

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“É preciso sentir a necessidade da experiência, da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender.”

Émile Durkheim

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento. Pela sua sabedoria e postura académica, grata por todo o tempo que me dispensou.

Aos participantes deste estudo deixo a minha gratidão pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

Aos profissionais da Unidade Local de Saúde da Guarda em especial à equipa multidisciplinar do serviço de Pneumologia pela disponibilidade e apoio, sem os quais este trabalho não seria possível.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram, e sem os quais a minha existência perde o significado.

A todos aqueles que não estão denominados nesta página, mas que contribuíram para a realização desta dissertação.

A todos o meu Muito Obrigado

Dedicatória

Ao meu companheiro José que esteve sempre presente.

Resumo

Enquadramento: As doenças respiratórias atingem uma grande parte da população portuguesa, e são responsáveis por limitar as atividades de vida da pessoa, (AVD's), desencadeando por isso, alterações na Qualidade de vida (Qvd). O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) através de um programa e reabilitação respiratória (RR) adequado, é essencial na melhoria desta Qvd, levando a pessoa maximizar o seu potencial funcional e a encontrar mecanismos de adaptação para a sua vida.

Objetivos: Avaliar o bem-estar e a Qvd da pessoa com patologia respiratória submetidos às intervenções do EEER em programa de RR num primeiro e segundo momentos. Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam a Qvd e estudar o impacto das intervenções do EEER na Qvd da amostra.

Métodos: Estudo quase experimental descritivo, correlacional e transversal. Os dados foram colhidos numa amostra não probabilística por conveniência de 40 pessoas com patologia respiratória diagnosticada, e internados no serviço de pneumologia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda; O instrumento de recolha de dados consistiu num conjunto de questões de caracterização sociodemográfica, questões clínicas, intervenções do EEER, e na aplicação do Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Resultados: A amostra é maioritariamente do género masculino (70,0%), com idade superior aos 75 anos (55,0%) em média -72,15 anos. 55,0%, são casados ou vivem em união de facto. Mais de metade dos doentes reside em meio rural (62,5%) e 75% da amostra refere ter apoio familiar quase sempre.

A avaliação da Saturação Periférica de Oxigénio (SPO₂), mostrou (na 2ª avaliação), valores mais elevados, (95-100%), existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$), o que significa que houve uma melhoria clínica. São os doentes com diagnóstico da doença há menos de 1ano os que apresentam melhor Qvd nos vários domínios e fator global, com diferenças estatisticamente significativas no domínio das atividades ($X^2=8,005$; $p=0,046$) e no fator global ($X^2=10,106$; $p=0,018$). São os doentes seguidos em consulta que também manifestam melhor Qvd em todos os domínios e fator global, com diferenças estatísticas no domínio das atividades ($X^2=120,500$; $p=0,038$) e no fator global ($X^2=108,000$; $p=0,017$). Apurou-se igualmente que são os que recorrem a um EEER para a RR, os que apresentam melhor Qvd em todos os domínios (sintomas $p= 0,059$; atividades $p= 0,198$; impacto psicossocial $p=0,753$ e fator global $p=0,158$), em prejuízo dos que recorrem a outros profissionais de saúde.

Quanto á avaliação da Qvd, constatou-se que a amostra evidenciava uma melhor Qvd no global, ($M=42,80\pm 21,67$) na 2ª avaliação, isto é, após o programa de RR, particularmente no domínio impacto psicossocial ($M=34,60 \pm 21,61$), seguindo-se o domínio dos sintomas ($M=44,04\pm 21$)

Conclusões: Existe de facto uma melhoria na Qvd da pessoa com patologia respiratória após o programa de RR, isto é, houve diferenças positivas entre a Qvd inicial e a posterior à intervenção do EEER.

As evidências encontradas destacam a importância da intervenção do EEER, aos doentes, no que respeita à melhoria na Qvd. É por isso, pertinente a implementação de um programa RR adequado, individualizado e precoce, de modo a obter um efeito favorável na saúde dos doentes, melhorar a morbilidade e a manutenção de uma Qvd adequada.

