

Gabriela Farias



Qualidade de vida da pessoa com DPOC

IPV - ESSV | 2011

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Gabriela Maria da Silva Farias

Qualidade de vida da pessoa com DPOC

Junho 2011

Gabriela Maria da Silva Farias

Qualidade de vida da pessoa com DPOC

Relatório Final do Primeiro Curso de Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob orientação de
Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins



*Dedico este trabalho à minha família e aos meus amigos,
porque foram eles os mais penalizados com a minha ausência
durante a elaboração desta monografia.*

O meu AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Rosa Maria Martins, pela orientação, persistência e disponibilidade demonstrada para a concretização deste estudo.

À Dr.^a Cidália Rodrigues, ao Dr. Joaquim Moita e à Dr.^a Inês Sanches do serviço de pneumologia do CHC, pela ajuda na identificação e caracterização clínica dos doentes em estudo.

À Enfermeira Olívia e à Enfermeira Piedade, pelo apoio e incentivo durante a fase de recolha de dados.

Aos doentes que participaram no estudo, pela colaboração e disponibilidade.

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra tornaram possível este trabalho.

RESUMO

Esta investigação orientou-se fundamentalmente no sentido de estudar a qualidade de vida dos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a sua relação com algumas variáveis socio-demográficas e clínicas. O objectivo geral delineado é conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e factores que nela intervêm

Optámos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, realizado com doentes com DPOC seguidos em consulta externa pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra e no Ginásio de Cinesiterapia Respiratória do mesmo hospital, sendo a nossa amostra não probabilística constituída por 50 participantes.

Utilizamos um instrumento de recolha de dados construído propositadamente para o efeito, e aplicámos outras escalas construídas por outros investigadores, nomeadamente o SGRQ.

A população estudada é maioritariamente masculina, com uma idade média de 71,70 anos, tem estado civil casado, detêm baixos níveis de instrução e residem em zona rural. Encontram-se profissionalmente inactivos e inseridos em famílias altamente funcionais.

A maioria encontra-se no estadio IV da doença, tendo historial tabágico e baixo n.º de internamentos.

Constatámos, que a Qualidade de Vida se encontra bastante alterada na maioria dos participantes em estudo, sendo a limitação das actividades físicas o que mais contribuiu para o maior prejuízo na QDV, seguida pelos sintomas da doença e por fim o impacto psicossocial. Por outro lado, verificámos que um maior número de internamentos e um estadio mais avançado da DPOC, contribui para uma menor QDV nestes doentes.

Palavras chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Qualidade de Vida; SGRQ

ABSTRACT

This research was mainly directed to the study of the quality of life of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and its relationship with socio-demographic and clinical variables. The main objective was to evaluate the quality of life of these patients and understand the factors involved in it.

We opted for an integrated study of the quantitative paradigm, using descriptive-correlational analyses, performed with patients with COPD followed in the outpatient Pneumology Service of Coimbra Hospital Center and the Gymnasium of Respiratory Physiotherapy at the same hospital. Our non-probabilistic sample consisted of 50 participants.

The instrument of data collection we used were purpose built for this study, and we also implicated other scales, constructed by other researchers, including the SGRQ. The study population was mostly male, with an average age of 71.70 years old, married, with low levels of education and living in rural areas. They are professionally inactive and inserted into highly functional families.

Most of the patients present a stage IV disease, smoking history and low or none past admissions in the Pneumology Service.

We found out that the quality of life suffers significant changes in most of the participants. The limitations of physical activities were those who most contributed to the biggest loss in QOL, followed by symptoms of the disease and finally, by the psychosocial impact. On the other hand, we found that a greater number of hospitalizations and a more advanced stage of COPD, contributing to a lower QOL in these patients.

Key-words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Quality of Life; SGRQ.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1 – INTRODUÇÃO	25
I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA	31
2.1 – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DPOC	31
2.2 – EPIDEMIOLOGIA DA DPOC	32
2.3 – FACTORES DE RISCO	35
2.4 – ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NO INDIVÍDUO COM DPOC	37
2.4.1 – Proxilaxia	37
2.4.2 – Terapêutica	38
2.5 – LIMITAÇÕES E IMPACTOS ASSOCIADOS À DPOC	42
2.5.1 – Impacto da Doença no Funcionamento Físico	42
2.5.2 – Impacto da Doença no Funcionamento Psicológico e Social	43
3 – QUALIDADE DE VIDA	47
3.1 – CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	47
3.2 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	51
3.3 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM DPOC	54
II PARTE – TRABALHO EMPÍRICO	

4 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTUDO EMPÍRICO	59
4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO	59
4.2 – VARIÁVEIS	61
4.3 – HIPOTÉSES DE INVESTIGAÇÃO	62
4.4 – ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	63
4.4.1– Desenho da Investigação	63
4.4.2 – Localização do estudo	64
4.4.3 - Selecção da amostra populacional	64
4.4.4– Procedimentos	65
4.4.5– Instrumentos de recolha de dados	65
4.4.5.1 – Escala de Apgar Familiar de Smilkstein	66
4.4.5.2 – Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ)	66
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	69
5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	69
5.1.1 - Caracterização Socio-demográfica da amostra	69
5.1.2 - Caracterização Clínica da amostra	71
5.1.3 - Caracterização da Qualidade de Vida da amostra	73
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	75
5.2.1 – Relação entre variáveis Socio-demográficas e a QDV	75
5.2.2 – Relação entre variáveis Clínicas e a QDV	77
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	89
8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	107
APÊNDICE I – Percepção dos Doentes com DPOC sobre a QDV (SGRQ)	109

ANEXOS	111
ANEXO I – Autorização institucional para a realização do estudo no serviço de Pneumologia do CHC, EPE	113
ANEXO II – Declaração de Consentimento	115
ANEXO III – Instrumento de Recolha de Dados	117
ANEXO IV – Autorização para aplicação do SGRQ	125

ÍNDICES DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Classificação da DPOC	32
Tabela 2 – Prevalência da DPOC em Portugal por grupos etários	33
Tabela 3 – Análise descritiva da idade da amostra	69
Tabela 4 – Caracterização socio-demográfica da amostra	70
Tabela 5 – Análise da consistência interna (α -Cronback)	73
Tabela 6 – Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em percentagem)	74
Tabela 7 – Análise da QDV em função do sexo	76
Tabela 8 – Correlação entre as variáveis socio-demográficas e a QDV	77
Tabela 9 – Correlação entre as variáveis clínicas e a QDV	79
Tabela 10 – Correlação entre oxigenioterapia e a QDV	80
Tabela 11 – Correlação entre o tipo de tratamento e o estadio da doença	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – N.º Total de internamentos dos doentes com DPOC	71
Gráfico 2 - Historial Tabágico da amostra	71
Gráfico 3 - Análise da frequência da Antiguidade da doença	72
Gráfico 4 - Análise da frequência do Estadio da doença	72
Gráfico 5 - Tipo de tratamento dos doentes da amostra	73
Gráfico 6 - Auto-avaliação do estado de saúde actual dos doentes com DPOC	74
Gráfico 7 - Alteração média da QDV e seus domínios (scores em percentagem)	75

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo Conceptual do estudo	62

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS – *American Toracic Society*

CRQ – Chronic Respiratory

CVF – Capacidade Vital Forçada

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

GOLD – *Global Inicitive for Cronic Obstrutive Lung Disease*

H. – Hipótese

N.º - Número

OLD – Oxigenioterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

QDV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RR – Reabilitação Respiratória

SF36 - *36-Item Short-Form Health Survey*

SGRQ – *Saint George's Respiratory Questionnaire*

VEMS – Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHOQOL-100 - World Health Organization instrument to evaluate quality of life

1 – INTRODUÇÃO

As doenças crónicas são a principal causa da morte prematura de adultos, em todas as regiões do mundo. Dentro do grande leque de doenças crónicas, encontramos as doenças respiratórias, que representam um encargo considerável para os países, famílias e para os doentes, afectando a sua saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é, como o nome indica, uma patologia crónica, de evolução lenta e progressiva, com grande impacto sobre a função respiratória, que pode estar sujeita a períodos de agudização e complicações graves. Muitas pessoas sofrem desta doença durante anos e morrem prematuramente decorrente da própria doença ou das suas complicações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 80 milhões de pessoas no mundo convivem com a DPOC e cerca de 3 milhões morreram em decorrência da doença no ano de 2005. A DPOC é uma das maiores causas de morte e um enorme e crescente problema, não só médico, mas também social e económico, ou seja, um importante problema de saúde pública em todo o mundo (SILVA, 2011).

De acordo com o *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, um relatório elaborado pelo *National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)* a DPOC é caracterizada por ser:

Uma doença evitável e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes que podem contribuir para um agravamento em alguns pacientes. Seu componente pulmonar é caracterizado pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo geralmente é progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão, a partículas ou gases nocivos (GOLD, 2006, p. 1).

A realidade do nosso país, aponta para uma prevalência de pelo menos 5,3% nos homens e 4,0% nas mulheres (ONDR, 2009). Quanto à mortalidade, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), colocam a DPOC como a 5ª causa de morte por doença em Portugal (2682 óbitos em 2006), atrás das doenças cardio-cerebro-vasculares, diabetes, pneumonias e cancro do pulmão.

Apesar de ser uma das principais causas de morte a nível mundial é, no entanto, na morbidade que esta doença tem um maior impacto. Considerada uma doença incapacitante, é

responsável no mundo inteiro por mais de 1,5 milhões de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade.

Ocasiona muitos transtornos físicos, que culminam com a uma perda progressiva da capacidade para desempenhar actividades anteriormente realizadas, o que leva o doente a ter de encarar a perda de um corpo saudável e activo e a diminuição da autonomia e da capacidade de agir com independência. No entanto, para além das limitações físicas, a doença arrasta consigo um conjunto de características que reflectem as mais profundas consequências aos níveis do equilíbrio emocional, afectivo e relacional.

Todo este conjunto de alterações, faz com que os doentes com DPOC percebam-se menos satisfeitos com as suas vidas, menos capazes de desempenhar actividades diárias e com uma pior condição física, social e emocional (SILVA, 2011). Assim, a pessoa com DPOC, que vive o peso de uma doença crónica profundamente incapacitante, responsável por um sofrimento enorme e por uma repercussão muito grande nas capacidades do indivíduo enquanto membro de uma família e de uma comunidade, é também um problema social grave, em que a sua qualidade de vida é bastante afectada.

Entendendo que a DPOC afecta múltiplos aspectos da vida dos indivíduos, cada vez mais investigadores têm incorporado nos seus estudos, medidas de Qualidade de Vida (QDV), como parâmetro adicional na avaliação das intervenções e na decisão por diferentes tratamentos. De facto, a qualidade de vida é hoje um tema de primordial importância, uma vez que viver não é mais e só, um problema de subsistência. Trata-se de valorizar e dignificar a vida tomando como aspecto central a saúde ao invés de doença.

A obtenção de dados sobre a qualidade de vida das pessoas que convivem com esta patologia – DPOC, permite agregar as informações relatadas pelos próprios doentes, àquelas baseadas na perspectiva do clínico ou em medidas fisiológicas (PAGINI, 2008).

Este contexto, associado ao facto de termos encontrado durante o ensino clínico do 1º CMER muitos doentes internados com antecedentes de DPOC, faz surgir a ideia da efectivação de uma investigação que procure de alguma forma contribuir para o estudo das pessoas com DPOC e nomeadamente para a avaliação da qualidade de vida destas. O presente estudo sobre doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, deriva da evidência de que as doenças crónicas respiratórias têm vindo a adquirir uma importância crescente em todo o mundo e pela indispensabilidade de conhecimento da complexidade dos problemas físicos,

psicológicos e sociais, decorrentes do aumento progressivo e constante dos chamados doentes crónicos respiratórios.

A actuação do enfermeiro de reabilitação neste contexto, é muito importante, uma vez que tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos doentes, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. Assumindo assim o papel de educador, conselheiro, investigador, perito e membro de equipa.

Esta investigação incidiu sobre uma amostra de doentes com DPOC seguidos em consulta externa pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra e no Ginásio de Cinesiterapia Respiratória do mesmo hospital, tendo sido realizada a recolha de dados entre Novembro de 2010 e Abril de 2011. A escolha da região deve-se sobretudo a razões de ordem prática, pelo facto de corresponder à área de residência e também de exercício profissional, o que permite conhecer melhor o meio envolvente.

Propomo-nos com este trabalho, realizar uma pesquisa tipo descritivo-correlacional, tendo como objectivo geral conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e factores que nela intervêm. Partimos para esta investigação com algumas interrogações, às quais gostaríamos de dar resposta, no sentido de podermos contribuir para a melhoria da prática de cuidados. Assim questionámo-nos sobre:

- Será que as características sociodemográficas influenciam a QDV percebida dos doentes com DPOC?

