serviço de saúde mais próximo, ajuda no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador, medicação habitual, ajuda de profissionais de saúde, ajuda para esclarecimento de dúvidas ou problemas

◇ Acessibilidade aos serviços de saúde

No que se reporta à acessibilidade aos serviços de saúde, a maioria dos sujeitos da amostra (86,7%) desloca-se aos serviços de saúde através de transporte próprio. Dos restantes, 6,7% utilizam transporte público. Existem igualmente 6,7% que se socorrem de transporte com bombeiros (cf. tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra em função da acessibilidade aos serviços de saúde

Acessibilidade	N	%
Transporte próprio	26	86,7
Transporte público	2	6,7
Transporte com bombeiros	2	6,7
TOTAL	30	100,0

◇ Distância ao serviço de saúde mais próximo

Com referência aos resultados expressos na tabela 10, constata-se que os indivíduos da amostra têm uma distância ao serviço de saúde mais próximo compreendida entre os 500m (0,5) e 50Km, sendo a distância média de 11,52 Km, o desvio padrão de 13,96 e o coeficiente de variação de 121,18 %. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão elevada ($CV > 30\%$).

De salientar ainda que os doentes do sexo feminino são os que possuem, em média uma maior distância ao serviço de saúde mais próximo (19,5Km), no entanto, a diferença não é estatisticamente significativa ($t = -0,863$; $p = 0,446$).

Tabela 10 – Estatísticas relativas à distância ao serviço de saúde mais próximo segundo o sexo

Distância	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Masculino	0,5	50	10,29	12,75	123	-0,863	0,446
Feminino	5	50	19,50	20,76	106		
TOTAL	0,5	50	11,52	13,96	121,18		

$p < 0,05$ sig

◇ Ajuda de profissionais de saúde no domicílio

Observando os resultados obtidos em relação à ajuda obtida no domicílio, constata-se que

90% dos doentes não dispõem de nenhuma ajuda no domicílio. Dos restantes, 10% dispõem de apoio assistencial (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da amostra em função da ajuda no domicílio

Ajuda no domicílio	N	%
Nenhuma	27	90
Assistencial	3	10
TOTAL	30	100

◇ Tempo de diagnóstico da doença

Pela observação da tabela 12, constata-se que os indivíduos da amostra apresentam um tempo de diagnóstico da sua doença compreendido entre 2 meses (0,2) e 16 anos, sendo o tempo médio de 4,47 anos, o desvio padrão de 3,49 e o coeficiente de variação de 78,08%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão elevada ($CV > 30\%$).

Fazendo uma análise em função do género, verifica-se que os doentes do sexo masculino possuem um tempo de diagnóstico mínimo mais baixo (2 meses) e máximo mais alto (16 anos). Paralelamente, as doentes do sexo feminino apresentam um tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos.

De salientar ainda que são os doentes do sexo masculino aqueles que possuem um tempo médio de diagnóstico mais elevado (4,79), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($t=1,694$; $p=0,150$).

Tabela 12 – Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico da doença segundo o sexo

Tempo de diagnóstico	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Masculino	0,2	16	4,79	3,54	73,9	1,694	0,150
Feminino	0,3	6	2,37	2,49	105,06		
TOTAL	0,2	16	4,47	3,49	78,08		

$p < 0,05$ sig

Pela análise da tabela 13 é possível verificar que a maior parte dos sujeitos (36,7%) tem a sua doença diagnosticada há menos de 2 anos, sendo o sexo feminino o que contribui com maior percentual. Por sua vez, 33,3% dos doentes têm a sua doença diagnosticada há mais de 5 anos.

Tabela 13 – Distribuição da amostra em função do sexo e do tempo de diagnóstico da doença

<i>Tempo de Diagnóstico Da doença</i>	<i>Sexo</i>		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>TOTAL</i>	
			<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<2 anos			8	30,8	3	75,0	11	36,7
2-5 anos			9	34,6	0	0,0	9	30,0
> 5 anos			9	34,6	1	25,0	10	33,3
<i>TOTAL</i>			26	100,0	4	100,0	30	100,0

◇ Tempo de uso do ventilador

Com referência aos dados apresentados na tabela 14, constata-se que os indivíduos da amostra apresentam um tempo de uso do ventilador compreendido entre 2 meses (0,2) e 16 anos, sendo o tempo médio de 4,05 anos, o desvio padrão de 3,13 e o coeficiente de variação de 77,28%, existindo uma dispersão elevada ($CV > 30\%$).

Analisando em função do género, apura-se que os doentes do sexo masculino possuem um tempo de uso do ventilador mínimo mais baixo (2 meses) e máximo mais alto (16 anos), usando o ventilador em média há 4,3 anos. Paralelamente, as doentes do sexo feminino apresentam um tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos, usando o ventilador em média há 2,37 anos.

Tabela 14 – Estatísticas relativas ao tempo de uso do ventilador segundo o sexo

Tempo de uso do ventilador	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Masculino	0,2	16	4,30	3,18	73,95	1,384	0,229
Feminino	0,3	6	2,37	2,49	105,06		
<i>TOTAL</i>	0,2	16	4,05	3,13	77,28		

$p < 0,05$ sig

Pela análise da tabela 15, é possível verificar que 26,7% dos sujeitos usa o ventilador há mais de 3 anos e um mês e menos de 5 anos, existindo igual percentagem de indivíduos (26,7%), que usa o ventilador há mais de 5 anos, sendo o sexo masculino, que em ambos os casos contribui com maior percentual.

Tabela 15 – Distribuição da amostra em função do sexo e do tempo de uso do ventilador

<i>Tempo de uso Do ventilador</i>	<i>Sexo</i>		<i>Sexo</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<=1,6 anos	4	15,4	3	75,0	7	23,3
1,7 - 3 anos	7	26,9	0	0,0	7	23,3
3,1 – 5 anos	8	30,8	0	0,0	8	26,7
> 5 anos	7	26,9	1	25,0	8	26,7
<i>TOTAL</i>	26	100,0	4	100,0	30	100,0

◇ Adaptação ao ventilador

Observando os resultados obtidos em relação à adaptação ao ventilador, verifica-se que a maioria (56,7%) dos doentes se adaptou facilmente ao ventilador. Os restantes, 43,3% apresentaram dificuldades na sua adaptação, atribuindo a responsabilidade a diversos factores como a secura das mucosas, o barulho do ventilador, e desconforto com a máscara (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição da amostra em função da adaptação ao ventilador

Adaptação ao ventilador	N	%
Não	13	43,3
Sim	17	56,7
<i>TOTAL</i>	30	100

◇ Medicação habitual

Sendo este item parte integrante de uma questão aberta que constou do questionário, de referir que 18 pessoas tomam medicação de forma habitual, maioritariamente dirigida ao aparelho

cardio-vascular e distúrbios metabólicos. Apenas 3 dos inquiridos tomam medicação para o aparelho respiratório.