Palavras-chave: Bem-Estar; Qualidade de Vida; Qualidade de Vida relacionada com a Saúde; Enfermeiro de Reabilitação; Reabilitação Respiratória.

Abstract

Background: Respiratory diseases affect a large part of the Portuguese population and are responsible for limiting people's life activities (ADLs), triggering, therefore, changes in the Quality of life (QoL). The role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) through an adequate respiratory program and rehabilitation (RR) is essential to improve the QoL, leading to the person maximizing the functional potential and finding adaptive mechanisms for the life.

Objectives: To evaluate the well-being and QoL of a person with respiratory pathology submitted to the EEER interventions in the RR program in the first and second moments. To verify the association between the sociodemographic and clinical variables that influence QoL and to study the impact of EEER interventions on QoL of the sample.

Methods: Almost experimental, descriptive, correlational and cross-sectional study. The data was collected in a non-probabilistic sample with the convenience of 40 people with respiratory diseases and admitted to the pulmonology department of the Local Health Unit (ULS) of Guarda; The data collected consist in the set of sociodemographic characterization and clinical issues, EEER interventions, and the application of the Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Results: The sample was predominantly male (70.0%), older than 75 years (55.0%) and the average was 72.15 years. 55.0% were married or were living together. More than half of the patients lived in rural areas (62.5%) and 75% of the sample reported had family support.

The Oxygen Peripheral Saturation (SPO₂) evaluation showed higher values (95-100%) in the second evaluation, with statistically significant differences ($p = 0.027$), which means that there was a clinical improvement.

Patients with a diagnosis of the disease for less than 1 year had the best QoL in the various domains and a global factor, with statistically significant differences in the activities domain ($X^2 = 8.005$, $p = 0.046$) and in the overall factor ($X^2 = 10.106$; $p = 0.018$). Patients were followed up in consultation who also showed better QoL in all domains and overall factor, with statistical differences in the activities domain ($X^2 = 120,500$; $p = 0,038$) and in the overall factor ($X^2 = 108,000$; $p = 0.017$). It was also established that those who used an EEER for RR had the highest QoL in all domains (symptoms $p = 0.059$, activities $p = 0.198$, psychosocial impact $p = 0.753$ and general factor $p = 0.158$), to the detriment of those who resort to others Health professionals.

Regarding the evaluation of QoL, it was founded that the sample showed a better QoL overall, ($M = 42.80 \pm 21.67$) in the second evaluation, that is, after the RR program, particularly in the psychosocial impact domain ($M = 34.60 \pm 21.61$), followed by the symptom domain ($M = 44.04 \pm 21$).

Conclusions: There is in fact an improvement in the QoL of people with respiratory pathologies after the RR program. There were positive differences between the initial and the posterior QoL after the EEER intervention.

The evidences founded the importance of the EEER intervention to the patients, regarding the improvement in QoL. It is therefore appropriate to implement an adequate, individualized and early RR program in order to achieve a favorable effect on the health of patients, improve morbidity and the maintenance of an adequate QoL.

Keywords: Well-being; Quality of life; Health Related Quality of life; Specialist in Rehabilitation Nursing; Respiratory Rehabilitation.

Índice

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Introdução	19
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	23
1- Bem-estar e Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Respiratória	25
1.1 - Conceito de Bem-estar	25
1.2 - Conceito de Qualidade de vida	28
1.2.1- Qualidade de Vida Relacionada com Saúde	32
2- A Pessoa com Patologia Respiratória	37
3 - As Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Patologia Respiratória	41
3.1 - Conceitos e Componentes da Reabilitação Respiratória.....	45
3.2 - Programas de Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Reabilitação Respiratória	47
2ª PARTE – Estudo Empírico	57
1 - Metodologia	59
1.2 - Objetivos.....	60
1.3 - Tipo de Estudo.....	61
1.4 - Variáveis e a sua operacionalização	62
1.5 - Hipóteses.....	64
1.6 - População e Amostra.....	64
1.7 - Instrumento de Colheita de Dados	65
1.8 - Considerações ético-legais	68
1.3 - Tratamento Estatístico	69
2– Apresentação e Análise dos resultados	73
3- Discussão dos Resultados	89
4 - Conclusões e Sugestões	99
Referências Bibliográficas	105