- Será que a história clínica da doença interfere na avaliação da QVD dos doentes com DPOC?

Em conformidade, para este estudo traçamos os seguintes objectivos:

- Caracterizar a amostra sobre o ponto de vista sociodemográfico.

- Conhecer as variáveis clínicas dos elementos da amostra em estudo.

- Identificar as variáveis sóciodemográficas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.

- Identificar as variáveis clínicas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.

Estruturámos o nosso trabalho em duas partes distintas com oito capítulos diferentes e com uma ordem sequencial, foram evoluindo paralelamente num prisma de complementaridade.

A primeira parte é constituída pelos capítulos dois e três que correspondem à fundamentação teórica que considerámos indispensável para o conhecimento e a compreensão do tema em estudo, oferecendo apoio e base científica ao mesmo, seleccionando a mais adequada à problemática em estudo. Elaboramos o segundo capítulo dedicado aos aspectos teóricos da DPOC, que dizem respeito aos seguintes pontos: definição e classificação da DPOC; epidemiologia da DPOC; factores de risco; estratégias de tratamento na DPOC; limitações e impactos associados à DPOC. No terceiro capítulo fazemos uma abordagem teórica sobre a qualidade de vida, nomeadamente: conceito de QDV; qualidade de vida relacionada com a saúde; avaliação da QDV no doente com DPOC

A segunda parte é designada por trabalho empírico, constituída pelos capítulos quatro, cinco e seis. No quarto capítulo apresentamos as opções metodológicas que comportam o: tipo de estudo, a lista das questões de investigação e hipóteses formuladas, a definição das variáveis. Procedeu-se também à descrição da selecção e caracterização da amostra e dos procedimentos de colheita de dados, bem como dos instrumentos utilizados.

No capítulos cinco apresentamos os dados obtidos e a respectiva análise, descritiva e inferencial, seguindo-se a discussão dos resultados obtidos no capítulo seis.

No final apresentamos no capítulo sete as conclusões e sugestões, onde é dado realce aos resultados que consideramos mais relevantes, e no capítulo oito identificando algumas dificuldades e limitações do estudo.

I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

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

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

2.1 – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DPOC

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

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

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

Tabela 1 – Classificação da DPOC

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

Fonte: Adaptado de GOLD, 2006.

2.2 – EPIDEMIOLOGIA DA DPOC

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

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

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

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

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

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

Tabela 2 – Prevalência da DPOC em Portugal por grupos etários

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

Fonte: Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008

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

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

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

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

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

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

2.3 – FACTORES DE RISCO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 – ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NO INDIVÍDUO COM DPOC

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

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

2.4.1 – Profilaxia

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

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

2.4.2 – Terapêutica

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

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

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

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

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

Oxigenioterapia

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

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

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

Ventilação não Invasiva

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

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

Reabilitação Respiratória

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 – LIMITAÇÕES E IMPACTOS ASSOCIADOS À DPOC

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

2.5.1 - Impacto da Doença no Funcionamento Físico

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

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

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

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

2.5.2 - Impacto da Doença no Funcionamento Psicológico e Social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 – QUALIDADE DE VIDA

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

J.P. S., doente com DPOC

3.1 – CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM DPOC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II PARTE – TRABALHO EMPÍRICO

4 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTUDO EMPÍRICO

Nos capítulos anteriores, aprofundamos as vertentes fundamentais que consideramos ligadas à problemática em estudo. Esta fundamentação teórica possibilitou conceptualizar um corpo de conhecimentos que funcionaram como base do enquadramento teórico desta investigação prática, fornecendo as orientações necessárias à realização da mesma, permitindo conhecer os factores mais frequentes com que se debatem os doentes com DPOC e que eventualmente se relacionam com a qualidade de vida.

4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

As doenças crónicas são a principal causa da morte prematura de adultos, em todas as regiões do mundo. Limitam o crescimento económico e reduzem o potencial de desenvolvimento dos países, particularmente dos mais pobres. As doenças respiratórias crónicas, muito especialmente, representam um encargo considerável para os países, para as famílias e para os doentes, afectando a sua saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (DGS, 2008).

O objectivo último em saúde é preservar e/ou aumentar a Qualidade de Vida (QDV) e o bem-estar do indivíduo, uma vez que os índices típicos do estado de saúde incluem critérios tais como: morbilidade, mortalidade, tempo médio por internamento, o que nos transmite uma visão limitada e parcelar da qualidade dos Cuidados de Saúde. Desta forma são omissas as necessidades pessoais dos doentes e os seus próprios pontos de vista

Por esta razão, a avaliação da QDV tornou-se uma ferramenta importante no reconhecimento da satisfação do doente e na forma como este percebe o seu próprio estado de saúde, características que nem sempre estão de acordo com os resultados objectivos relativos à doença. A informação fornecida por uma avaliação da QDV na prática diária, pode ajudar-nos a conhecer melhor os doentes e ajudar nas medidas a colocar em prática, além de melhorar potencialmente, a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e o doente (CARVALHO, 2002).

No caso da DPOC, os resultados dessas avaliações permitem que sejam fornecidas informações que complementam o diagnóstico clínico, direccionam a atenção prestada e verificam como equacionar a distribuição de recursos nos diversos regimes prestadores de serviços de saúde.

O presente estudo sobre doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, deriva da evidência de que as doenças crónicas respiratórias têm vindo a adquirir uma importância crescente em todo o mundo e pela indispensabilidade de conhecimento da complexidade dos problemas físicos, psicológicos e sociais, decorrentes do aumento progressivo e constante dos chamados doentes crónicos respiratórios. Estes doentes exigem mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais. Os cuidados de enfermagem de reabilitação são indispensáveis neste contexto, pois têm como missão, não só assegurar as capacidades funcionais dos doentes, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

A questão central que orienta esta investigação diz respeito ao doente com DPOC e à sua Qualidade de Vida. Tendo por base a questão central, formulámos as seguintes questões de investigação que estiveram na base da orientação do nosso estudo:

- Que qualidade de vida auferirá o doente com DPOC nos diferentes estádios da doença?

-Será que as variáveis de contexto clínico e sócio-demográfico influenciam a QDV destes doentes?

Apoiando-nos nas questões de investigação que norteiam a nossa pesquisa, pretendemos com a elaboração deste estudo avaliar a realidade da problemática da QDV do doente com DPOC, reflectir acerca dos resultados encontrados, no sentido de ajudar a implementar métodos preventivos, tendo em consideração não só a saúde da pessoa com DPOC, mas também todos os outros factores que interferem com a qualidade de vida ou bem-estar do mesmo.

O objectivo geral desta investigação, é assim conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e factores que nela intervêm. Como objectivos específicos delineamos os seguintes:

- Caracterizar a amostra sobre o ponto de vista socio-demográfico.
- Conhecer as variáveis clínicas dos elementos da amostra em estudo.

- Identificar as variáveis socio-demográficas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.

- Identificar as variáveis clínicas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.

4.2 – VARIÁVEIS

A selecção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objectivos do estudo, as questões de investigação elaboradas, não podendo desta forma, ser de livre escolha do investigador. Como a própria palavra nos diz, variável é qualquer coisa que varia, ou então, indo ao encontro ao que nos diz Fortin (2009, p.171) “elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”. Ainda, segundo o mesmo autor as variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.

As variáveis podem ser classificadas quanto à relação que estabelecem entre si, em variáveis dependentes e independentes.

Para Marconi e Lakatos (2006, p.189), variável dependente “é o factor que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que se pretende estudar e que é influenciada pelas variáveis independentes. É aquela que é afectada ou explicada pela variável independente. Espera-se, assim, que esta se altere à medida que a variável independente varia.

A variável independente é o elemento explicativo de um fenómeno, a tentativa de resposta ao nosso problema, aquela que afecta outras variáveis. São os factores introduzidos e manipulados pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação de um factor com um fenómeno observado, para ver que influência exerce sobre um possível resultado. Esta variável é chamada também variável experimental, e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (FORTIN, 2009).

Considerámos como variável dependente do nosso estudo, a Qualidade de Vida do doente com DPOC. As variáveis independentes foram divididas em dois grupos: as variáveis sóciodemográficas e as variáveis clínicas. Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e também, avaliar a sua interferência na variável dependente.

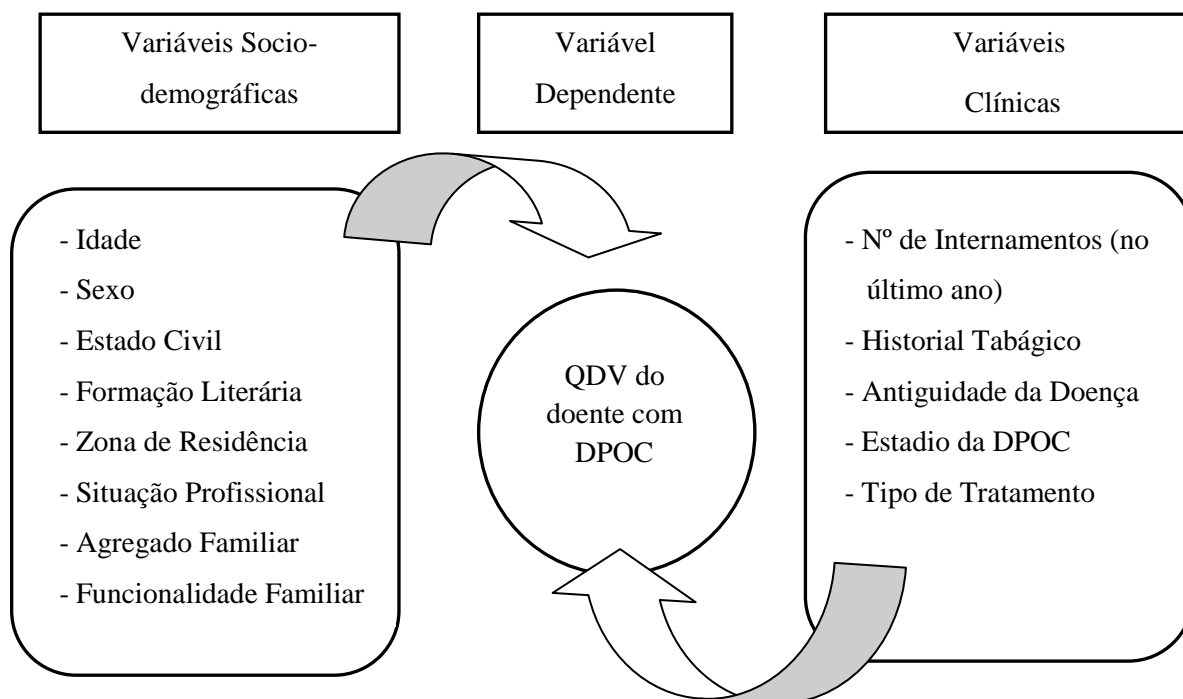


Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo

4.3 – HIPOTÉSES DE INVESTIGAÇÃO

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.110) a hipótese “é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis na população sob estudo” é uma solução possível para um problema, através de uma preposição estável, ou seja, de uma expressão verbal susceptível de ser declarada verdadeira ou falsa.

As hipóteses formuladas neste estudo são classificadas como complexas, já que de acordo com os autores supracitados, predizem a relação de associação ou causalidade entre três ou mais variáveis, sejam elas independentes ou dependentes. Para testar as hipóteses complexas subdividimo-las em sub-hipóteses. Assim sendo, elaborámos as hipóteses devidamente relacionadas com o problema em estudo e que servirão de fio condutor para a nossa investigação, as quais passamos a mencionar:

H1 – Os factores sócio-demográficos influenciam a Qualidade de Vida depende.

H1 a) – Existe diferença na QDV dos doentes com DPOC de sexos diferentes.

H1 b) - A QDV dos doentes com DPOC varia na razão inversa da idade.

H1 c) - Os diferentes estados civis determinam diferenças na QDV dos doentes

com DPOC.

H1 d) - Existe relação entre escolaridade e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 e) - Existe relação entre a situação profissional e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 f) - Existe relação entre funcionalidade familiar e a QDV dos doentes com DPOC.

H2 - Existe associação entre as variáveis clínicas e a Qualidade de Vida do doente com DPOC.

H2 a) – Existe relação entre o nº de internamentos no último ano e a QDV dos doentes com DPOC.

H2b) – Existe relação entre o historial tabágico e a QDV dos doentes com DPOC.

H2 c) – Existe relação entre a antiguidade da doença e a QDV dos doentes com DPOC

H2 d) – Existe relação entre o estadio da doença e a QDV dos doentes com DPOC.

H2 e) – Existe relação entre o tratamento não farmacológico e a QDV dos doentes com DPOC.

4.4 – ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.4.1 – Desenho da investigação

A metodologia de um estudo é a apresentação dos procedimentos a adoptar durante as várias fases da investigação, tendo como finalidade proporcionar ao investigador o plano que lhe permita seguir o melhor itinerário, de acordo com a natureza do problema.