◇ Ajuda para esclarecimento de dúvida ou resolução de problema

Com referência a este item, a totalidade dos doentes (100%) foi peremptória em afirmar que dispõe de ajuda em caso de necessidade de esclarecimento de dúvida ou resolução de problema.

Secção C – **Qualidade de Vida (SGRQ)**

◇ Estado de Saúde Actual

A análise dos dados expressos na tabela 17 permite verificar que a maioria dos inquiridos (63,3%) percepciona o seu estado de saúde actual como moderado. Dos restantes, 26,7% consideram-no mesmo bom.

Tabela 17 – Distribuição da amostra em função do estado de saúde actual

Estado de saúde actual	N	%
Muito bom	1	3,3
Bom	8	26,7
Moderado	19	63,3
Mau	2	6,7
TOTAL	30	100,0

A caracterização da qualidade de vida baseia-se no Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), cuja análise se efectua de seguida, descriminando os três domínios que ele contempla: sintomas, actividades, e impacto psicossocial.

◇ Qualidade de Vida

Pela análise da tabela 18, verifica-se que o grupo mais representativo corresponde aos doentes que têm maior média percentual (43,32%) associada ao domínio actividades, sendo mais

representativo no sexo feminino (49,74%) comparativamente ao masculino (42,33%).

No que respeita ao domínio impacto, constata-se que os doentes apresentam um valor médio percentual de 25,71%, com maior representatividade no sexo feminino (32,12% para 24,72%).

Por sua vez, o domínio sintomas é aquele no qual os doentes apresentam um valor médio percentual inferior (17,88), verificando-se que grupo mais representativo corresponde aos doentes do sexo masculino (18,08%).

No que concerne à qualidade de vida total, apura-se que os doentes apresentam um percentual médio de 29,74%, sendo mais representativo no sexo feminino (34,88% para 28,95%).

Tabela 18 – Distribuição da amostra em função do sexo e da QDV, segundo os domínios: sintomas, actividade, impacto psicossocial

<i>Domínios</i>	<i>Sexo</i>		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Nº</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{x}</i>
<i>Sintomas</i>	26	18,08	4	16,58	30	17,88		
<i>Actividades</i>	26	42,33	4	49,74	30	43,32		
<i>Impacto</i>	26	24,72	4	32,12	30	25,71		
<i>Qualidade de Vida Total</i>	26	28,95	4	34,88	30	29,74		

Observando os resultados obtidos na tabela 19, verifica-se que o domínio do SGRQ que apresenta maior valor é o que mensura as actividades (93,37%), imediatamente seguido do impacto (71,40%) e por fim o domínio referente aos sintomas (64,02%). Paralelamente, a QDV total obtida apresenta um valor mínimo de 2,06 e máximo de 74,56, com uma média de 29,74.

Tabela 19 – Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em %)

	<i>N</i>	<i>Mn</i>	<i>Mx</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>Dp</i>
Sintomas	30	0,0	64,02	17,88	20,57
Actividade	30	0,0	93,37	43,32	29,23
Impacto	30	3,89	71,40	25,71	19,44
QDV - Total	30	2,06	74,56	29,74	20,33

◇ Condição de Actual de Saúde

A análise dos dados expressos na tabela 20 permite verificar que a maioria dos inquiridos (60%) percepção a sua condição actual de saúde como razoável. Dos restantes, 23,3% consideram-na mesmo boa. Porém 10% considera-a fraca.

Tabela 20 – Distribuição da amostra em função da condição actual de saúde

Condição actual de saúde actual	N	%
Ótima	1	3,3
Muito boa	1	3,3
Boa	7	23,3
Razoável	18	60
Fraca	3	10
TOTAL	30	100

◇ Estado de saúde actual em comparação com o ano anterior

Com referência aos dados que constam na tabela 21, constata-se que a maior parte dos elementos da amostra (46,7%) considera que o seu estado de saúde actual está aproximadamente igual ao que acontecia há um ano. Dos restantes, 30% refere existirem algumas melhoras, e 10% considera que actualmente é muito melhor. Porém 13,3% considera o seu estado de saúde actual um pouco pior do que no ano anterior.

Tabela 21 – Distribuição da amostra em função do estado de saúde actual comparado com o ano anterior

Estado de saúde actual comparado com o ano anterior	N	%
Muito melhor	3	10
Com algumas melhoras	9	30
Aproximadamente Igual	14	46,7
Um pouco pior	4	13,3
TOTAL	30	100

◇ Quantificação subjectiva da própria qualidade de vida

Pela observação dos dados apresentados na tabela 22 , constata-se que a grande maioria dos inquiridos (66,6%) considera ter uma boa qualidade de vida. Dos restantes, 20% refere ter uma má qualidade de vida, e 13,3% admite ter uma qualidade de vida razoável.

Tabela 22 – Distribuição da amostra em função da quantificação subjectiva da própria qualidade de vida

Quantificação subjectiva da própria qualidade de vida	N	%
Boa	20	66,6
Razoável	4	13,3
Má	6	20
TOTAL	30	100

Secção D – **Funcionalidade familiar (Apgar familiar)**

A caracterização da funcionalidade familiar, que seguidamente se passa a analisar, assenta na *Escala de Apgar Familiar*.

Pode-se verificar que a grande maioria da amostra (83,3%) percebe a sua família como sendo altamente funcional, e 16,7% como moderadamente disfuncional (tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição da amostra em função da funcionalidade familiar

Funcionalidade familiar	N	%
Moderada disfunção	5	16,7
Altamente funcional	25	83,3
Disfunção acentuada	0	0,0
TOTAL	30	100

6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (PESTANA e GAGEIRO, 2003).

A análise inferencial dos dados é o que, de acordo com Fortin (2003, p. 283) permite ao investigador “estar em condições de inferir a partir de uma amostra de sujeitos para o total da população”.

Já Polit e Hungler (1995) entendem que é este conjunto de procedimentos estatísticos que possibilita explicar a relação entre as variáveis descritas nas hipóteses formuladas.

Na análise dos resultados serão, sobretudo, referenciados os dados estatisticamente significativos em conformidade com os coeficientes e níveis de significância já descritos no capítulo reservado ao tratamento estatístico.

Assim sendo, apresentam-se seguidamente os resultados da análise inferencial efectuada tendo em conta as hipóteses anteriormente estabelecidas.

➤ **Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas**

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral) influenciam a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias e situação laboral.

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos (tabela 24).

Denota-se que o domínio actividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes do **sexo** feminino os que apresentam um maior valor (49,73% para 42,33%). Contudo, as diferenças não são significativas, tal como demonstrou o teste de Mann-Whitney.