Anexos.....	123
Anexo I - Pedido de autorização para a colheita de dados na ULS Guarda – Serviço de Pneumologia	125
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado.....	129
Anexo III - Instrumento de colheita de dados	133
Anexo IV –Autorização da Comissão Ética da ULS Guarda	143

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica	74
Tabela 2. Estatísticas relativas à idade	75
Tabela 3. Caracterização clínica	76
Tabela 4. Estatísticas relativas ao SPO ₂ da 1 ^a e 2 ^a avaliação	77
Tabela 5. Teste T de Student entre os valores de ao SPO ₂ nos dois momentos de avaliação	77
Tabela 6. Caracterização das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	78
Tabela 7. Avaliação do estado de saúde atual nos dois momentos de avaliação.....	79
Tabela 8. Análise descritiva da Qvd e dos seus domínios	80
Tabela 9. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o género e a Qvd.....	81
Tabela 10. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a idade e a Qvd.....	81
Tabela 11. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o estado civil e a Qvd.....	82
Tabela 12. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a área de residência e a Qvd	82
Tabela 13. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o agregado familiar e a Qvd	83
Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o apoio familiar e a Qvd	83
Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre as habilitações literárias e a Qvd	83
Tabela 16. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre as habilitações literárias e a Qvd	84

Tabela 17. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o diagnóstico e a Qvd.....	84
Tabela 18. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o tempo de diagnóstico e a Qvd	85
Tabela 19. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre ser seguido em consultas e a Qvd	85
Tabela 20. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o profissional a que recorre para realizar RR e a Qvd	86
Tabela 21. Estatísticas relativas à Qvd no 1.º momento <i>versus</i> 2.º momento.....	87

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ATS - American Thoracic Society

AVD – Atividade de Vida Diária

BES – Bem-Estar Subjetivo

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DP - desvio padrão

DRC – Doenças Respiratórias Crónicas

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

M - Média

Max - máximos

Min - mínimos

Mo – Moda

n - Frequências absolutas

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordenações Médias

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

P.ex. – Por exemplo

p – Nível de significância

PNDR – Plano Nacional das Doenças Respiratórias

Qvd – Qualidade de vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

RR – Reabilitação Respiratória

Sr^a – Senhora

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SGRQ - St. George's Respiratory Questionnaire

ULS – Unidade Local de Saúde

t- Teste t Student

UMW – Teste U- Whitney

X² - Teste Qui Quadrado

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

% – percentagem

± - mais ou menos

< – menor que

≤ – menor ou igual

= – igual

> – maior que

≥ – maior ou igual

χ^2 – Qui-quadrado

α – alfa

Introdução

As doenças respiratórias crônicas (DRC), atingem atualmente uma parte bastante substancial da população portuguesa (40%). Estas doenças, para além do sofrimento individual e familiar que causam (considerando a sua contínua prevalência), podem ser consideradas um peso elevado no orçamento da saúde, sendo responsáveis por elevado número de reformas antecipadas e ausências ao trabalho, constituindo-se assim como um grande problema a nível da saúde pública (Araújo, 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) prevê que em 2030 possa ser a quarta causa de mortalidade, apoiando esta previsão, essencialmente, no aumento da longevidade e no elevado consumo de tabaco observado.

Respirar é um ato essencial à vida que acontece de forma natural e involuntária, mas quando se instalam alterações patológicas, ocorre um forte impacto na capacidade para a realização das AVD's.

Considerando a ampla perturbação que as vivências destas doenças representam para o indivíduo, torna-se imprescindível avaliar o seu impacto na Qvd do doente. E não só, recorrendo-se à vasta literatura acerca do conceito, é igualmente verdade que a avaliação de Qvd permite, inclusivamente, verificar a eficácia dos tratamentos e dos cuidados prestados.