Optámos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, caracterizado por Fortin (2009, p.20), como “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis”. É baseado na observação de factos, de acontecimentos e fenómenos objectivos

e tem como características a objectividade, a predição, o controlo e a generalização.

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo, o tempo e recursos disponíveis para a investigação, enveredamos por um tipo de estudo de carácter descritivo-correlacional uma vez que pretendemos descrever o universo de uma determinada população (doentes com DPOC) ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis (qualidade de vida e vários factores susceptíveis de a influenciar). Fortin (2009) refere-nos que no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e estabelecer a existência de relações entre conceitos ou variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objectivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de factores ligados a um fenómeno.

4.4.2 – Localização do Estudo

Esta investigação incidiu sobre uma amostra de doentes com DPOC seguidos em consulta externa pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra e no Ginásio de Cinesiterapia Respiratória do mesmo hospital. Houve necessidade de alargar o local para a aplicação do estudo uma vez que a maioria dos doentes seguidos em Ginásio de Cinesiterapia não cumpriam os requisitos de inclusão no estudo, ou seja não tinham como doença de base a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

A escolha deste local para aplicação do estudo, deve-se sobretudo a razões de ordem prática, pelo facto de corresponder à área de residência e também de exercício profissional, o que permite conhecer melhor o meio envolvente.

4.4.3 - Selecção da Amostra Populacional

Para o nosso estudo foi seleccionada uma amostra não probabilista por conveniência constituída por 50 indivíduos com DPOC (48 do género masculino e 2 do género feminino). Dado que encontrámos grandes dificuldades na formação da amostra populacional (ainda que pequena), devido à falta de comparência dos doentes às consultas externas desde o início do ano de 2011, os únicos critérios de inclusão estabelecidos foram:

- ser portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
- aceitação dos doentes para participar no estudo;

4.4.4– Procedimentos

Quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas – como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem – é necessário ter muito cuidado para assegurar que seus direitos são protegidos. Neste contexto e depois de tomada a decisão de incidir este estudo sobre doentes com DPOC foi nossa preocupação preservar algumas questões éticas.

Assim, contactamos pessoalmente os responsáveis do serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra, apresentando-lhes em traços gerais, o que e como pretendíamos fazer, bem como as razões do nosso interesse. Assumimos o compromisso de que seria garantida a confidencialidade das respostas, e de que todas as entrevistas seriam efectuadas num lugar adequado, de forma a não perturbar o funcionamento dos horários das consultas e das secções de Cinesiterapia Respiratória e Reabilitação Respiratória.

Posteriormente, foi dirigido o ofício ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra e após o despacho da autorização ter sido favorável foi aberto caminho para o início do processo de recolha de dados (Anexo 1). Para além da autorização referida, não esquecemos em momento algum de pedir individualmente a cada doente, o seu consentimento para a colaborar nesta pesquisa (Anexo 2).

A recolha de dados foi realizada entre Novembro de 2010 e Abril de 2011. Os participantes foram instruídos sobre como deveriam proceder para preencher os questionários. A primeira parte do instrumento de dados foi aplicada para recolha de variáveis sócio demográficas e clínicas. Na segunda parte do instrumento de dados foi utilizada para avaliar a qualidade de vida dos participantes, um instrumento específico, o SGRQ (Saint George's Respiratory Questionnaire). Foram feitas auto-aplicações dos questionários em pacientes alfabetizados. Mas devido à dificuldade sentida por alguns doentes na compreensão do mesmo instrumento de avaliação e impossibilidade de leitura por outros, foi nossa intenção cooperar no assinalar das respostas, para que a recolha de dados tivesse êxito, na presença dos entrevistados e sempre consoante as orientações dos mesmos. Para aqueles que não eram alfabetizados, os questionários foram lidos pela investigadora.

4.4.5– Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de informação pode ser definida como o processo organizado, posto em prática para obter informação junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de

conhecimentos para outro. Esta recolha de informações é feita através de instrumentos que permitam a colheita de dados.

A selecção dos instrumentos faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização, considerando os objectivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis e sobre o fenómeno em estudo, pois só assim, será possível a resposta à questão de investigação. O investigador deverá questionar-se se a informação que irá recolher com a ajuda do instrumento seleccionado é exactamente a necessária para responder aos objectivos delineados.

Considerando a natureza íntima das variáveis que se pretendiam estudar, optámos na nossa investigação por uma abordagem mista, isto é, pela utilização de um elemento de recolha de dados construído para o efeito, e pela aplicação de escalas construídas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente o Apgar Familiar de Smilkstein e a SGRQ, recomendado pela Direcção Geral da Saúde (Anexo 3).

4.4.5.1 – Escala de Apgar Familiar de Smilkstein

Para avaliar a funcionalidade familiar utilizámos uma escala de apgar familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo (1998), que é constituída por cinco questões que permitem avaliar a qualidade do relacionamento dos indivíduos com os familiares.

Cada questão permite três tipos de resposta, que correspondem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O resultado global da escala obtem-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e varia entre os valores 0 e 10 pontos. Uma pontuação global de 7 a 10 pontos, sugere uma família “altamente funcional”; de 4 a 6 pontos uma família com “moderada disfunção” e de 0 a 3 pontos, uma família com “disfunção acentuada”.

4.4.5.2 – Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Em 1992 Jones et al. demonstrou que o SGRQ é um instrumento específico, válido, consistente e sensível na avaliação do estado de saúde de indivíduos com DPOC. É o questionário de avaliação da qualidade de vida específico para a doença respiratória mais utilizado e o mais indicado segundo a DGS. Foi validado para a língua portuguesa por Sousa

e seus colaboradores (2000) e traduzido para a população portuguesa por Taveira e Ferreira, a quem foi solicitada autorização para utilizar o questionário (Anexo 4).

É auto-administrável e é constituído por 50 itens e 76 “pesos” de resposta, distribuídos por 3 domínios: o domínio “Sintomas” que corresponde à primeira parte do questionário e avalia os sintomas respiratórios, a frequência e a severidade; o domínio “Actividades” que corresponde à secção 2 e secção 6 da parte 2 e avalia as actividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório (tarefas diárias que os indivíduos executam, tais como, subir escadas, vestir-se, ir às compras e vida social); e o domínio “Impacto psicossocial” que corresponde aos valores das secções 1, 3, 4, 5, 7 da parte 2 e avalia o controlo da doença, as expectativas do paciente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar.

Para calcular o comprometimento da QDV de cada indivíduo, é feita a soma de cada questão equivalente para cada domínio e depois é dividido pela possibilidade máxima que pode ser alcançada, que é de 662,5 para o domínio dos “Sintomas” 1209,1 para o domínio das “Actividades” e 2117,8 para o domínio do “Impacto Psicossocial”. A pontuação de cada domínio é dada em percentagem, calculada pelo coeficiente (Equação 1):

Equação 1: Coeficiente para a pontuação do questionário SGRQ.

$$D \text{ (domínio)} = \frac{\text{valor obtido}}{\text{possibilidade máxima}} \times 100$$

A pontuação total do questionário SGRQ é também calculada pelo coeficiente apresentado, sendo que a pontuação máxima possível é de 3989,4 pontos.

O questionário apresenta boa qualidade de vida quando os resultados são próximos de 0 (zero) e pior qualidade de vida com resultados próximos de 100. A pontuação de cada parte do questionário é, posteriormente, convertida em percentagem, seja para qualquer um dos três domínios ou para pontuação total. Valores obtidos até 10% mostram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, resultados acima de 10% indicam 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 pacientes (SOUSA, JARDIM, JONES, 2000).

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo integra os resultados deste estudo. A descrição da amostra e respectiva categorização sócio-demográfica e clínica são apresentadas em primeiro lugar e logo depois apresentam-se os resultados obtidos para a QDV pela aplicação do SGRQ. Seguidamente, apresentam-se as correlações significativas efectuadas entre domínios de ambos os instrumentos.

5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

5.1.1 - Caracterização Socio-demográfica da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 50 pacientes com idades compreendidas entre os 49 e os 86 anos. A média de idade da amostra é de 71,70 anos, com um desvio padrão 9,112 anos (cf. Tabela 3)

Tabela 3 – Análise descritiva da idade da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Masculino	48	49	85	71,52	9,027
Feminino	2	66	86	76,00	14,142
Total	50	49	86	71,70	9,112

A Tabela 4 apresenta as restantes características sociodemográficas da amostra. No que se refere à distribuição da amostra por género, verifica-se um predomínio do sexo masculino (96%) relativamente ao feminino (4%) o que confirma uma característica documentada da DPOC pelo Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias de 2009. Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, a maioria dos participantes da amostra é casado (78%) e os restantes elementos (22%) eram viúvos, divorciados e separados.

Relativamente à escolaridade verificou-se que uma percentagem significativa dos inquiridos tem baixo nível de escolaridade, 68% dos inquiridos possui o nível básico de escolaridade (1º ciclo), e 12% não sabe ler nem escrever, o que perfaz um total da amostra de 80%. Os restantes 20% tinham uma escolaridade superior ao 2º ciclo.

Em termos de zona de residência 68% dos participantes vivem em zona rural e os restantes 32% em zona urbana.

No que diz respeito à situação profissional, apenas três (6%) era profissionalmente activo estando os restantes participantes, 47, profissionalmente inactivo (94%), sendo na sua maioria reformados.

Os resultados mostram no que se refere ao agregado familiar que 80% dos participantes vive acompanhado e os restantes 20% vive sozinho.

Tabela 4 – Caracterização socio-demográfica da amostra.

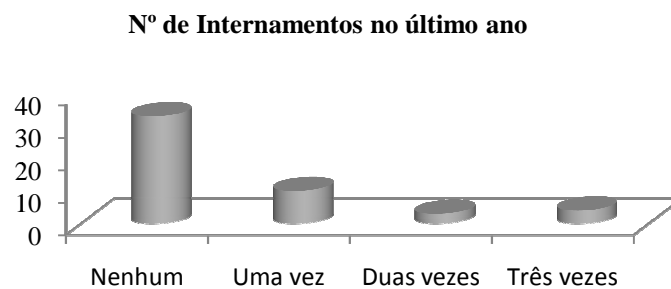
	N	%
Sexo		
Feminino	2	4,0
Masculino	48	96,0
Estado Civil		
Casado	39	78,0
Viúvo	8	16,0
Divorciado	2	4,0
Separado	1	2,0
Formação Literária		
Não sabe ler nem escrever	6	12,0
1.º Ciclo	34	68,0
2.º Ciclo	6	12,0
3.º Ciclo	2	4,0
Curso superior	1	2,0
Outro	1	2,0
Zona de Residência		
Urbano	16	32,0
Rural	34	68,0
Situação Profissional		
Empregado	2	4,0
Desempregado	1	2,0
Reformado	46	92,0
Outro	1	2,0
Agregado Familiar		
Vive sozinho	10	20,0
Vive com o companheiro(a)	35	70,0
Vive com parentes	5	10,0
Funcionalidade familiar		
Altamente funcional	48	96,0
Moderada disfunção	1	2,0
Disfunção acentuada	1	2,0

Podemos também verificar que a grande maioria dos participantes se encontra inserido em famílias que percebem como altamente funcionais (96%); 2% afirmou pertencer a uma famílias com moderada disfunção e 2% a famílias com disfunção acentuada (cf. Tabela 4).

5.1.2 – Caracterização Clínica da amostra

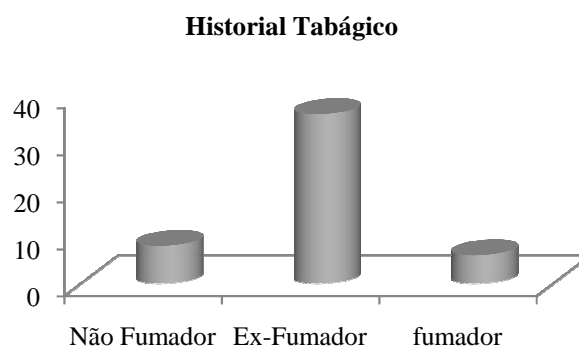
A análise descritiva das variáveis clínicas permite constatar que a média de internamentos é baixa ($0,56 \pm 0,929$) uma vez que do total de inquiridos, 33 declaram nunca ter estado internados no último ano, dez estiveram internados somente uma vez, três afirmam ter estado internados duas vezes e quatro já passaram por esta experiência três vezes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – N.º total de internamentos dos doentes com DPOC.