Analisando os **grupos etários** verifica-se que a maior média percentual do domínio actividades (54,05%) corresponde aos doentes com idades superiores a 70 anos. Paralelamente, a menor média percentual (16,30%) diz respeito ao domínio sintomas, e corresponde aos doentes com idades compreendidas entre 51 e 70 anos. Neste caso, a idade não é estatisticamente significativa, tal como revelou o teste de Kruskal – Wallis.

Quanto ao **estado civil**, constata-se que a maior média percentual do domínio actividades corresponde aos doentes viúvos (76,82%), contudo as diferenças entre os três grupos não são estatisticamente significativas, tal como revelou o teste de Kruskal – Wallis.

Relativamente à **residência**, constata-se que os doentes que moram na aldeia são os que apresentam maior média percentual no domínio actividade (58,93%), no domínio impacto (33,67%) e na QDV total (40,20%). Por sua vez, os doentes a residir na cidade são os que apresentam menor média percentual nos domínios referidos e QDV total. As diferenças entre os três grupos são bastante significativas, nos domínios actividades, impacto e a QDV total, tal como revelou o teste de Kruskal – Wallis.

No que respeita ao **convivente significativo**, os dados apresentados na tabela revelam que são os doentes que vivem sozinhos que apresentam maior média percentual no domínio actividade (63,36%), verificando-se, no entanto, que também são eles que apresentam uma menor média percentual no domínio sintomas (13,11%). Porém as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, o que é comprovado pelo teste de Kruskal – Wallis.

No que concerne às **habilitações literárias**, denota-se que são os doentes com menores habilitações literárias, inferiores ao 4º ano de escolaridade, que apresentam maiores valores médios percentuais relativamente a todas as dimensões (sintomas, actividades e impacto), bem como na QDV total, sendo estes resultados estatisticamente significativos na dimensão sintomas e QDV total. De realçar também que os doentes com maiores habilitações literárias apresentam o valor médio percentual mais baixo (6,18), sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas, no domínio sintomas e QDV total, o que é comprovado pelo teste de Kruskal – Wallis.

Em relação à **situação laboral**, verifica-se que os doentes que actualmente se encontram desempregados apresentam um valor médio percentual mais elevado no domínio actividades, impacto e QDV total, ao passo que os doentes que possuem uma actividade profissional, na actualidade, são os que apresentam um valor médio percentual mais baixo em todas as dimensões e na QDV total. As diferenças entre os três grupos não são estatisticamente significativas, tal como revelou o teste de Kruskal – Wallis.

Estes resultados conduzem à aceitação parcial da hipótese de que as variáveis sócio-demográficas influenciam a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

Tabela 24 – Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas

<i>Variáveis</i>	Domínio Sintomas		Domínio Actividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
<i>Sexo</i>								
Masculino	18,08	19,24	42,33	28,77	24,72	17,46	28,95	18,91
Feminino	16,59	31,64	49,73	36,00	32,12	32,38	34,88	31,25
	U=37,500 p=0,373		U=46,500 p=0,737		U=52,000 p=1,000		U=48,000 p=0,807	
<i>Idade</i>								
≤ 50 anos	22,14	25,19	20,13	35,48	27,66	20,71	24,47	25,27
51-70 anos	16,30	19,22	45,58	28,45	25,44	20,51	30,03	20,70
>70 anos	22,37	28,33	54,05	20,71	25,18	16,53	33,46	17,34
	$\chi^2=0,181$ p=0,913		$\chi^2=3,100$ p=0,212		$\chi^2=0,268$ p=0,875		$\chi^2=0,680$ p=0,712	
<i>Estado Civil</i>								
Casado	17,96	21,57	41,80	28,58	25,18	18,54	29,01	19,95
Viúvo	12,95	7,76	76,82	23,41	43,56	30,11	48,55	24,37
Divorciado	25,80	.	17,32	.	4,14	.	11,73	.
	$\chi^2=0,121$ p=0,728		$\chi^2=2,684$ p=0,101		$\chi^2=1,252$ p=0,263		$\chi^2=1,667$ p=0,197	
<i>Residência</i>								
Aldeia	26,87	24,29	58,93	20,21	33,67	18,51	40,20	17,96
Vila	14,78	14,17	33,63	35,98	25,23	23,60	26,04	23,32
Cidade	4,98	5,44	23,75	24,80	12,74	10,65	14,79	11,30
	$\chi^2=5,079$ p=0,79		$\chi^2=10,219$ p=0,006		$\chi^2=9,715$ p=0,008		$\chi^2=10,954$ p=0,004	
<i>Convivente Significativo</i>								
Marido/esposa	17,93	21,99	40,85	28,71	25,59	18,79	28,94	20,34
Companheira	22,12	5,21	55,35	53,78	34,49	42,93	38,76	38,22
Sozinho	13,11	7,99	63,36	4,38	18,38	5,50	31,14	0,261
	$\chi^2=1,011$ p=0,603		$\chi^2=2,015$ p=0,365		$\chi^2=0,063$ p=0,969		$\chi^2=0,305$ p=0,859	
<i>Habilitações Literárias</i>								
<4º Ano	39,10	25,05	59,75	27,12	43,78	21,11	47,84	20,05
4º Ano	11,91	13,17	47,09	28,81	23,99	17,78	28,98	18,64
5-9º Ano	16,90	20,80	35,21	24,51	18,68	15,61	23,39	16,99
Licenciatura/mestrado	0,00	0,00	0,00	0,00	11,64	10,96	6,18	5,82
	$\chi^2=8,769$ p=0,33		$\chi^2=7,652$ p=0,54		$\chi^2=6,838$ p=0,77		$\chi^2=8,782$ p=0,32	
<i>Situação Laboral</i>								
Empregado	12,94	18,23	30,66	29,08	18,04	14,74	21,02	16,98
Desempregado	17,05	21,22	70,74	18,85	40,93	16,74	45,99	16,53
Reformado	22,66	22,77	49,19	26,45	29,56	21,70	34,36	21,30
	$\chi^2=1,891$ p=0,388		$\chi^2=5,233$ p=0,073		$\chi^2=4,187$ p=0,123		$\chi^2=5,730$ p=0,057	

U refere-se ao teste de Mann-Whitney; χ^2 refere-se ao teste de Kruskal - Wallis

➔ **Relação entre qualidade de vida e IMC**

Hipótese 2 – O IMC influencia a qualidade de vida do doente submetido a VNI

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e o IMC, apresentando-se, de seguida, os resultados obtidos (tabela 25).

Analisando os grupos referentes ao **IMC**, verifica-se que os doentes com $IMC \geq 40$ kg/m² são os que apresentam maior valor médio percentual no domínio actividades (69,12%), no domínio impacto (46,21%), bem como na QDV total (49,11%). Paralelamente, são os doentes com IMC compreendido entre 18,5 – 24,9 kg/m², que apresentam o valor médio percentual mais baixo (7,49%), correspondente ao domínio actividades. Neste caso, o IMC não é estatisticamente significativo, tal como revelou o teste de Kruskal – Wallis.