Definir Qvd torna-se uma tarefa bastante complexa, pois trata-se de um conceito que tem sido aplicado em variadas situações: no senso comum em geral, política, jornalismo, economia, geografia, filosofia, sociologia e, principalmente em áreas da saúde como a psicologia, medicina e enfermagem, em consequência do grande avanço tecnológico das ciências da saúde, sendo por isso difícil a sua clarificação. (Boery, 2003 citado por Pagani, 2008)

A Qvd assume desta forma caráter subjetivo, relacionado com os sentimentos de satisfação e perceção da saúde, e caráter multidimensional, englobando aspetos como a interação com o meio, a funcionalidade e a capacidade cognitiva. (Paschoal, 2011). De acordo com Feliz (2012), a saúde de cada pessoa assume-se também como uma variável essencial para a aquisição da Qvd em termos gerais.

Em contexto de saúde e doença, a Qvd emerge como um indicador do estado de saúde, ou seja, a saúde é um componente determinante da Qvd, embora esta dependa de outros domínios para além da saúde. (Ribeiro, 2002)

Assim, o interesse pela Qvd relaciona-se com aspetos relacionados com a doença ou o tratamento, desenvolvendo-se um outro conceito: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Scattolin, 2006). Trata-se de um conceito específico do sistema de cuidados de saúde podendo ter um sentido geral ou específico para cada doença e, permite avaliar o impacto da doença sobre a Qvd, auxiliando na escolha terapêutica mais eficaz (Litvoc e Romano, 2007). A QVRS embora sendo um conceito mais estreito que a Qvd global é muitas vezes usada “como sinónimo de estado de saúde, estado funcional ou apenas qualidade de vida” (Dias, 2006, p. 29)

O EEER integrado nas equipas de saúde desempenha um papel basilar determinante no processo de cuidados, na reabilitação e na reintegração das pessoas no ambiente familiar, potenciando o seu desenvolvimento.

Os programas de RR, com a intervenção EEER surgem como uma possibilidade de mediar, entre outros aspetos, a melhora da dispneia associada às AVD's e, conseqüentemente, melhorar a Qvd. (Esmond, 2005)

A RR é definida como uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação extensiva dos doentes, seguida por tratamentos individualizados, desenhados para melhorar a condição física e emocional de pessoas com DRC, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, (OE) 2010). A RR deve ser integrada no processo de cuidar da pessoa com patologia respiratória, através de um programa personalizado que promova a manutenção ou recuperação da sua independência para o autocuidado, da sua autonomia e conseqüente maximização da Qvd.

Como referimos anteriormente as doenças respiratórias atingem uma grande parte da população portuguesa, e são responsáveis por limitar as AVD's da pessoa, quer pela componente física da doença, principalmente pelos sintomas que desencadeia, quer pela componente psicológica. Daí que se torne fundamental estudar o impacto que a doença tem na Qvd da pessoa, e quais as melhores estratégias que permitem melhorar a sintomatologia e posteriormente a Qvd. Estratégias essas que passam por um adequado programa de RR estimando o impacto que as intervenções do EEER têm na vida destas pessoas. Acreditamos que o EEER é um elemento essencial na melhoria da Qvd podendo maximizar o seu potencial funcional levando a pessoa a encontrar mecanismos de adaptação para a sua vida.

Por tudo o exposto, consideramos que tem todo o interesse a realização de estudos científicos relativos a esta problemática. É nesta perspetiva que pretendemos verificar os contributos do EEER na RR, destacando os ganhos em saúde, nomeadamente em Qvd e bem-estar do doente com patologia respiratória.

Esta investigação recaiu sobre uma amostra de doentes com patologia respiratória diagnosticada, internados no serviço de Pneumologias da ULS, cuja colheita de dados foi realizada entre maio e julho de 2018. Esta escolha 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. Pensamos que este estudo seja pioneiro na instituição e por isso de importância elevada, pois poderemos constatar a evolução dos utentes que tenham estado internados no referido serviço da ULS Guarda. Propomo-nos com este trabalho, realizar um estudo quase experimental descritivo, correlacional e transversal.