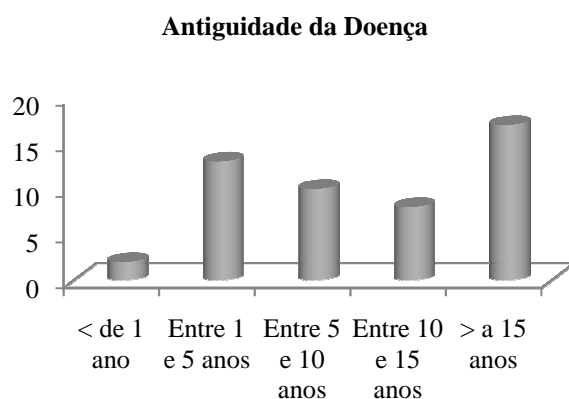
Quanto aos hábitos tabágicos dos inquiridos, verifica-se que a maioria apresenta historial de tabagismo: 72% era ex-fumador e 12% ainda fumador activo.(Gráfico 2).

Gráfico 2 – Historial Tabágico da amostra



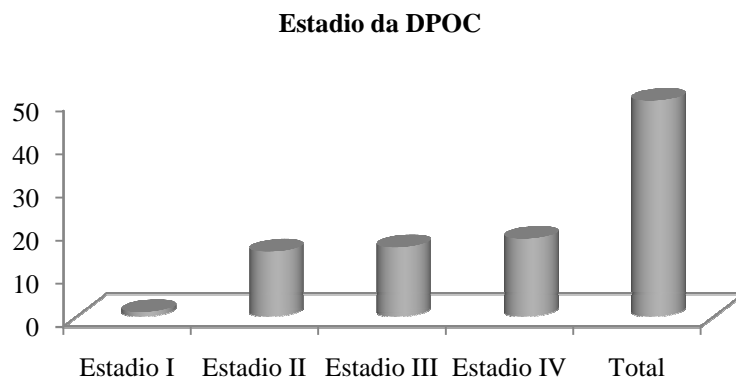
No que se refere à antiguidade da doença verificamos que em 34% dos doentes com DPOC a doença foi diagnosticada há mais de 15 anos, 26% afirma que o diagnóstico da doença ocorreu entre 1 e 5 anos, 20% refere que tal aconteceu entre 5 e 10 anos, 16% foi diagnosticado entre 10 e 15 anos e somente 4% indica um diagnóstico com menos de um ano (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Análise de frequência da Antiguidade da doença.



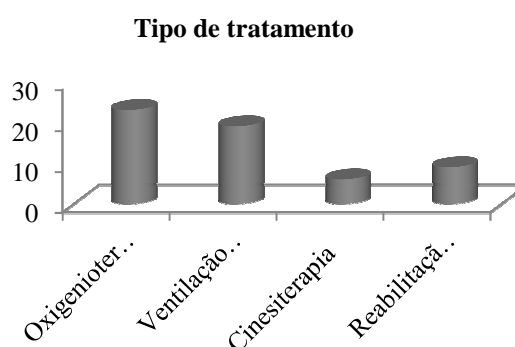
Quanto ao estadio da doença, verificamos que apenas um inquirido (2%) se encontrava no estadio menos grave da doença ou seja no estadio I. Encontramos no estadio II e III da DPOC, 15 e 16 inquiridos, respectivamente. O maior número de participantes foi registado no estadio IV da doença, com 18 inquiridos ou seja 36% da total da amostra (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Análise de frequência do Estadio da doença.



Relativamente ao tipo de tratamento não farmacológico, verificamos que a generalidade dos doentes inquiridos (46%) encontram-se a fazer Oxigenioterapia, 38% utilizam Ventilação não invasiva, 12% realiza Cinesiterapia e 18% está a cumprir o programa de Reabilitação Respiratória (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Tipo de tratamento dos doentes da amostra



5.1.3 - Caracterização da Qualidade de Vida da amostra

Como anteriormente referido, o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos doentes com DPOC foi o SGRQ, um instrumento constituído por três domínios distintos: Sintomas, Actividades e Impacto Psicossocial.

A análise da consistência interna permitiu confirmar a validade da escala, assim como das subescalas que avaliam os diferentes domínios da qualidade de vida dos doentes com DPOC (cf. Tabela 5).

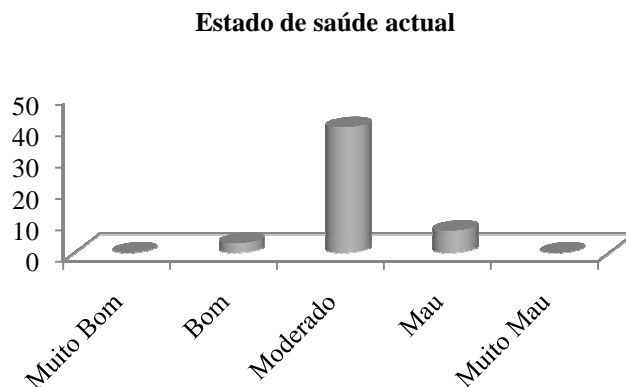
Tabela 5 – Análise da consistência interna (α -Cronback).

	N itens	α .
Sintomas	8	0,774
Actividade	16	0,862
Impacto Psicossocial	26	0,864
QVT-total	50	0,915

A primeira questão do SGRQ - “Assinale com “x” a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual” - foi analisada separadamente, tal como recomenda o autor do

instrumento Paul Jones, no *St George's Respiratory Questionnaire Manual* (JONES; FORDE, 2008), verificando-se que, a maioria dos doentes com DPOC (80%), avalia o seu estado de saúde actual como sendo moderado (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Auto-avaliação do Estado de saúde actual dos doentes com DPOC.



A Tabela 6 apresenta os valores médios dos scores obtidos por meio do questionário específico SGRQ. Segundo Sousa, Jardim e Jones (2000), o valor aceitável para a QDV considerada normal é até 10%. Observa-se que todos os participantes apresentaram, em pelo menos um dos domínios do questionário SGRQ, valores acima dos 10%, o que significa comprometimento da sua QDV.

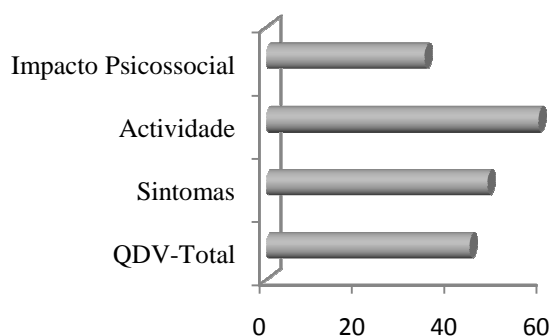
Os scores individuais, calculados conforme orientações do autor do questionário, podem ser observados em apêndice (APÊNDICE I) e a par do valor total geral do questionário, são apresentados, em percentagem de alteração percebida pelos doentes com DPOC, os valores relativos a cada domínio. Apenas o participante 38 apresentou valores inferiores a 10% nos três domínios avaliados, assim como na avaliação da QDV total com um valor de 7,40%, o que representa QDV normal.

Tabela 6 – Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em percentagem).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Sintomas	50	0,00	93,04	47,89	22,93
Actividade	50	5,92	100,0	58,88	21,22
Impacto	50	3,06	81,14	34,23	21,21
QDV-Total	50	7,40	82,23	43,97	19,54

Verifica-se assim, que é no domínio das “Actividades” (tarefas diárias que os indivíduos executam, tais como, subir escadas, vestir-se, ir às compras e vida social) que a QDV dos doentes com DPOC é mais afectada, seguindo-se o domínio dos “Sintomas” (sintomas respiratórios, a frequência e a severidade) e, por último, o “Impacto psicossocial” (refere-se ao controlo da doença, às expectativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Alteração média da QDV e seus domínios (scores em percentagem).



5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

No sentido de perceber quais são os factores que influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC, procedemos à análise inferencial desta variável dependente. Determinámos como variáveis independentes algumas características da vida do doente com DPOC que nos pareceram susceptíveis de condicionar a sua qualidade de vida, nomeadamente, a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a situação profissional, a funcionalidade familiar, o número de internamentos no último ano, a antiguidade e o estadio da doença, o historial tabágico entre outras.

5.2.1 – Relação entre variáveis Socio-demográficas e a QDV

HIPOTESE 1 – *A Qualidade de Vida depende dos factores sócio demográficos.*

Para testar esta hipótese foram criadas seis sub-hipóteses. Para ser possível uma análise estatística inferencial de todas as variáveis socio-demográficas e, devido às características (do n baixo) da nossa amostra, foi necessário proceder a alguns agrupamentos, que serão descritos mais adiante.

H1 a) – Existe diferença na QDV dos doentes com DPOC de sexos diferentes.

No que se refere às variáveis socio-demográficas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexos e os três domínios estudados da QDV, o que nos leva a rejeitar esta sub-hipótese formulada (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Análise da QDV em função do sexo.

	N	Média	Desvio-padrão	t-teste	
Sintomas				F	P
Masculino	48	47,15	22,81	0,005	0,489
Feminino	2	65,64	25,52		
Actividade					
Masculino	48	59,05	21,02	0,907	0,784
Feminino	2	54,79	35,57		
Impacto Psicossocial					
Masculino	48	34,23	21,18	0,266	0,998
Feminino	2	34,19	30,96		
QDV total					
Masculino	48	43,90	19,41	0,657	0,903
Feminino	2	45,65	31,46		

H1 b) - A QDV dos doentes com DPOC varia na razão inversa da idade.

H1 c) - Os diferentes estados civis determinam diferenças na QDV dos doentes com DPOC.

H1 d) - Existe relação entre escolaridade e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 e) - Existe relação entre a situação profissional e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 f) - Existe relação entre funcionalidade familiar e a QDV dos doentes com DPOC.

Assim, em relação à variável idade foram criados dois grupos: aqueles com idades até 65 anos inclusível e um segundo grupo com idades acima dos 65 anos. Para o estado civil foram também criados dois grupos: os que são casados e no segundo grupo os que são solteiros, viuvos, divorciados ou separados. A variável formação literária foi agrupada da

seguinte forma: os indivíduos analfabetos e os que frequentaram o 1.º Ciclo passaram a constituir um grupo e os restantes indivíduos, com formação superior ou igual ao 2º ciclo, um segundo grupo. Em relação à situação profissional consideramos os inquiridos profissionalmente inactivos num grupo e os restantes como profissionalmente activos.

Tabela 8 – Correlação entre as variáveis socio-demográficas e a QDV.

	Sintomas	Actividade	Impacto Psicossocial	QVD-total
Idade	r=0,018 p=0,899	r=-0,062 p=0,669	r=-0,092 p=0,525	r=-0,075 p=0,603
Estado civil	r=-0,196 p=0,173	r=-0,045 p=0,755	r=-0,012 p=0,936	r=-0,079 p=0,587
Formação literária	r=-0,014 p=0,924	r=-0,139 p=0,336	r=-0,083 p=0,566	r=-0,087 p=0,550
Situação profissional	r=-0,163 p=0,257	r=-0,246 p=0,086	r=-0,230 p=0,108	r=-0,261 p=0,068
Agregado familiar	r=-0,062 p=0,667	r=-0,043 p=0,765	r=-0,128 p=0,375	r=-0,049 p=0,738
Zona residencial	r=-0,168 p=0,244	r=-0,122 p=0,399	r=-0,113 p=0,435	r=-0,104 p=0,472
Funcionalidade familiar	r=0,024 p=0,866	r=-0,178 p=0,217	r=-0,068 p=0,640	r=0,058 p=0,688

Através da análise da Tabela 8 podemos verificar que não se encontraram relações entre a QVD dos doentes com DPOC e as restantes características pessoais estudadas.

Relativamente à avaliação da funcionalidade familiar, realizada com a APGAR, não se verifica nenhuma relação entre esta variável e a avaliação da QDV ($r=0,058$; $p=0,688$).

Os valores apresentados pelo teste permitem concluir que a qualidade de vida dos doentes com DPOC não depende das variáveis sociodemográficas, e por isso rejeitamos a hipótese enunciada.

5.2.2 – Relação entre variáveis Clínicas e a QDV

HIPOTESE 2 - Existe associação entre as variáveis clínicas e a Qualidade de Vida do doente com DPOC.

Para testar esta hipótese foi necessário subdividi-la em cinco sub-hipóteses.

Procedemos tal como nas variáveis sociodemográficas, a alguns agrupamentos que serão discritos oportunamente.

H2 a) – Existe relação entre o N° de internamentos no último ano e a QDV dos doentes com DPOC.

No que se refere ao n.º de internamentos no último ano, verificou-se uma relação muito forte entre esta variável e os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e “QDV total”, e uma relação forte entre o domínio dos “Sintomas” e o n.º de internamentos. Neste sentido, os doentes com maior número de internamentos no último ano, avaliaram como mais significativas as mudanças na QVD causadas pela doença. (cf. Tabela 9).

Este resultado leva-nos a aceitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2b) – Existe relação entre o historial tabágico e a QDV dos doentes com DPOC.