Estes resultados conduzem à rejeição da hipótese de que o IMC influencia a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

Tabela 25 – Relação entre qualidade de vida e o IMC

<i>Variável</i>	Domínio Sintomas		Domínio Actividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
IMC								
18,5 – 24,9 kg/m ²	34,90	.	7,49	.	24,11	.	20,87	.
25 – 29,9 kg/m ²	15,21	13,52	43,64	30,05	21,03	17,40	26,91	19,03
30 – 34,9 kg/m ²	16,02	23,53	35,72	31,30	22,27	19,61	25,31	22,15
35 – 39,9 kg/m ²	19,73	26,06	48,95	24,56	27,89	21,24	32,92	20,67
≥ 40 kg/m ²	21,87	21,48	69,12	21,14	46,21	18,48	49,11	14,58
	$\chi^2=2,113$		$\chi^2=4,486$		$\chi^2=4,374$		$\chi^2=4,372$	
	p=0,715		p=0,344		p=0,358		p=0,358	

χ^2 refere-se ao teste de Kruskal – Wallis

➔ **Relação entre qualidade de vida e variáveis de Contexto Circunstancial**

Hipótese 3 – As características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, e adaptação ao ventilador) influenciam qualidade de vida do doente submetido o VNI.

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as características circunstanciais: acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, tempo de uso do ventilador, e adaptação ao ventilador. Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos (tabela 26).

No que se reporta à **acessibilidade aos serviços de saúde**, denota-se que são os doentes que se deslocam em transporte público, os que apresentam um maior valor médio percentual em todos os domínios (sintomas, actividades e impacto), bem como na QDV total. Contudo, as diferenças não são significativas, tal como demonstrou o teste de Kruskal – Wallis.

Relativamente à **ajuda no domicílio**, constata-se que o domínio actividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que possuem uma ajuda assistencial, os que apresentam um maior valor (77,58%). Neste domínio, as diferenças são estatisticamente significativas, tal como demonstrou o teste de Mann-Whitney.

No que respeita ao **tempo de diagnóstico da doença**, os dados apresentados na tabela revelam que são os doentes que têm a sua doença diagnosticada há menos de 2 anos, que apresentam maior média percentual no domínio sintomas (23,79%), no domínio impacto (29,91%), e na QDV total (32,37%), verificando-se, no entanto, que são os doentes com maior tempo de diagnóstico, os que apresentam uma maior média percentual no domínio actividades (49,49%). Porém as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, o que é comprovado pelo teste de Kruskal – Wallis.

Em relação ao **tempo de uso do ventilador**, verifica-se que são os doentes que usam há menos tempo o ventilador, que apresentam um maior valor médio percentual, nos domínios sintomas (28,20%), no domínio impacto (35,02%), e na QDV total (36,42%). Paralelamente, verifica-se que são os doentes que usam o ventilador há mais tempo, que apresentam um maior valor médio percentual no domínio actividades (49,31%), no entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas.

No que concerne à **adaptação ao ventilador**, constata-se que o domínio actividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que não se adaptaram ao ventilador, os que apresentam um maior valor (50,19%). As diferenças não são estatisticamente significativas, tal como revelou o teste de Mann-Whitney.

No confronto dos resultados supra mencionados, aceita-se parcialmente a hipótese de que as características circunstanciais influenciam qualidade de vida do doente submetido o VNI.

Tabela 26 – Relação entre qualidade de vida e variáveis de Contexto Circunstancial

Variáveis	Domínio Sintomas		Domínio Actividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp
Acessibilidade aos serviços de saúde								
Transporte próprio	17,08	19,77	39,51	29,33	23,74	18,14	27,41	19,66
Transporte público	35,74	39,99	73,07	18,11	46,84	34,74	52,94	30,57
Transporte com bombeiros	10,54	11,62	62,96	4,94	30,19	22,19	36,86	8,35
	$x^2=1,187$ $p=0,552$		$x^2=3,876$ $p=0,144$		$x^2=1,903$ $p=0,386$		$x^2=2,871$ $p=0,238$	
Ajuda no domicílio								
Nenhuma	18,40	21,62	39,51	27,95	23,63	18,69	27,57	19,91
Assistencial	13,22	4,63	77,58	16,58	44,37	18,81	49,26	14,31
	U=33,500 P=0,626		U=7,500 P=0,022		U=15,000 P=0,078		U=13,000 P=0,057	
Tempo de diagnóstico da doença								
<2 anos	23,79	25,33	41,39	33,18	29,91	22,07	32,37	24,24
2-5 anos	9,97	8,44	38,80	30,46	21,20	19,73	24,67	18,88
>5 anos	18,50	21,94	49,49	25,25	25,14	16,98	31,41	18,02
	$x^2=0,440$ $p=0,803$		$x^2=0,427$ $p=0,808$		$x^2=1,197$ $p=0,550$		$x^2=1,780$ $p=0,677$	
Tempo de uso do ventilador								
<= 1,6 anos	28,20	27,08	43,38	33,27	35,02	24,15	36,42	25,82
1,7-3 anos	12,17	17,73	31,80	30,21	20,27	12,40	22,42	17,07
3,1-5 anos	17,37	20,21	47,54	29,38	25,81	22,95	30,99	21,85
>5 anos	14,40	17,12	49,31	29,23	22,20	16,63	29,06	17,69
	$x^2=1,125$ $p=0,771$		$x^2=1,233$ $p=0,745$		$x^2=1,721$ $p=0,632$		$x^2=1,282$ $p=0,734$	
Adaptação ao ventilador								
Não	20,06	25,82	50,19	28,97	30,33	24,21	34,63	23,96
Sim	16,22	16,13	38,06	29,17	22,17	14,64	26,00	16,86
	U=100,500 P=0,673		U=83,500 P=0,258		U=91,000 P=0,414		U=89,000 P=0,368	

U refere-se ao teste de Mann-Whitney; x^2 refere-se ao teste de Kruskal – Wallis➔ **Relação entre qualidade de vida e funcionalidade familiar**

Hipótese 4 – A funcionalidade familiar influencia directamente a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

No que respeita à **funcionalidade familiar**, constata-se que o domínio actividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que possuem uma família com moderada disfunção, os que apresentam um maior valor (75,79%).

As diferenças são estatisticamente significativas nos domínios sintomas, e impacto, e na QDV total. Já no domínio actividades as diferenças encontradas são estatisticamente bastante significativas, tal como revelou o teste de Kruskal Wallis.

Estes resultados levam à aceitação da hipótese, de que a funcionalidade familiar influencia a qualidade de vida do doente submetido o VNI, sendo o maior nível de qualidade de vida a favor de doentes pertencentes a famílias altamente funcionais.