Tendo por base a problemática central descrita anteriormente, formulámos as seguintes questões de investigação, que se constituíram como ponto de partida para a investigação:

- Qual é a diferença entre a Qvd do doente com patologia respiratória antes de iniciar um programa de RR e após o seu término?

- Será que as variáveis de contexto sociodemográfico e clínico influenciam a Qdv da pessoa com patologia respiratória?

- Em que medida os efeitos da intervenção do EEER melhoram a Qvd da pessoa com patologia respiratória?

E para responder a essas questões, definimos como objetivo geral, avaliar o bem-estar e Qvd da pessoa com patologia respiratória sujeitos às intervenções do EEER em programa de RR.

E como objetivos específicos:

- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico da amostra;
- ✓ Conhecer a situação clínica da amostra em estudo;
- ✓ Avaliar a Qvd da amostra no 1º e 2º momento de avaliação;
- ✓ Verificar se há associação entre as variáveis sociodemográficas e a Qvd da pessoa com patologia respiratória;
- ✓ Verificar se há associação entre as variáveis clínicas e a Qvd da pessoa com patologia respiratória;
- ✓ Estudar o impacto das intervenções do EEER na Qvd da pessoa com patologia respiratória, no serviço de pneumologia da ULS Guarda;

- ✓ Comparar resultados obtidos nos dois momentos de avaliação.

Estruturalmente o trabalho está organizado em duas partes distintas. O primeiro corresponde à fundamentação teórica que considerámos indispensável para o conhecimento e a compreensão do tema em estudo, oferecendo apoio e base científica ao mesmo, selecionando a mais adequada à problemática em estudo. Foi efetuada uma revisão da literatura e são abordados aspetos relativos ao Bem-Estar e Qvd da pessoa com patologia respiratória e avaliação da QVRS. Foi abordado o conceito de Patologia Respiratória, de Reabilitação e o papel do EEER, bem como o conceito de RR e os componentes do programa de RR.

Na segunda parte consta o estudo empírico, integra diferentes capítulos, onde são apresentadas as considerações metodológicas utilizadas, de forma a dar resposta à problemática em estudo. Seguidamente são apresentados os dados obtidos e a respetiva análise, de acordo com as questões de investigação formuladas e discutidos os resultados. São também apresentadas as principais conclusões do estudo, e as limitações e sugestões para futuras investigações.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

Procurámos nesta parte do trabalho reunir e analisar a informação recente, disponível e essencial relativamente à temática em estudo, constituindo deste modo o seu referencial teórico.

1 - Bem-estar e Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Respiratória

1.1 - Conceito de Bem-estar

Como já referimos anteriormente os conceitos de bem-estar e Qvd são complexos e difíceis de definir, têm evoluído ao longo do tempo e acompanharam o progresso e o desenvolvimento da sociedade.

A OMS (2017) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

Ter saúde, significa ter a oportunidade de uma vida social e economicamente produtiva. Daí a menção não apenas à componente de bem-estar físico e mental, mas também à inclusão da componente de interação e bem-estar social (Barros, 2009). Para a maioria das pessoas, estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas AVD's, embora seja possível a presença simultânea de saúde e de certas doenças, numa fase precoce, ainda sem sintomatologia, nem limitação funcional.

Para a Ordem dos enfermeiros (OE) (2001) a saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

A saúde está decisivamente relacionada com o bem-estar e com a doença, como um desequilíbrio, ambos com repercussões e implicações em diferentes dimensões, física, psicológica, cultural, emocional, ambiental, económica e espiritual. (Araújo, 2006) Também a saúde mental tem sido definida de muitas formas, mas torna-se consensual que está para além da ausência de perturbações mentais

O bem-estar consiste assim, segundo Santos (2013) na procura de experiências de prazer ou felicidade, ou seja, em experienciar sentimentos agradáveis ou de equilíbrio entre os agradáveis e os desagradáveis.