Para a variável historial de tabagismo, foram criados dois grupos: um primeiro grupo para os não fumadores e o segundo grupo onde foram incluídos os indivíduos fumadores e ex-fumadores. Verificamos que o historial de tabagismo não apresentou nenhuma relação directa com a avaliação da QDV total pelo SGRQ, nem com nenhum dos seus domínios (cf. Tabela 9).

Este resultado leva-nos a rejeitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2 c) – Existe relação entre a antiguidade da doença e a QDV dos doentes com DPOC

A antiguidade da doença foi também trabalhada em dois grandes grupos: os indivíduos que referem uma antiguidade da doença até 10 anos foram considerados o grupo um; os indivíduos com doença há mais de 10 anos considerados o grupo 2.

Esta variável não apresentou correlação com a avaliação da QVD dos doentes com DPOC (cf. Tabela 9).

Somos obrigados a rejeitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2 d) – Existe relação entre o estadio da doença e a QDV dos doentes com DPOC.

Os resultados apresentados na tabela 10, permitem-nos verificar que os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e a “QDV total” são significativamente afectados pelo estadio da doença. A correlação entre o estadio da DPOC e os domínios da QDV referidos é muito forte, demonstrando que os doentes em estadios avançados da doença reconhecem que muitas das actividades diárias causam ou são limitadas pela falta de ar, o que tem repercussões no seu desempenho social e no bem-estar psicologico.

Em relação ao domínio dos “Sintomas” não foi encontrada nenhuma correlação.

Face aos resultados apresentados aceitamos parcialmente a sub-hipótese anunciada.

H2 e) – Existe relação entre o tratamento não farmacológico e a QDV dos doentes com DPOC.

O tratamento não farmacológico avaliado neste estudo, não apresentou correlação com a QDV dos doentes com DPOC (cf. Tabela 9), pelo que rejeitamos a sub-hipotese elaborada.

Tabela 9 – Correlação entre as variáveis clínicas e a QDV.

	Sintomas	Actividade	Impacto Psicossocial	QVD-total
N.º de internamentos	r=0,287* p=0,043	r=0,410** p=0,003	r=0,448** p=0,001	r=0,455** p=0,001
Histórico de tabagismo	r=-0,085 p=0,557	r=-0,015 p=0,917	r=-0,049 p=0,735	r=-0,079 p=0,584
Antiguidade da doença	r=0,183 p=0,203	r=0,092 p=0,527	r=0,184 p=0,200	r=0,162 p=0,261
Estadio DPOC	r=0,158 p=0,274	r=0,441** p=0,001	r=0,366** p=0,009	r=0,377** p=0,007
Tratamento	r=0,094 p=0,515	r=0,240 p=0,093	r=0,226 p=0,115	r=0,255 p=0,074

No entanto, ao correlacionar cada um dos tratamentos individualmente, verificamos que existe uma relação forte entre o uso de Oxigenioterapia e os domínios “Actividades” e “QDV total”, com valores de r=0,313*; p=0,027 e r=0,299*; p=0,035, respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Correlação entre Oxigenioterapia e QDV.

	Sintomas	Actividades	Impacto Psicossocial	QDV total
Oxigenioterapia	r=0,159 p=0,272	r=0,313* p= 0,027	r=0,274 p=0,054	r=0,299* p= 0,035

Verificamos ainda que o estadio da DPOC está associado ao tipo de tratamento, uma vez que os doentes em estadios mais avançados tendem a usar mais frequentemente a Oxigenioterapia e a Reabilitação Respiratória (Tabela 11). De facto, de acordo com as indicações da DGS (2009), a reabilitação respiratória é aplicável a partir do estadio GOLD II, mas dirigida essencialmente a doentes com sintomas incapacitantes, o que regra geral acontece em estádios avançados da doença.

Tabela 11 – Correlação entre o tipo de tratamento e o estádio da doença.

	Oxigenioterapia	Ventilação não invasiva	Cinesiterapia	Reabilitação Respiratória
Estádio DPOC	r=0,585 p= 0,000	r=0,221 p=0,122	r=0,135 p=0,352	r=0,292 p= 0,040

Há também uma correlação muito forte entre o estadio da DPOC e o n.º de internamentos no último ano (r=0,442**; p=0,001).

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo da apresentação dos resultados, fomos elaborando um ou outro comentário acerca de determinados valores que considerámos oportunos. Contudo este é o momento e o espaço indicado para a interpretação dos mesmos, tendo em conta os conhecimentos e referências com que constatamos ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste estudo e o relacionamento dos dados de trabalhos anteriores realizados nesta área.

Na elaboração deste capítulo iremos, por um lado, debruçar-nos sobre os resultados que consideramos mais pertinentes e, a partir desta análise, tecer as considerações que julgamos adequadas. Por outro lado, procuraremos estabelecer as comparações necessárias com o que fomos referindo no capítulo da fundamentação teórica e, sobretudo, com os resultados de estudos de natureza semelhante. A obtenção destas duas finalidades irá decorrer conjuntamente.

Precedemos à discussão dos resultados, tendo em conta a sequência da sua apresentação. Assim, em primeiro lugar iremos proceder à análise relativa aos factores pessoais e clínicos, seguindo-se a análise do comportamento das variáveis no total da amostra e a sua relação com a qualidade de vida.

Tal como referimos anteriormente a amostra deste estudo é constituída por 50 doentes com o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Os dados socio-demográficos que caracterizam a amostra mostram grandes discrepâncias na repartição por sexos, uma vez que 96% dos indivíduos entrevistados são do sexo masculino e 4 % são do sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com vários estudos nacionais e internacionais. Antonelli-Incalzi e colaboradores (2003), Dourado et al. (2004), Noeli Pagini (2008), Moreira et al. (2009) e Couto (2010) são alguns dos autores que comprovam nos estudos, o predomínio da DPOC no sexo masculino. Os factores que contribuem para esta tendência prendem-se sobretudo com a questão da DPOC ter como factor de risco o tabagismo, característica muito comum entre os homens, embora esta tendência esteja a mudar. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2008, a proporção de fumadores no periodo de 2005/2006 era mais

elevada nos homens (28,9%, face a 11,2% nas mulheres). Do mesmo modo, a proporção de ex-fumadores era também mais elevada nos homens (24,4%, face a 6,5% nas mulheres) (INE, 2009).

Segundo Pessôa e Pessôa (2009), muitos estudos mostram um risco duas vezes maior para DPOC no sexo masculino. No entanto, ao controlar os resultados para tabaco e história ocupacional, o risco para DPOC torna-se igual para homens e mulheres.

No que diz respeito à idade dos inquiridos, encontramos uma média de 71,70 anos. Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo realizado por Aguiar (2010) na Universidade da Beira Interior, e à informação divulgada pela DGS (2005), segundo a qual a prevalência da DPOC aumenta com a idade. Alguns estudos de âmbito internacional apresentam dados semelhantes, de que é exemplo o estudo de Kerkoski, Borenstein e Silva (2010) onde a média de idade era 70,37 anos.

Relativamente ao estado civil, à escolaridade e à situação profissional dos inquiridos, o nosso estudo revelou que 78% era casado, 80% tinha baixo nível de escolaridade (1º ciclo e analfabetismo) e 92% era reformado. Os resultados encontrados por Vargas et al. (2001), Pereira (2009) e Couto (2010) para as variáveis sociodemográficas mencionadas foram semelhantes aos do nosso estudo, ou seja, os participantes eram sobretudo casados, reformados e com baixa escolaridade.

No que concerne ao agregado familiar 70% vive com o companheiro. Encontramos apenas o estudo de Couto (2010), a avaliar esta variável em doentes com DPOC onde a maioria (53,3%) dos participantes vivia também em casal.

Quanto à funcionalidade familiar, 96% dos inquiridos encontra-se inserido numa família altamente funcional, 2% numa família com moderada disfunção e 2% numa família altamente disfuncional. Em relação a esta questão, só encontramos na bibliografia um estudo realizado em Espanha onde esta variável foi avaliada em doentes com DPOC. Vargas et al. (2001), regista no seu estudo que 79,7% dos participantes se encontra inserido numa família funcional, 17,4% tinham disfunção familiar moderada e 2,9% disfunção acentuada.

Pensamos que os resultados encontrados no nosso estudo em relação à funcionalidade familiar podem não ser os mais verdadeiros, se tivermos em linha de conta que durante o preenchimento/leitura do questionário esteve presente uma pessoa desconhecida podendo existir desvalorização desta problemática, ao gerar maiores restrições em falar da esfera íntima familiar e que envolve sempre terceiros.

Em relação às variáveis clínicas, a análise descritiva permite ver que a média de internamentos no último ano é baixa ($0,56 \pm 0,929$). Não encontramos na bibliografia consultada nenhum estudo que regista-se o n.º de internamentos. Contudo, verificamos a existência de estudos onde a avaliação da readmissão hospitalar em pacientes com DPOC foi contemplada, sendo exemplo disso os estudos de Osman et al. (1997) e Carneiro et al. (2010).

No que toca ao historial tabágico verificamos que 72% dos inquiridos era ex-fumador e 12% era ainda fumador activo, o que prefaz um total de 84% da amostra com historial tabágico. Estes valores em nada nos surpreenderam, dado estar comprovado ser o tabagismo o grande factor de risco para a DPOC. Os vários estudos consultados durante a pesquisa bibliográfica, comprovam que a maior percentagem corresponde aos ex-fumadores, o que coincide com os resultados do nosso estudo (ARREGUI; EZQUERRA; LÓPEZ, 2007) (CARNEIRO et al., 2010) (PAGINI, 2008) (PINTO et al., 2010).

No que diz respeito à antiguidade da doença definimos cinco grupos para cinco periodos de tempo distintos: 1) inferior a um ano; 2) entre um e cinco anos; 3) entre 5 e 10 anos; 4) entre 10 e 15 anos; 5) superior a 15 anos. Foi neste último grupo que encontramos o maior número de inquiridos, 34%, o que demonstra o carácter progressivo e crónico da DPOC e traduz um tempo média da doença bastante elevado quando comparamos com os estudos de Carneiro et al. (2010), Kerkoski, Borenstein e Silva (2010) e Pereira et al. (2009).

Identificamos em relação ao Estadio da DPOC, uma amostra populacional com doença pulmonar avançada, com 36% dos inquiridos no estadio IV ou muito grave da doença, 32% no estadio III ou grave, 30% no estadio II ou moderado e apenas 2% no estadio I ou leve da doença. Este perfil, embora extraído de uma pequena amostra, aproxima-se do apresentado noutros estudos, nomeadamente Carneiro et al. (2010). O facto de encontrar mais pacientes em fase avançada da doença, deve-se ao facto do diagnóstico ser feito tardiamente, já que os doentes podem não manifestar sintomas significativos, mesmo quando já apresentam baixos volumes de fluxo expiratório quando se realiza a espirometria.

Os dados que caracterizam a amostra em relação ao tipo de tratamento não farmacológico, mostram que a generalidade dos doentes inquiridos (46%) cumpriam Oxigenioterapia e 38% estavam sob Ventilação não Invasiva. O programa de Reabilitação Respiratória era cumprido por 18% dos inquiridos. Carneiro e colaboradores (2010), avaliou no seu estudo apenas dois destes tipos de tratamento: Oxigenioterapia e Ventilação não Invasiva. Encontrou resultados semelhantes ao do nosso estudo com uma percentagem de 46,5% da amostra a cumprir Oxigenioterapia e 11,9% sob Ventilação não Invasiva.

Pensamos que os factores que contribuem para estes resultados prendem-se sobretudo com o facto de se tratar de uma amostra populacional com predomínio efectivo do estadio IV da doença, ou seja, caracterizada por uma limitação ventilatória muito grave necessitando de acordo com as recomendações da GOLD de oxigenioterapia domiciliar.

No que concerne à avaliação da qualidade de vida dos doentes com DPOC, chegámos a resultados semelhantes aos apresentados por outros autores de estudos anteriores realizados nesta área. A avaliação medida pelo SGRQ, revelou uma qualidade de vida com valores médios de $43,97 \pm 19,54$, ou seja uma qualidade de vida bastante prejudicada, se considerarmos que valores acima de 10% indicam condição de anormalidade. Os nossos resultados vão de encontro aos de Fernández Vargas (2001), Camelier et al. (2006), Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010).

Alguns autores num estudo transversal realizado com 42 doentes com DPOC, ao utilizarem um questionário genérico (SF36) e um específico (SGRQ), encontrando valores globais médios muito superiores ao do nosso estudo, $54,0 \pm 22,7$, revelando uma qualidade de vida bastante prejudicada.

Verificámos ainda no nosso estudo, que o domínio das “Actividades” (tarefas diárias que os indivíduos executam, tais como, subir escadas, tomar banho, vestir-se, ir às compras e vida social) é aquele que é mais afectado, seguido do domínio dos “Sintomas” e por último o domínio do “Impacto Psicossocial”. Os resultados coincidem com a maioria dos estudos que utilizaram este questionário, como os trabalhos de Fernández Vargas et al. (2001), Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010), e com outros estudos que usaram questionários genéricos, como o WHOQOL-100 num trabalho realizado por Kerkoski, Borenstein e Silva (2010), onde os participantes referiram que os domínios físico e nível de independência eram os que exerciam maior influência na sua qualidade de vida.