Tabela 27 – Relação entre qualidade de vida e a funcionalidade familiar

<i>Variável</i>	Domínio Sintomas		Domínio Actividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
<i>Funcionalidade Familiar</i>								
Moderada disfunção	31,99	24,29	75,79	13,66	46,08	25,92	52,75	20,31
Altamente funcional	15,06	19,05	36,82	27,15	21,63	15,52	25,14	17,27
	U=27,000 p=0,047		U=10,000 p=0,003		U=25,000 p=0,037		U=19,000 p=0,015	

U refere-se ao teste de Mann-Whitney

Apresentados que estão os resultados do estudo efectuado segue-se agora a sua análise e discussão à luz dos conhecimentos existentes, resultados de outras investigações pertinentes, bem como tendo por base as hipóteses formuladas.

A esta componente do trabalho de investigação é dedicado o capítulo seguinte.

7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegados a esta fase, e após a apresentação e análise dos resultados efectuada no capítulo anterior, tem lugar agora a sua interpretação no contexto do estado actual do conhecimento neste domínio.

No entender de Polit e Hungler (1995) a discussão dos resultados diz respeito ao processo de compreensão e exame das implicações da descoberta, na tentativa de as explicar. E se os resultados forem dissonantes face ao conhecimento existente devem procurar-se as razões dessas divergências.

Assim sendo, com base no problema e objectivos da pesquisa pretende-se destacar não somente os resultados mais significativos, mas também eventualmente outros não previstos à luz da bibliografia revista.

Conhecendo sobejamente que os processos de saúde-doença encerram múltiplas linhas de investigação passíveis de serem exploradas, a revisão teórica efectuada mostrou que a temática da ventilação não invasiva e respectivo impacto no doente a ela submetido se encontra ainda numa fase muito embrionária em termos de pesquisa. A tendência geral tem sido, ao longo das últimas décadas a de considerar esta terapia como uma realidade estritamente adstritas ao meio hospitalar, descurando-se a sua utilização em contexto domiciliário.

Contudo, as mutações sócio-demográficas verificadas nas sociedades ocidentais têm-se traduzido no envelhecimento continuado da população e consubstanciando-se com uma crescente à adopção de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, o que tem condicionado a proliferação de patologias a eles associadas, enfrentando algumas dificuldades no seu tratamento e controlo, criando uma pressão deveras importante a nível dos sistemas de saúde.

De seguida, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos:

◇ Caracterização da amostra de doentes submetidos a VNI

A análise dos resultados referentes às características sócio-demográficas da amostra possibilitam verificar que são os indivíduos do sexo masculino que predominam (86,7%) no recurso à VNI.

Estes resultados, são consonantes com investigações anteriores desenvolvidas por outros autores (BÁRBARA e PINTO, 2005; VENTURA et al, 2007), que referem que esta patologia respiratória afecta principalmente os homens.

Relativamente à idade, a média de 61,1 anos (Dp = 10,19) vai de encontro aos dados apresentados pelo ONDR (2005), quando se refere ao aumento da patologia que actualmente se verifica, nos grupos etários superiores a 55 anos. Semelhantes resultados foram igualmente obtidos por Bárbara e Pinto (2005) e Ventura et al (2007).

O perfil do doente com SAOS passa ainda por ser casado (90%), a viver com o respectivo conjuge (86,7%), residente em meio rural (50%).

Em termos de avaliação nutricional, constatou-se que os doentes com SAOS apresentavam um IMC de 30 – 34,9 Kg/m², o que corresponde a uma obesidade de grau I.

Predomina um baixo nível de instrução (46,7% possui apenas o 4º ano de escolaridade), estando a maior parte dos indivíduos aposentados (46,7%). Existem, no entanto 43,3% dos indivíduos a desenvolverem uma actividade profissional na actualidade, sendo que a maioria dessas actividades se enquadram no sector terciário (53,85%).

No que se reporta à caracterização circunstancial, a distância que separa os doentes do serviço de saúde mais próximo é em média 11,52 Km (Dp = 13,96), sendo que a maioria deles (86,7%) utiliza transporte próprio para efectuar essa deslocação.

Constatou-se que o tempo médio de diagnóstico da doença foi de 4,47 anos (Dp=3,49). Muito próximo se situa o tempo médio de início do uso do ventilador (4,05) (Dp=3,13). Estes resultados obtidos vão de encontro ao que Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006) referem quanto à utilização da VNI no SAOS, considerando esta terapia como o principal tratamento deste distúrbio ventilatório, com inequívocos benefícios reconhecidos, conseguindo mesmo uma cessação dos sintomas desde o primeiro dia de utilização. Também Rodriguez (2010) refere que a maioria dos doentes com SAOS cumpre VNI, daí a pertinência do seu início logo após o diagnóstico estabelecido.

Apurou-se que a maioria dos doentes se adaptou facilmente ao ventilador, existindo porém uma significativa percentagem de indivíduos que apresentaram dificuldades na sua adaptação (43,3%), atribuindo a responsabilidade a diversos factores como a secura das mucosas, o barulho do ventilador, e desconforto com a máscara. Tais

resultados são consonantes com o que é referido por Bárbara e Pinto (2005) e ainda Paiva, Tabatinga e Ferreira (2006), no que diz respeito às queixas narradas pelos doentes, podendo levar a uma limitação da aceitação dessa terapia.

Predominam indivíduos que actualmente não tomam medicação de forma habitual.

◇ A qualidade de vida dos doentes submetidos a VNI

No presente estudo foram analisados dados referentes à qualidade de vida de um grupo de doentes portadores de SAOS, submetidos a VNI, através de um questionário específico (SGRQ), obtendo os níveis de qualidade de vida referentes aos domínios que compõem este instrumento.

Os resultados obtidos revelaram um comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios (sintomas, actividades, impacto). Na qualidade de vida total, apuraram-se valores percentuais de qualidade de vida de 29,74%, revelando, por conseguinte uma condição de anormalidade, á luz da interpretação do autor da escala, quando refere que valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, sendo que resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade (JONES, QUIRK e BAVEYSTOCK, 1991)

Ao analisar a afectação por domínios, de realçar a existência de um comprometimento considerável em todos os domínios, sendo mais acentuado no domínio actividades (43,32%), seguindo-se do domínio impacto (25,71%), e por último o domínio sintomas (17,88%). Os dados, na sua globalidade são consistentes com os obtidos noutros estudos.

O nível de acometimento no domínio actividades identificado neste estudo, vai de encontro às possíveis complicações desta patologia, narradas por Bárbara e Pinto (2005), concretamente às alterações neuropsicológicas, as quais podem ter significativas implicações nas actividades diárias dos indivíduos portadores deste distúrbio ventilatório. Por outro lado, também a OMS (2002) afirma peremptoriamente que a diminuição da mobilidade, situação que se verifica frequentemente em doentes com alterações do foro respiratório, piora o bem-estar e a auto-suficiência, advindo daí prejuízos para a capacidade de desempenho nas actividades de vida diária.