Esta análise permite compreender que a maior queixa das pessoas com DPOC está relacionada com as restrições que a doença impõe nas actividades do dia-a-dia, sejam elas as actividades mais corriqueiras do quotidiano ou actividades mais complexas, como aquelas que se relacionam com o seu trabalho.

Considerámos até ao momento a discussão das características da amostra em relação às diferentes variáveis estudadas. De seguida vamos discutir as hipóteses inicialmente levantadas.

Considerando as variáveis socio-demográficas, verificou-se que nenhuma delas exerce influência sobre a QDV dos doentes com DPOC.

Embora fosse esperado que a idade avançada dos inquiridos provocasse uma diminuição da QDV, tal não foi verificado no nosso estudo. Este resultado deve ser interpretado com alguma reserva na medida em que existem autores que reforçam a existência de uma relação positiva entre a idade e a QDV dos doentes com DPOC, como é o caso de Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010). Talvez possamos explicar estes resultados, tal como Ketelaars et al. (1996 apud Havlucu et al., 2005), pelo facto de existir uma maior tolerância dos doentes com idade avançada, às limitações sentidas no desempenho das actividades diárias, ou seja, assumirem este comprometimento como algo “normal” na idade avançada.

A não influência do género na QDV dos doentes com DPOC, é confirmado pelos estudos de Ståhl et al. (2005), Havlucu et al. (2005), Carneiro et al. (2010) e por Silva (2011). É importante referir que na amostra em estudo, existiam apenas dois elementos do sexo feminino, pelo que os resultados terão novamente de ser interpretados com alguma reserva.

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas em estudo, importa referir que foram poucos os estudos consultados que divulgam dados relativos à influência destas na QDV dos doentes com DPOC. No que concerne ao estado civil, apenas Silva (2011) confirma a não relação entre esta variável e a QDV. No entanto, no que diz respeito à escolaridade, a mesma autora, refere que esta se comporta como uma preditora de qualidade de vida nos indivíduos com DPOC.

Ao correlacionarmos o conjunto de variáveis clínicas com a QDV dos doentes com DPOC avaliada pelo SGRQ, encontramos apenas correlações positivas ao nível das variáveis: n.º de internamentos no último ano e estadio da DPOC.

Tal como referimos anteriormente, verificamos a existência de estudos onde a avaliação da readmissão hospitalar em pacientes com DPOC foi contemplada. Apesar da diferença de épocas, os trabalhos de Osman et al. (1997) e de Carneiro et al. (2010), apontam para uma relação entre o n.º de readmissões hospitalares e a má qualidade de vida, avaliada

pelo SGRQ. Estes dados vêm reforçar os resultados apresentados no nosso estudo, onde o n.º de internamentos se correlaciona de forma directa com valores elevados do SGRQ (isto é, indicativos de pior QDV).

A influência do consumo de tabaco no desenvolvimento e no prognóstico da DPOC é tão evidente que a Organização Mundial de Saúde através do programa GOLD (2006), recomenda a implementação de programas de controlo de tabagismo e a criação de consultas de desabituação tabágica acessíveis a todos os indivíduos fumadores. De acordo com Jones (1995 apud Pagini, 2008), os doentes, mesmo após anos de cessação tabágica, apresentam diminuição da função pulmonar, o que pode restringir significativamente o desempenho das actividades diárias. No entanto, apesar desta influência, não encontramos no nosso estudo relações entre o historial tabágico dos indivíduos e a sua QDV percebida. Estes dados vão de encontro aqueles que são apresentados por Ståhl et al. (2005), Pinto et al. (2010) e Silva (2011). Segundo Wijnhoven et al. (2001 apud Ståhl et al., 2005), o tabagismo activo aparece mesmo associado a melhores níveis de QDV, o que só pode ser explicado, segundo o autor, porque os indivíduos fumadores são aqueles que geralmente se encontram numa fase menos grave da doença.

A variável antiguidade da doença aparece na literatura essencialmente como variável descritiva e raramente relacionada com a QDV dos doentes com DPOC. Exemplo disto, são os trabalhos recentes de, Carneiro e colaboradores (2010), Kerkoski, Borenstein, Silva (2010) e Pereira et al. (2009). No presente estudo, verificamos que a duração da doença não influencia a QDV dos doentes com DPOC. Silva (2011), encontrou dados semelhantes aos nossos em relação ao tempo da doença, onde a correlação com a QDV medida pelo SGRQ aparece apenas associada ao domínio dos “Sintomas”, mas sem acrescentar valores significativos ao agravamento da qualidade de vida. Segundo a autora, estes resultados talvez se expliquem pelo facto dos doentes se adaptarem aos sintomas e limitações da doença ao longo do tempo, e apenas percebem o seu impacto quando ocorre um aumento da sua frequência ou da intensidade.

O estadio da DPOC foi das variáveis que mais se correlacionou com a QDV dos doentes com DPOC. Os resultados registam uma relação muito forte entre o estadio da DPOC e os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e “QDV total”. No entanto, não se verificou qualquer relação entre a variável em questão e o domínio dos “Sintomas”. Apesar disto, os nossos resultados aproximam-se dos de outros estudos da área, como é exemplo Pinto et al. (2010), que também só verificou relação para os domínios “Actividades” e “QDV

total”. Stâhl e colaboradores (2005), identificaram que os graus de gravidade de 168 sujeitos com DPOC, classificados segundo a GOLD, afectaram o nível total da pontuação do SGRQ. Havlucu et al. (2005), diz-nos também que o valor de SGRQ aumentou (pior QDV) à medida que o estadio da doença progrediu. Oliveira et al. (2009), comparou os resultados da avaliação da QDV pelo SGRQ entre indivíduos com diferentes graus da doença, concluindo que o domínio das “Actividades” foi o que apresentou sempre maiores pontuações ou seja pior QDV.

No que se refere à variável tratamento não farmacológico não foram encontradas relações com a QDV dos doentes com DPOC. No entanto, ao avaliar de forma individual cada um dos tratamentos, verificamos que existe uma relação forte entre a utilização de oxigenioterapia e os domínios “Actividades” e “QDV total” do SGRQ. Existe, contudo alguma controvérsia em relação ao efeito da oxigenioterapia na QDV dos doentes com DPOC. O trabalho realizado por Carneiro et al. (2010) refere que não existe qualquer relação entre oxigenioterapia e QDV dos doentes com DPOC. Por outro lado Ferreira et al. (2003 apud Dourado et al., 2004), avaliaram a qualidade de vida de pacientes com DPOC e concluíram que aqueles pacientes que faziam oxigenoterapia de longa duração (OLD) eram também aqueles que apresentaram qualidade de vida (SGRQ) significativamente pior que os pacientes sem necessidade da mesma. Estes achados reforçam a necessidade de avaliações mais criteriosas nesse sentido.

7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

As doenças respiratórias representam um peso considerável no grupo das doenças crónicas. Todos reconhecem que os riscos mais importantes para as doenças respiratórias crónicas são o tabagismo, tanto através do acto de fumar, como da exposição ao fumo ambiental, e ainda a deficiente qualidade do ar, interior e exterior.

Das doenças respiratórias crónicas mais frequentes, destacam-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), responsável por grande número de mortes e elevados custos decorrentes dos encargos em saúde e dos dias de trabalho perdidos.

A permanência do carácter progressivo e incurável da DPOC, quanto de várias outras doenças crónicas, tem levado os profissionais de saúde a reflectirem a respeito das verdadeiras necessidades apresentadas por estes doentes e assim, visualizarem novas metas no seu tratamento. Hoje, os profissionais de saúde cuidam dos doentes objectivando, não só aumentar a sua sobrevida, como também minimizar os seus desconfortos e melhorar a qualidade com que os mesmos vivem. A abordagem tanto teórica quanto prática do tema “qualidade de vida” deve interessar portanto a todos os profissionais de saúde sem excepção.

O presente estudo teve em conta conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e factores que nela intervêm, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas que seleccionamos.

Realçar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final é o desafio neste momento se nos coloca. Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, podemos auferir as seguintes conclusões:

- a população estudada é maioritariamente masculina, apresentando uma média de idades de 71,70 anos; são predominantemente casados; detêm baixos níveis de instrução e residem essencialmente em zona rural;
- os indivíduos em estudo encontram-se na sua maioria profissionalmente inactivos e vivem na sua maioria com o companheiro/cônjuge; a quase totalidade dos participantes encontra-se inserida em famílias altamente funcionais.

- apurámos em relação às variáveis clínicas, que a média de internamentos no último ano era baixa; a maioria dos participantes 84% era ou tinha sido fumador, sendo o estadio IV aquele que mais foi registado entre amostra em estudo; em 34% dos doentes a doença tinha sido diagnosticada à mais de 15 anos e dos tratamentos não farmacologicos quase metade da amostra (46%) fazia oxigenioterapia;
- concluimos que a limitação das actividades físicas contribui para o maior prejuízo na QDV, seguida pelos sintomas da doença e por fim o impacto psicossocial;
- apenas um participante apresentou valores inferiores a 10% nos três domínios avaliados, assim como na avaliação da QDV total com um valor de 7,40%, o que representa QDV normal;
- curiosamente na associação entre variáveis sociodemográficas e QDV não se verificou qualquer relação;
- por outro lado, em relação às variáveis clínicas e à qualidade de vida, verificámos que um maior número de internamentos e um estadio mais avançado da DPOC, contribui para uma menor QDV nos doentes com DPOC;
- a relação entre variáveis clínicas mostrou que o estágio da DPOC se relaciona de forma muito forte com o n.º de internamentos no último ano e também de forma forte com dois dos tipo de tratamento estudados – oxigenioterapia e reabilitação respiratória;

As conclusões deste tudo são um contributo que reforçam a legitimidade das investigações na área da qualidade de vida dos doentes com DPOC.

Gostaríamos de deixar algumas sugestões que podem contribuir para a melhoria dos cuidados junto aos doentes com DPOC:

- proporcionar nas unidades de atendimento aos doentes com DPOC, condições e serviços para a avaliação constante da QDV
- dinamizar e desenvolver actividades e/ou atitudes preventivas, de modo a suavizar os condicionalismos próprios de uma doença crónica respiratória;
- proporcionar a estes doentes informação multifacetada sobre a sua doença e orientações sobre as técnicas de conservação de energia;
- incluir o maior número possível de doentes em programas de reabilitação respiratória;

- inculzir hábitos de vida saudáveis e medidas que visem prevenir perdas funcionais, mantendo a pessoa com DPOC com as habilidades físicas necessárias para uma vida independente e autónoma;
- estimular melhoria na intervenção dos prestadores de cuidados aos vários níveis preventivos, curativos e de reabilitação;
- divulgar os resultados dos estudos junto dos cuidadores, dos gestores, partilhando conhecimentos, que poderão contribuir para a construção de novos saberes cruciais para proporcionar melhor qualidade de vida dos doentes com DPOC.

Os resultados do estudo levantam novas interrogações e sugerem novas pistas de investigação. Entre outros aspectos, realçamos a importância de investigar a relação da qualidade de vida nos doentes com DPOC com outras variáveis, tais como grau de dispneia, o IMC, e a presença de comorbilidades. Para futuras investigações, seria de facto de grande interesse a realização de um estudo que vise avaliar qual a influência que um programa de reabilitação respiratória tem na avaliação da QDV dos doentes com DPOC.

Pelo impacto que a DPOC tem, acreditamos que a prossecução da investigação nesta área é fundamental, já que os resultados obtidos são apenas um tónico para a sua continuação.

As doenças crónicas ou incapacitantes, nas quais encontramos a DPOC, exigem mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são aqui indispensáveis para o resgate das capacidades das pessoas, às suas funções orgânicas e motoras. Nesse processo há cuidados que possibilitam o resgate social e a integração do sujeito à sociedade, na reconquista da sua cidadania. A enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia doentes com doenças agudas e crónicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social.

Uma das bases essenciais da reabilitação respiratória é a educação dos doentes e dos seus familiares, e o enfermeiro especialista de reabilitação encontra-se em posição excelente para planear junto com estes um programa de cuidados adequados. A actuação da enfermagem passa por dar poder aos doentes, de forma a que reconheçam e mobilizem as suas forças e capacidades, para vencer as limitações impostas pela doença, e que tanto afectam a Qualidade de Vida.

8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sabemos que num trabalho de mestrado sempre é possível que ocorram falhas na sua elaboração, pois o tempo é exíguo e temos de adoptar um caminho para procurar solucionar as nossas inquietações iniciais que levaram à execução do mesmo. Alguns aspectos referentes às limitações deste estudo são apontados a seguir.

- A amostra foi composta por um número relativamente reduzido de participantes, 50 doentes, o que influencia a possibilidade de generalizar os dados, podendo os nossos resultados apenas serem aplicados a grupos semelhantes aos usados neste estudo.
- Outra limitação é o número reduzido de mulheres no estudo, o que pode também ter influenciado a relação entre géneros.
- Um período maior de estudo com aplicação de um programa de reabilitação respiratória, poderia ser benéfico para analisar com um maior intervalo de tempo possíveis alterações que estatisticamente não foram significativas num único momento.
- Ressalve-se por último referir a dificuldade com que os participantes preencheram o instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida, o SGRQ, não só por ser extenso, mas também pela existência de muitas perguntas na negativa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

ABREU, Isabella Schoerer (2005). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR*. Dissertação de Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 88 pp. Acedido em 29 de Maio de 2011 em http://www.google.pt/search?hl=ptPT&biw=1259&bih=623&q=isabela+shroeder+abreu&oq=isabela+shroeder+abreu&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl.

AGUIAR, Ana Rita Cardoso de (2010). *Avaliação Multidisciplinar de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. 61 pp. Acedido a 23 de Maio de 2011 em http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar_tese.pdf.

ANTOLNELLI-INCALZI, R.; IMPERIALE, C.; BELLIA, V.; CATALANO, F.; SCICHILONE, N.; PISTELLI, R.; RENGO, F. (2003). Do Gold stages of Copd severity really correspond to differences in health status? *European Respiratory Journal*. UK. 22, 444-449. Acedido a 4 de Junho de 2011 em <http://www.ersj.org.uk/content/22/3/444.full.pdf>

ARAÚJO, A. Teles (2011). *Epidemiologia da DPOC em Portugal e no mundo*. [S.l.:s.n.]. Acedido a 17 de Abril de 2011 em <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/upload/File/Epidemiologia%20da%20DPOC%20em%20Portugal%20e%20no%20mundo.pdf>.

ARREGUI, M. A. Aibar ; EZQUERRA, K. Laborda; LÓPEZ, F. Conget (2007). Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*. 24(10), 473-477. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci_abstract

AZEREDO, Z.; MATOS, E. (1998). Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*. 2(20), 28-30

B

BARTHOLO, Thiago Prudente; GOMES, Margareth Martins; FILHO, Arnaldo José Noronha (2009). DPOC – o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 79-84. Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/13.pdf. ISSN 1415-4315.

BRUM, Crhis Netto de; LANGENDORF, Tassiane Ferreira (2009). Uma reflexão teórica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Revista Espaço Acadêmico*. Maringá. 9(101), 139-146. Acedido a 9 de Novembro de 2010 em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/issue/view/362>. ISSN 1519-6186. ISSN 1519-6186.

C

CAMELIER, Aquiles; ROSA, Fernanda Warken; SALMI, Christine; NASCIMENTO, Oliver Augusto; CARDOSO, Fábio; JARDIM, José Roberto (2006). Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 32 (2), 114-122. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1806-37132006000200006&script=sci_arttext

CARNEIRO, Rui; SOUSA, Cristiana; PINTO, Alexandre; ALMEIDA, Fernanda; OLIVEIRA, Júlio R.; ROCHA, Nelson (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5), 759-777. ISSN 0873-2159

CARVALHO, José Carlos Marques de (2002). *Transplantação de progenitores hematopoiéticos: qualidade de vida e coping*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. 111 pp. Acedido a 10 de Maio de 2011 em <http://www.google.pt/search?hl=ptPT&sa=X&ei=x3fnTbrnFMbJhAe6srWqCg&ved=0CBcQBsgA&q=QDV+nos+transplantados&spell=1&biw=1259&bih=623>

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos, CREPALDI, André Luiz (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*. São Paulo. 26(4), 207-213. Acedido a 9 de Novembro de 2010 em <http://www.scificircle.com/pt/75089/qualidade-vida-doencas-pulmonares-cronicas-aspectos/>. ISSN 0102-3586.

COSME; Alexandra Filipa; MARTINS, Liliana Maria Bernardes (2006). Cuidar do Doente com DPOC – Que incapacidades do doente? Que competências exigidas aos Enfermeiros?. *Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 66, 47-49

COTE, Claudia G.; CELLI, Bartolome R. (2006). Novas estratégias de tratamento na DPOC – Juntar as novas estratégias com as experimentadas e as verdadeiras. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 25(4), 23-32

COUTO, Tatiana Mesquita Barbosa (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, apresentada à Universidade de Aveiro, Univerdade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Acedido a 4 de Abril de 2011 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010001275>

D

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* – Circular Normativa n.º 4/DGCG. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 4 Fevereiro de 2011 em <http://www.dgs.pt/>.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2007). *Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC)* – Circular Informativa n.º 9/DSPCS. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Abril de 2011 em <http://www.dgs.pt/?cr=11081>.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas, uma abordagem integradora*. Lisboa, Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)* – Circular Informativa n.º 40A/DSPCD. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 12 Maio de 2011 em <http://www.dgs.pt/>.

DIAS, Maria Aurelina Alves Ribeiro (2006). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a vida. Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de especialização em Actividade Física Adaptada, apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto. Acedido a 29 de Maio de 2011 em http://sigarra.up.pt/fadeup/publs_pesquisa.FormView?P_ID=4922.

DOHERTY, Dennis E.; CHAPMAN, Kenneth R.; MARTINEZ, Fernando J.; BELFER, Mark H. (2008a). Diagnóstico precoce: melhorando o prognóstico. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 29(4), 11-22

DOHERTY, Dennis E.; CHAPMAN, Kenneth R.; MARTINEZ, Fernando J.; BELFER, Mark H. (2008b). Tratamento multifacetado da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 29(4), 26-38

DOURADO, Victor Zuniga; ANTUNES, Letícia Cláudia de Oliveira; CARVALHO, Lídia Raquel de; GODOY, Irma (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 30 (3), 207-214. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a05.pdf>

F

FARIA, Inês; CLEMENTE, Susana; RODRIGUES, Fátima (2006). O Treino de Exercício e o Doente com DPOC – Uma Corrida para a Saúde. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. Lisboa: Edidoctus. ISSN 0870-8363. 19(4), 173-175

FERNANDES, Alba Barros Souza (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 71-78. Acedido a 23 de Junho de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/12.pdf

FERREIRA, Susana; NOGUEIRA, Carla; CONDE, Sara; TAVEIRA, Natália (2009). Ventilação não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 15(4), 655-667. ISSN 0873-2159.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5

G

GALVEZ, D. S.; MALAGUTI, C.; BATTAGIM A. M.; NOGUEIRA, A.; VELLOSO M. (2007). Avaliação do aprendizado de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em um programa de reabilitação pulmonar. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 11(4), 311-317. Acedido a 23 de Junho de 2011 em http://www.physionext.com/?page_id=1076

GONÇALVES, Miguel R.; PINTO, Tiago (2008). Ventilação Mecânica não Invasiva: Novos Horizontes para a Intervenção da Fisioterapia. *EssFisiOnline*. Instituto Politécnico de Setúbal. 4(2), 655-667. Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol4n2.pdf. ISSN 1646-0634

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE –GOLD (2006). *Estratégia Global para o Diagnóstico Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Acedido a 12 de Maio de 2011 em <http://www.goldpoc.com.br/documentos.php>.

H

HAVLUCU, Yavuz; PINAR, Çelik; GÖNÜL, Dinç; AYSIN, Sakar; ARZU, Yorgancioğlu (2005). Assessment of Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkish Respiratory Journal*. 6 (2), 78-83. Acedido a 3 de Junho de 2011 em http://toraks.dergisi.org/trj/pdf/pdf_TRJ_425.pdf

I

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009). *Anuário Estatístico de Portugal 2008*. Lisboa, Portugal. ISBN 978-972-673-998-2

J

JONES, Paul W.; FORDE, Yvonne (2008). *St George's respiratory questionnaire for copd patients (SGRQ-C) Manual*. London, St. Georges, University of London

K

KERKOSKI, Edilaine; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da (2010). Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro. 14(4), 825-832. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a24.pdf>

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso (2007). Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus*. Guarapuava: Universidade Estadual do Centro-Oeste. 1(1), 13-15. Acedido a 11 de Maio de 2011 em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/12.pdf>. ISSN 1980-2404

L

LEAL, Carla Manuela da Silva (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. [s.l.] Universidade dos Açores. Acedido a 11 de Maio de 2011 em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

LEIDY, Nancy Kline (2010). Abordagem de aspectos comportamentais e emocionais da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 33(2), 33-40

M

MAGALHÃES, Maria Manuela Almendra (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau. ISSN 0874-7695. n.º 20, 26-39

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria (2006). *Metodologia Científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz: Departamento de Psicología y Sociología de la Educación. 325 pp.

MATOS, Ana Paula Soares; MACHADO, Ana Cláudia Cardoso (2007). Influência de Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 23(2), 139-148. Acedido a 7 de Dezembro de 2010 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000200004&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-3772

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 5(1), 7-18. Acedido a 25 Maio de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002 ISSN 1413-8123

MOREIRA, Graciane Laender [et al] (2009). Versão em português do Chronic Respiratory Questionnaire: estudo da validade e reprodutibilidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35 (8), 737-744. Acedido a 16 de Maio de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800004

MORGADO, Manuel (2006). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Boletim do CIM*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. 1(2). Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2219.pdf

O

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS –ONDR (2009). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2009*. Lisboa. Acedido a 16 de Abril de 2011 em http://www.ondr.org/relatorios_ondr.html

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS –ONDR (2008). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008*. Lisboa [s.n.]. Acedido a 16 de Abril de 2011 em <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf>

OLIVEIRA, Flávio Boechat de; VALE, Rodrigo Gomes; GUIMARÃES, Fernando Silva; BATISTA, Luiz Alberto; DANTAS, Estélio H. M. (2009). Efeitos do grau de DPOC sobre a qualidade de vida de idosos. *Fisioterapia em Movimento*. Curitiba. 22 (1), 87-93. Acedido a 2 de Junho de 2011 em <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM/view/?dd1=2620>

OSMAN, I. M.; GOLDDEN, D. J.; LEGGE, J.S.; DOUGLAS, J. G. (1997). Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 46(1), 67-71. Acedido a 4 de Junho de 2011 em <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>

P

PAGANI, Noeli (2008). *Percepção sobre Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 87 pp. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5245/1/2008_NoeliPagani.pdf

PEREIRA, Ângela Maria Correia de Figueiredo Abreu (2009). *Benefícios do treino de exercício físico na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Treino Combinado versus Treino Aeróbio*. Dissertação de Doutoramento no ramo da Motricidade Humana na especialidade de Fisioterapia, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. 218 pp. Acedido a 4 de Abril de 2011 em <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1748>

PEREIRA, Eanes Delgado Barros; PINTO, Renata; ALCANTARA, Marcelo; MEDEIROS, Marta; MOTA, Rosa Maria Salani (2009). Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35(8), 730-736. Acedido a 3 de Junho de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800003

PESSÔA, Carlos Leonardo Carvalho; PESSÔA, Roberta Suarez (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 7-12. Acessado a 17 de Abril de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/02.pdf.

PETTY, Thomas L. (2006). Fazer frente à crescente ameaça da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 25(4), 35-38

PINTO, Juliana Maria de Sousa; GONZÁLEZ, Jacinto Ramos; ARENILLAS, José Ignacio Calvo; NOGUERAS, Ana María Martín; GÓMEZ, Francisco Pedro Gómez (2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (4), 543-558. ISSN 0873-2159

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

R

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; ATIE, Soraya; SOUZA, Amaro Crispim de; SCHLITZ, Arthur Orlando (2008). A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 13(4), 1265-1273. Acessado a 25 de Maio de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext. ISSN 1413-8123

RIES, Andrew L. (2010). O crescente papel da reabilitação na DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 33(2), 26-32

S

SANTOS, Salomé Vieira (2006). Qualidade de Vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 7(1), 89-94. Acedido a 26 de Maio de 2011 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1645-00862006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt ISSN 1645-0086

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(2), 580-588. Acedido a 26 de Maio de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

SILVA, Ana; ROMÃO, Cândida; PAVÃO, Donária; PEREDO, Fernanda; REIS, R. Palma dos (2006). A Adaptação Psicológica do doente com DPOC. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. Lisboa: Edidoctus. ISSN 0870-8363. 19(3), 127-130

SILVA, José Maria Azenha Rodrigues (2004). *Qualidade de Vida no doente respiratório crónico*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 173 pp.