O SGRQ revelou um maior acometimento das mulheres no domínio actividades (49,73%), quando comparado com os homens (42,33%), não existindo contudo,

diferenças significativas. No SAOS, este maior comprometimento nas mulheres do que nos homens, foi também identificado em investigações relacionadas com patologias respiratórias levadas a cabo nos últimos anos, presumivelmente associada ao facto das mulheres viverem em média mais anos que os homens, advindo daí um decréscimo da autonomia, relacionada com a idade (SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003).

Paralelamente, os mais idosos apresentaram maior afectação no domínio actividades (54,05%), no domínio sintomas e na QDV total quando comparados com os menos idosos.

Constatou-se que os doentes com SAOS apresentavam um IMC de 30 – 34,9 Kg/m², (corresponde a uma obesidade de grau I). No entanto, não se verificou associação entre o IMC e a qualidade de vida do doente com VNI. Resultados diferentes, denotando uma associação entre a obesidade e a SAOS, são encontrados em vários estudos já publicados (BÁRBARA e PINTO, 2005; RODRIGUEZ, 2010; VENTURA et al, 2007). Mancini, Aloe e Tavares (2000) referem mesmo que o SAOS acomete principalmente homens obesos, cuja incidência ultrapassa os 50% em obesos mórbidos.

Apurou-se que os doentes que residem numa cidade apresentam uma qualidade de vida considerada normal (com uma média percentual de 4,98%), no que se refere ao domínio sintomas, tendo-se verificou-se que a residência exerce um efeito bastante significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, nos domínios actividades, impacto e a QDV total. Estes resultados remetem-nos para a ideia de que a proximidade dos serviços de saúde e de assistência, em caso de necessidade é desejável, proporcionando sentimentos de maior segurança, e bem-estar, indo de encontro ao que é exposto por Lemos et al. (2006, cit. por PAGANI, 2008), quando refere que a qualidade de vida é um conceito multidimensional, envolvendo aspectos físicos, sociais e emocionais.

Apurou-se que a ajuda de profissionais de saúde no domicílio exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, no domínio actividades. Contudo, existe uma percentagem extremamente expressiva de doentes que não possui qualquer ajuda de profissionais de saúde no domicílio (90%). Este dado assume particular relevância quando confrontado com os aspectos defendidos por Lima et al. (2007), quando se refere à pertinência da instrução e treino do doente e/ou convivente significativo, no que diz respeito aos cuidados e manutenção do equipamento; e

acompanhamento em contexto domiciliário, emergindo os enfermeiros especialistas de reabilitação como essenciais em todo este processo.

A grande maioria da amostra (83,3%) considera fazer parte de uma família altamente funcional, tendo-se apurado que a funcionalidade familiar exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido o VNI. Resultados semelhantes têm sido encontrados noutros estudos (BÁRBARA e PINTO, 2005).

Em suma, a pesquisa levada a cabo revelou que a amostra de doentes com SAOS que realiza VNI domiciliária possui um comprometimento da sua qualidade de vida, sendo o domínio actividades os mais afectado, fornecendo assim claras orientações para o planeamento e desempenho de intervenções integradas.

Concluída que está a discussão dos resultados mais relevantes do estudo levado a cabo o capítulo seguinte é dedicado à extracção das principais conclusões e das sugestões mais pertinentes que emanam da investigação efectuada.

8 – CONCLUSÃO

Em muitos países, a adopção de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, têm condicionado a proliferação de patologias a eles associadas, enfrentando algumas dificuldades no seu tratamento e controlo. Em função desta preocupação, a qualidade de vida dos doentes portadores de doenças respiratórias, particularmente o SAOS, que se encontram submetidos a VNI domiciliária, emerge como um tema de grande pertinência.

O uso da VNI para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica foi, certamente, um dos maiores avanços nas últimas duas décadas, no que a estas patologias diz respeito. Apesar do seu uso ser relativamente recente, o grande número de casos, ensaios clínicos, meta-análises ou revisões sistemáticas, assim como conferências e directrizes publicadas até ao momento, tornaram a aplicação dessa técnica fundamentalmente "baseada em evidências".

Efectivamente, hoje em dia, a VNI assume-se como uma técnica credível, com evidência científica suficiente para suportar a sua aplicação em variadas situações e contextos clínicos, incluindo os distúrbios ventilatórios do sono. Por conseguinte, o enfermeiro especialista de reabilitação, que, pela sua formação e experiência na área da reabilitação respiratória, possui conhecimentos e técnicas específicas, emerge como um elemento essencial dentro da equipa multidisciplinar, devendo assumir o seu papel de forma autónoma.

O presente estudo procurou avaliar a qualidade de vida de doentes submetidos a VNI. O uso de um instrumento específico validado e reconhecido a nível internacional, permitiu a recolha e posterior interpretação da referida informação, possibilitando um posterior planeamento de intervenções integradas, com equipas multidisciplinares, com vista a uma maior e melhor adequação dos cuidados prestados, particularmente, os cuidados de enfermagem de reabilitação. De acordo com os autores da escala, valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, sendo que resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade (JONES, QUIRK e BAVEYSTOCK, 1991)

Assim, no que respeita à caracterização da amostra ressaltam as seguintes conclusões:

- A amostra estudada é constituída por 30 indivíduos portadores de SAOS, sendo 26 pertencentes ao sexo masculino e 4 ao feminino.
- Relativamente à idade, os dados globais da nossa pesquisa revelam uma idade média de 61,1 anos, sendo mais elevada nas mulheres que nos homens (62,75 e 60,84, respectivamente).
 - A grande maioria dos doentes é casada (90%).
 - A maior parte dos doentes (36,7%) possui obesidade grau I (IMC entre 30 – 34,9 Kg/m²), sendo o sexo masculino que contribui com maior percentual (38,5%).
 - Metade dos doentes residem em meio rural (50%).
 - A grande maioria dos doentes (86,7%) coabita com o respectivo cônjuge.
 - Relativamente às habilitações literárias, apurou-se que a maioria dos doentes (46,7%) possui 4 anos de escolaridade
 - Relativamente à situação laboral, constatou-se que 46,7% dos doentes 46,7% estão aposentados, sendo que 43,3% desenvolvem uma actividade profissional.
 - No que concerne à profissão, 53,85% dos doentes, desempenha uma actividade profissional dentro do sector terciário.
 - A maioria dos sujeitos da amostra (86,7%) desloca-se aos serviços de saúde através de transporte próprio, encontrando-se a uma distância média de 11,52 Km.
 - Considerando a ajuda prestada por profissionais de saúde, verifica-se que uma parte muito significativa da amostra (90%) não obteve ajuda por parte destes profissionais, no domicílio.
 - O tempo médio de diagnóstico da doença é de 4,47 anos, encontrando-se próximo do tempo de uso do ventilador (4,05 anos). A este respeito, apurou-se que a maioria (56,7%) dos doentes se adaptou facilmente ao ventilador.
 - Da amostra, 18 pessoas tomam medicação de forma habitual, maioritariamente dirigida ao aparelho cardio-vascular e distúrbios metabólicos.
 - A totalidade dos doentes (100%) afirma dispor de ajuda em caso de necessidade de esclarecimento de dúvida ou resolução de problema.
 - A maioria dos doentes (63,3%) percepçiona o seu estado de saúde actual como moderado.

- Os doentes apresentam um comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios (sintomas, actividades, impacto). Na qualidade de vida total, apuraram-se valores percentuais de qualidade de vida de 29,74%, sendo mais representativo no sexo feminino (34,88% para 28,95%).

- O domínio actividades da QDV é aquele que se encontra mais comprometido, na amostra considerada (43,32%).

- A maioria dos doentes (60%) percepção a sua condição actual de saúde como razoável, sendo que 46,7% considera que o seu estado de saúde actual está aproximadamente igual ao que acontecia há um ano.

- Relativamente à quantificação subjectiva da própria qualidade de vida, a grande maioria dos inquiridos (66,6%) considera ter uma boa qualidade de vida.

- A grande maioria da amostra (83,3%) percepção a sua família como sendo altamente funcional.

Relativamente às hipóteses de investigação estudadas, destaca-se, com base no estudo inferencial, que:

- Não existe efeito significativo do sexo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, muito embora, globalmente, as mulheres exibam maior valor médio percentual na QDV total.

- Não existe efeito significativo da idade na qualidade de vida do doente submetido a VNI.

- Não existe associação entre o estado civil e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

- A residência exerce um efeito bastante significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, nos domínios actividades, impacto e a QDV total.

- Não existe efeito significativo entre o convivente significativo e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

- Não existe associação entre a situação laboral e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

- Não existe efeito significativo do IMC na qualidade de vida do doente submetido a VNI.

- Não existe associação entre a acessibilidade aos serviços de saúde e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

○ A ajuda no domicílio exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, no domínio actividades.

○ Não existe associação entre o tempo de diagnóstico da doença e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

○ Não existe efeito significativo do tempo de uso do ventilador e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

○ Não existe associação entre a adaptação ao ventilador e a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

○ A funcionalidade familiar exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido o VNI, no que concerne aos domínios sintomas, e impacto, e na QDV total. Também no domínio actividades as diferenças encontradas são estatisticamente bastante significativas.

Tendo por base a DGS (2009), quando se refere à Reabilitação Respiratória com sendo uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, frequentemente com redução das suas actividades de vida diária, urge a necessidade da implementação de programas integrados e personalizados, com enfoque:

- No tratamento, propriamente dito, através da promoção de um adequado ensino e treino do doente/família, relativamente ao manuseamento e aplicação do equipamento de ventilação e seus acessórios.
- No estabelecimento de um programa de vigilância e monitorização do tratamento proporcional às necessidades dos doentes
- Na educação para a saúde, nomeadamente a implementação de medidas comportamentais.

Após a elaboração deste trabalho, pretende-se promover uma sensibilização da equipa multidisciplinar do serviço do qual faço parte, em cuja realidade estão presentes frequentemente doentes com estas alterações do foro respiratório, e conseqüente comprometimento da sua qualidade de vida.

Considera-se pertinente melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente do foro respiratório, promovendo numa perspectiva de cuidados integrados, a interligação das unidades hospitalares com o domicílio desses doentes. Paralelamente, julga-se importante a promoção e incentivo ao desenvolvimento de futuros trabalhos de

investigação neste domínio da qualidade de vida dos doentes com distúrbios ventilatórios do sono.

Acredita-se que a investigação em saúde, mais especificamente na área da qualidade de vida constitui alicerces fundamentais para a promoção de melhores práticas em saúde. Desta forma, pretende-se aspirar o envolvimento de diversos profissionais na aplicação de resultados desta e doutras pesquisas já efectuadas anteriormente, quer com o objectivo de melhorar a qualidade de vida destes doentes, quer para favorecer a articulação e continuidade de cuidados entre as unidades de internamento e o domicílio.

Oxalá seja esse o caminho a percorrer, e que este trabalho possa contribuir, ainda que de uma forma humilde, para essa melhoria tão desejada.

➤ *Dificuldades e limitações do estudo*

Durante a pesquisa efectuada surgiram algumas dificuldades e limitações que decerto afectaram o contributo científico do estudo.

Assim, os constrangimentos começaram logo com a elaboração e ajuste do instrumento de colheita de dados, nomeadamente no que respeita ao SGRQ (responsável pela mensuração da variável dependente). Tratando-se de uma escala com algum tempo de existência (a sua validação foi publicada em 2000), existiu, no entanto, alguma dificuldade em encontrar outros estudos que incidissem sobre esta temática onde o SGRQ já tivesse sido utilizado, de forma a proporcionar um confronto dos resultados obtidos.

Por outro lado, sento escasso o tempo disponível para o estudo, o número de sujeitos da amostra foi mais reduzido do que seria desejável, sendo também a recolha de dados restrita a apenas uma instituição (Hospital de Sousa Martins da ULS da Guarda).

Acresce a estas debilidades, e levando em linha de conta a restrição temporal, a falta de preponderância da reabilitação, enquanto variável importante na instrução, treino, ensino e acompanhamento dos doentes com distúrbios ventilatórios. Será certamente um aspecto a focalizar em investigações vindouras.

Assume-se claramente alguns momentos de alguma hesitação e dúvida, facto que se considera natural no contexto da concretização de um projecto de pesquisa. No entanto, mercê de um trabalho persistente, considera-se ter ultrapassado com sucesso os obstáculos encontrados.

Perfeitamente consciente das limitações enquanto investigador, estas constituíram importantes momentos de reflexão e de aprofundamento de conhecimentos que serão de inegável valia no ajustamento da acção profissional face aos doentes portadores de distúrbios ventilatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEREDO, Z.; MATOS, E.– **Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar**. Geriatria. Lisboa: [s. n]. Vol. 2, n.º 20 (1998), p.28.

BÁRBARA, Cristina; PINTO, Paula – **Síndrome de apneia obstrutiva do sono: diagnóstico e terapêutica** – Monografia, Vitalaire, 2005.

BOWLING, A., - **Measuring Health – a review of quality of life measurement scales**, 2ª edição, Open University Press, 1998.

BUCQUET, D., - **Qualité de Santé Perceptuelle Definition, Concept, Évaluation** – in Hérisson, C. et Simon, L. (Editors), Paris, 1993.

BULLINGER M., ANDERSON R., CELLA D., AARONSON N. - **Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models**. Qual Life Res. 1993; 2:451-459 p.