SILVA, Maísa Shiramizu (2011). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 89 pp. Acedido a 13 de Junho de 2011 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01062011-093604/fr.php>

SOUSA, Thais Costa da; JARDIM, José Roberto; JONES, Paul (2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica no Brasil. *Jornal de Pneumologia*. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 26(3), 119-128. Acedido a 12 de Maio de 2011 em <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>. ISSN 0102-3586

STÅHL, Elisabeth [et al] (2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes*. 3 (56), 1-8. Acedido a 8 de Junho de 2011 em <http://www.springerlink.com/content/f302143v07q61r4n/fulltext.pdf>

V

VARGAS, A. M Fernández; ZAFRA, M. J. Bujalance; FERNÁNDEZ, F. Leiva; CRESPO, F. Martos; RUÍZ, A. J. García; ALARCÓN, F. Sánchez de la Cuesta y (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*. 11(9), 530-539. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/original1.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Percepção dos Doentes com DPOC sobre a QDV (SGRQ)

	SINTOMAS		ACTIVIDADES		IMPACTO PSICOSSOCIAL		QDV TOTAL	
	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE
1	222	33,51%	642,8	53,16%	254,2	12,00%	1119	28,05%
2	458,2	69,16%	954,7	78,96%	1639,5	77,42%	3052,4	76,51%
3	442,6	66,81%	718,9	59,46%	868,2	41,00%	2029,7	50,88%
4	271,9	41,04%	1053	87,09%	910,6	43,00%	2235,5	56,04%
5	440,8	66,54%	576,2	47,66%	511,7	24,16%	1528,7	38,32%
6	289,9	43,76%	356,6	29,49%	183,4	8,66%	829,9	20,80%
7	0	0,00%	501,7	41,49%	201,1	9,50%	702,8	17,62%
8	186,5	28,15%	648,3	53,62%	589,9	27,85%	1424,7	35,71%
9	490,3	74,01%	731,1	60,47%	517	24,41%	1738,4	43,58%
10	168,4	25,42%	375,9	31,09%	273,1	12,90%	817,4	20,49%
11	422,6	63,79%	718,9	59,46%	1308,9	61,80%	2450,4	61,42%
12	616,4	93,04%	910,5	75,30%	642	30,31%	2168,9	54,37%
13	200,6	30,28%	432,7	35,79%	110,3	5,21%	743,6	18,64%
14	229,9	34,70%	358,2	29,63%	64,8	3,06%	652,9	16,37%
15	256	38,64%	576,6	47,69%	241,2	11,39%	1073,8	26,92%
16	571,3	86,23%	731,1	60,47%	1089	51,42%	2391,4	59,94%
17	443,9	67,00%	737,4	60,99%	1147,9	54,20%	2329,2	58,38%
18	331,7	50,07%	883,1	73,04%	1004	47,41%	2218,8	55,62%
19	391,6	59,11%	892,3	73,80%	1252,7	59,15%	2536,6	63,58%
20	404,3	61,03%	1118,5	92,51%	984,6	46,49%	2507,4	62,85%
21	313,1	47,26%	956,9	79,14%	890,4	42,04%	2160,4	54,15%
22	554	83,62%	957,3	79,17%	974	45,99%	2485,3	62,30%
23	407,4	61,49%	1118,5	92,51%	1390,2	65,64%	2916,1	73,10%
24	104,7	15,80%	432,9	35,80%	199,1	9,40%	736,7	18,47%

25	249,6	37,68%	648,3	53,62%	833,7	39,37%	1731,6	43,41%
26	329,8	49,78%	801,7	66,31%	754,5	35,63%	1886	47,28%
27	407,4	61,49%	718,9	59,46%	831,2	39,25%	1957,5	49,07%
28	107	16,15%	648,3	53,62%	269,9	12,74%	1025,2	25,70%
29	440	66,42%	883,1	73,04%	1063,3	50,21%	2386,4	59,82%
30	354,7	53,54%	576,6	47,69%	464,8	21,95%	1396,1	35,00%
31	148,4	22,40%	793,1	65,59%	305,8	14,44%	1247,3	31,27%
32	364,7	55,05%	731,1	60,47%	833,9	39,38%	1929,7	48,37%
33	354,7	53,54%	731,1	60,47%	819,2	38,68%	1905	47,75%
34	326,1	49,22%	504,3	41,71%	279	13,17%	1109,4	27,81%
35	209	31,55%	648,3	53,62%	556,1	26,26%	1413,4	35,43%
36	450,6	68,02%	956,9	79,14%	1562,8	73,79%	2970,3	74,45%
37	389,5	58,79%	956,9	79,14%	1212,4	57,25%	2558,8	64,14%
38	58,3	8,80%	71,6	5,92%	165,3	7,81%	295,2	7,40%
39	436,6	65,90%	956,9	79,14%	464,2	21,92%	1857,7	46,57%
40	235,9	35,61%	809,5	66,95%	1037,8	49,00%	2083,2	52,22%
41	600,5	90,64%	1118,5	92,51%	1561,3	73,72%	3280,3	82,23%
42	0	0,00%	648,3	53,62%	246,6	11,64%	894,9	22,43%
43	260	39,25%	718,9	59,46%	549,5	25,95%	1528,4	38,31%
44	59,5	8,98%	358,2	29,63%	327,8	15,48%	745,5	18,69%
45	243,3	36,72%	504,3	41,71%	648,1	30,60%	1395,7	34,99%
46	207,5	31,32%	801,7	66,31%	715,6	33,79%	1724,8	43,23%
47	192,1	29,00%	90,6	7,49%	325,5	15,37%	608,2	15,25%
48	349,5	52,75%	1209,1	100,00%	1718,3	81,14%	3276,9	82,14%
49	554,4	83,68%	966,5	79,94%	1187,7	56,08%	2708,6	67,89%
50	315,3	47,59%	358,2	29,63%	260,2	12,29%	933,7	23,40%

ANEXOS

ANEXO I
Autorização Institucional para a realização do Estudo no serviço de Pneumologia do
CHC, EPE



CHC Centro Hospitalar
de Coimbra, E.P.E.

SUA REFERÊNCIA 986
15-11-2010
NOSSA REFERÊNCIA 1711/Sec
23-11-2010

Exmº. Senhor
Prof. Coordenador João Carvalho Duarte
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO Pedido de autorização para efectuar colheita de dados – “Qualidade de vida da Pessoa com DPOC” – Gabriela Maria da Silva Farias

*Conselho de
Administração*

Cumpre-nos informar V. Exa. que o pedido para a realização do trabalho de investigação, acima melhor identificado, foi autorizado, face ao parecer favorável do Enfermeiro Chefe do Serviço de Pneumologia e do Director do Serviço de Pneumologia.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director
do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.



(Enf. António Sampaio)

/AH

C/c Enfermeiro-Chefe do Serviço de Pneumologia Enf. Jorge Leitão
Director do Serviço de Pneumologia

www.chc.min-saude.pt

Hospital Geral e Serviços Centrais
Quinta dos Vales, S. Martinho do Bispo
3041-853 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 800 100 Fax +351 239 447 820

Hospital Pediátrico
Avenida Bissaya Barreto
3000-076 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 480 200 Fax +351 239 480 225

Maternidade de Bissaya Barreto
Rua Augusta
3000-061 Coimbra, Portugal
Tel. +351 239 480 400 Fax +351 239 483 910

ANEXO II**Declaração de Consentimento**

Designação do Estudo: “Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC”

Eu, abaixo – assinado _____ ,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo “Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC”, sobre os objectivos, os métodos, os benefícios do estudo, a garantia da confidencialidade, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias. Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação, pelo que me posso negar a responder às questões que me são feitas no estudo. Por isso, consinto em participar no estudo que me está a ser proposto, respondendo às questões que me são colocadas.

_____/_____/____

Assinatura: _____

ANEXO III**Instrumento de Recolha de Dados**

1 – Idade _____

2 – Sexo: Masculino Feminino

3 – Estado Civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Separado

4 – Formação Literária

Não sabe ler e escrever

1º ciclo escolar

2º ciclo escolar

3º ciclo escolar

12º ano

Curso superior

Outro (especifique) _____

5 – Zona de Residência

Urbana

Rural

6 – Situação Profissional

Empregado(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)

Outra (especifique) _____

7 – Agregado Familiar

Vive sozinho(a)

Vive com companheiro(a)

Vive com parentes

Vive com outros

8 – Número de internamentos no último ano _____

8 a) – Fumador Ex-Fumador Não Fumador

9 – Antiguidade de doença (tempo em anos)< a 1 ano Entre 1 a 5 anos Entre 5 a 10 anos Entre 10 a 15 anos > a 15 anos **10 – Estádio da DPOC: Estád. I Estád.II Estád. III Estád. IV** **11 – Tipo de tratamento: Oxigenoterapia: Sim Não** Ventiloterapia: Sim Não **12 – Cinesiterapia Respiratória: Sim Não** **13 – Reabilitação Respiratória ao Esforço: Sim Não** **APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

Responda às questões usando a seguinte escala

① Quase nunca

① Algumas vezes

② Quase sempre

1 – Estou satisfeito com ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa

① ① ②

2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema

① ① ②

3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida

① ① ②

4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor

① ① ②

5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família

① ① ②

Questionário do Hospital St. George na Doença Respiratória (SGRQ)

Este questionário ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o/a perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que lhe causam mais problemas. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos e as enfermeiras acham que são os seus problemas.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver. Não perca muito tempo nas suas respostas.

Antes de preencher o questionário:

Assinale com "x" a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual:

Muito Bom (1) Bom (2) Moderado (3) Mau (4) Muito Mau (5)

PARTE 1

Para cada uma das perguntas seguintes, assinale a resposta que melhor corresponde aos seus problemas respiratórios, nos últimos 3 meses.

Assinale um só quadrado para cada pergunta.

	Maioria dos dias da semana	Vários dias na semana	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante os últimos 3 meses tossi:	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
2. Durante os últimos 3 meses tive expectoração:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante os últimos 3 meses tive falta de ar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante os últimos 3 meses tive crises de pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:	Mais de 3 crises <input type="checkbox"/> (4)	3 crises <input type="checkbox"/> (3)	2 crises <input type="checkbox"/> (2)	1 crise <input type="checkbox"/> (1)	Nenhuma crise <input type="checkbox"/> (0)
6. Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 semana ou mais <input type="checkbox"/> (3)	3 ou mais dias <input type="checkbox"/> (2)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (1)	Menos de 1 dia <input type="checkbox"/> (0)	
7. Durante os últimos 3 meses, numa semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve?	Nenhum dia <input type="checkbox"/> (4)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (3)	3 ou 4 dias <input type="checkbox"/> (2)	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias <input type="checkbox"/> (0)
8. Se tem pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito), ela é pior de manhã?	Não <input type="checkbox"/> (0)	Sim <input type="checkbox"/> (1)			

PARTE 2

Secção 1 *Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:*

	É o meu maior problema	Causa-me muitos problemas	Causa-me alguns problemas	Não me causa nenhum problema
	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Se tem ou já teve um trabalho pesado, assinale uma das perguntas:

A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	A minha doença respiratória interfere (ou interfereu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho
<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Secção 2 *Perguntas sobre as actividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias. Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:*

	Concordo	Não Concordo
Quando estou sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
A tomar banho ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 3 *Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar nos últimos dias. Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:*

	Concordo	Não Concordo
A minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
A minha tosse cansa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando me inclino para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico muito cansado/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, nos últimos dias.
Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não Concordo
A minha tosse ou a falta de ar, envergonham-me em público	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)
A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo ou receio ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho controle sobre a minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não espero melhoras da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tornou-me fisicamente diminuído/a ou inválido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que faço, parece-me ser um esforço excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 5

Perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória. Caso não tenha medicação, passe para a Secção 6.
Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não Concordo
A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)
Tenho vergonha de tomar os medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação interfere muito com o meu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 6

As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória.

Assinale com "x" a resposta "concordo" se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale "não concordo".

	Con- cordo	Não Con- cordo
Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho ou um duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo com tarefas como o trabalho da casa, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lance de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado ou se caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar à bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou o quintal, caminhar depressa (8 quilómetros/hora), jogar ténis ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade, ou praticar desportos muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 7

Gostaríamos de saber como é que a sua doença respiratória habitualmente afecta o seu dia a dia.

Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo".

(Não se esqueça que "concordo" só se aplica ao seu caso, quando não puder fazer esta actividade, devido à sua doença respiratória).

Assinale todas as perguntas que se aplicam a si.

	Con- cordo	Não Con- cordo
Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Não sou capaz de sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. (Não tem que assinalar nenhuma das actividades. Pretende-se apenas lembrar-lhe de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar.)

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou tratar do jardim ou do quintal
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ao café, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória:

Assinale com "x" (só um) a resposta que melhor define a forma como é afectado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer

(0) (1) (2) (3)

ANEXO IV
Autorização para aplicação do SGRQ



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 29 de Junho de 2011

Exma. Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição de estado de saúde SGRQ (*St. George Respiratory Questionnaire*) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507