CALMAN, K.C. – **Definitions and dimensions of quality of life**. In: AARONSON, N.K., BECKMANN, J. – **The quality of life of cancer patients**. Nova York: Raven Press, 1987.

CICONELLI, R – **Medidas de avaliação da qualidade de vida**. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v.43, nº2, p.9-13, Mar/Abr, 2003.

COUTO, Tatiana – **Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC**. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Dissertação de Mestrado, 2010.

DANTAS, R.; SAWADA, N.; MALERBO, M. – **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, p. 532-538, Jul./Ago, 2003.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Circular Informativa Nº40A/DSPCD, 2009.

FERRANS, C., POWERS, M., - **Quality of Life Index** – Department of Medical Surgical Nursing College of Nursing, University of Illinois: Chicago, 1985; Disponível em: <<http://www.uic.org/qli/index.htm>> 5 Junho de 2011.

FERREIRA, P.L. –**Criação da versão portuguesa do mos SF-36**, parte II – teste de validação, Acta Médica Portuguesa, p.119-127 p., 2000.

FERREIRA, Susana; NOGUEIRA, Carla; CONDE, Sara; TAVEIRA, Natália – **Ventilação Não Invasiva – Revista Portuguesa de Pneumologia**, Vol XV, nº 4 Julho/Agosto, Lisboa, 2009. ISSN 0873-2159.

FLECK, Marcelo et al – **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde** – Artmed editora S:A., 2008.

FLECK, Marcelo et al – **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100)** – Revista Brasileira Psiquiatria, nº 21, 1999.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3.^a ed. Loures: Lusociência, 2003.

GAUTHIER, Benôit – **Investigação Social: da problemática à colheita de dados**. 3.^a ed. Loures: Lusociência, 2003.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. – **A critical appraisal of the quality of quality of life measurements**. Jama, v.272, nº8, p.619-626, 1994.

GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4.^a ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GONÇALVES, M; PINTO, T – **Ventilação mecânica não invasiva: novos horizontes para a intervenção da fisioterapia** – Revista EssFisiOnline, Vol.4, nº 2, Abril, 2008.

HILLERS, TK. et al. – **Quality of life after myocardial infarction**. Journal Clinical Epidemiology, v.47, nº11, p.1287-1296, 1994.

HSU, A – **Therapy continuous positive airways pressure in apnea sleep**. Respirology. 8 (4):447-454, 2003.

IMPERATORI, Emílio – **Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde**. Lisboa: Edinova, 1999.

- JONES, PW., QUIRK, FH. e BAVEYSTOCK, CM. - **The St George's Respiratory Questionnaire**. *Respir Med.*, 85 Suppl B:25-31; discussion 33-7, (1991).
- KAPLAN, R., ERNST, J., - **Do category rating scales produce biased preference weights for a health index** - *Medical Care*, 1985.
- KIESS, H. O.; BLOOMQUIST, D. N. – **Psychological research methods: a conceptual approach**. Londres: Allyn and Bacon, 1985.
- LAKATOS, C. M.; MARCONI, M. A. – **Metodologia científica**. 3.^a ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- LIMA, Fabíola; PELUSO, Andreia; VIRGÍNIO, Flávio – **Ventilação Não Invasiva com pressão positiva na insuficiência respiratória aguda: prevenção da intubação e reintubação**. Brasil, 2007.
- MANCINI, M.; ALOE, F.; TAVARES, S. – **Apneia do sono em obesos**. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Vol 44, nº1, Fev, 2000.
- MEHTA, S.; HILL, N. – **Non invasive ventilation: “state of art”**. *American Journal of Respiratory Critical Care <medicine>*. Vol.163, nº2, p.540-577, 2001.
- MORRIS, J. et al. – **Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients** - *Journal of Chronic Disease*, 1986, 47-62 p.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS– **Relatório Preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias**. Relator: A. Teles de Araújo, 2005.
- OLESON, M. – **Subjectively perceived quality of life**. – *Journal of Nursing Scholarship*, 22: 187–190ch, 1990.
- OLDRIDGE, N et al. – **Predictors of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction**. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, v.18, p.95-103. 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. M.d. Saúde, Ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.
- PAGANI, N. – **Percepção sobre qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica**. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação

de Mestrado em Ciências da Saúde. Brasília, 2008.

PAIVA, D; TABATINGA, D; FERREIRA; M. – **Uso de CPAP nos distúrbios respiratórios do sono**. Novafabi, 2006.

PATRICK, D.L.; ERIKSON, P. – **Health status and health policy**. Oxford: Oxford University Press; 1993.

PEDHAZUR, E. J.; SCHMELKIN, L. – **Measurement, design and analysis: an integrated approach**. New York: Lawrence Earlbaum Associates, 1991.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS**. 3ª. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.– **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Investigação e avaliação em psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

RODRIGUES, SL., VIEGAS, CA de A., e LIMA, T. - **Efectividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crónica**. J Pneumol. V28, n2, p.65-70, Mar-Abr, 2002.

RODRIGUEZ, E. – **Guía Esencial de metodologia en ventilación mecánica no invasiva**. Editorial médica panamericana. Madrid, 2010.

SANTOS, S.L. – **Comparação entre a avaliação da qualidade de vida, prova de função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos e avaliação clínica de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica que recebem atendimento de fisioterapia na clínica escola de fisioterapia UNITRI**. Monografia. Centro Universitário Triângulo, Uberlândia, 2000.

SCHETTINO, G. et al. - **Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva**. J. bras. pneumol., São Paulo, 2011.

SEIDL, E.; ZANNON, C. – **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cadernos de Saúde Pública, v.20. p.580-588, Mar/Abril, 2004.

SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. – **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa**. Revista de Saúde Pública, 37: 364-371, 2003.

SOUSA, TC de., JARDIM, JR. e JONES, P. - **Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica no Brasil.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, Ribeirão Preto, v.26, maio/jun.,nº 3, p. 119-128. 2000.

SPIRDUSO, W., - **Physical Activity and Aging:** Introduction – in waneen W Spirduso, Helen M. Eckenzie (editors), Kansas City, Human Kinetics Publishers, 1989.

TEIXEIRA, F. – **Distúrbios respiratórios obstrutivos do sono: síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono e síndrome de resistência das vias aéreas superiores.** Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 22, p.613-623, 2006.

VENTURA, et al – **Papel da oximetria nocturna no rastreio da síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono.** Revista Portuguesa de Pneumologia, VolXIII, nº 4 Julho/Agosto, 2007.

(Hillers et al., 1994; Oldridge et al., 1998; Sousa et al., 2000; Santos, 2000). – questionário.

WHOQOL GROUP – **The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization.** Social Science and Medicine, Vol 41, nº 10, p.1403-1409, 1995.

ZHAN L. – **Quality of life – conceptual and measurement issues;** J Adv Nurs, 1992, 795-800 p.