A sua concepção tem cerca de 45 anos de vida, tendo nascido com a tese de Wilson, (1960) que o estuda pela primeira vez como o conhecemos hoje. A gênese remonta ao século XVIII, época do iluminismo, que defendia o propósito da existência da Humanidade é a vida em si, em vez do serviço do Rei ou a Deus. No início século XX e com a extensão do progresso, o bem-estar passou a ser medido em termos de ganhos monetários, o bem-estar material (Welfare). (Galinha & Ribeiro, 2008)

O conceito inclui dimensões positivas como o Bem-Estar Subjetivo (BES), a percepção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a auto-actualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (World Health Organization, 2001).

O conceito de BES é uma dimensão positiva de saúde, é um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma afetiva, e abrange outros grandes conceitos como são a Qvd, o afeto positivo e o afeto negativo. É uma concepção recente, mas que tem suscitado interesse generalizado nas últimas décadas. Na década de 80 ocorreu uma evolução do conceito, surgindo uma nova definição, com a distinção entre os conceitos de BES e Bem-estar Psicológico. (Galinha & Ribeiro, 2008)

Pode afirmar-se que, um nível de BES adequado pressupõe que o indivíduo reconheça manter um nível elevado na sua satisfação com a vida (Siqueira & Padovam, 2008). Ou seja, quanto mais frequentemente um indivíduo experiência satisfação com a vida e emoções positivas e menos vezes sofre emoções negativas, como tristeza e agressividade, melhor será o seu nível de BES. Por outro lado, um indivíduo que manifeste insatisfação com a vida, mostre pouca alegria ou afeto positivo, se abordar frequentemente emoções negativas como a agressividade ou a ansiedade, o seu nível de BES é reduzido (Martins, 2011)

Em resultado da ampla utilização do conceito por investigadores de várias áreas da psicologia, os contornos da sua definição tornaram-se arbitrários e não se observou um consenso na definição do mesmo. Segundo Oliveira (2012) esta divergência conduziu à separação de duas perspetivas do bem-estar, o BES, que forma um campo de estudo e integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida, e o bem-estar psicológico que constitui outro campo de estudo, fundado nos anos 80, por Ryff, e que integra os conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal.

Investigações têm demonstrado que há medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais felizes, vivenciando um diminuído afeto negativo e experienciando maiores níveis de afeto positivo e de satisfação com a vida (Faustino, 2014).

Na mesma linha de pensamento, (Barros 2006 como citado em Oliveira et al., 2012) aponta que a minimização dos afetos negativos pode ser devido ao facto de as pessoas se tornarem emocionalmente mais estáveis à medida que envelhecem. Por sua vez, o facto da satisfação com a vida aumentar ao longo do tempo pode ser resultante do grau de maturidade da pessoa e da consecução de suas metas individuais

Outras investigações mostram que a dificuldade em realizar AVD's, devido a problemas físicos, interfere na relação social com outros indivíduos e na autonomia, da qual resultam prejuízos para à saúde emocional dos idosos. Estas dificuldades levam a baixos níveis de autonomia e a altos níveis de depressão e ansiedade (Catarino, 2011). Também Rabelo e Neri 2005, citado em Sposito et al., 2010, p.104) afirmam que “as limitações funcionais podem influenciar a autoestima, e, ao correlacionar a percepção subjetiva frente aos fatos vividos, os indivíduos podem rebaixar o nível de bem-estar subjetivo”.

Outro fator com influência no BES, nomeadamente nos idosos refere-se ao local onde reside. Estar institucionalizado ou continuar a viver no ambiente conhecido e que lhe é familiar também influencia o BES (Mónico et al., 2012). Viver no seu próprio lar favorece ao idoso um sentimento de identidade, de segurança e de posição, permite um sentimento de valorização e de independência, portanto é natural que os idosos expressem elevados níveis de satisfação com o seu lar (Rowles, 1990; Hortelão, 2004, citado em Mónico et al., 2012). Os idosos, neste contexto, caracterizam-se por serem mais ativos, otimistas e com uma maior vontade de viver (Amaral, 1995 como citado em Mónico et al., 2012). Também outros autores (Oliveira et al., 2012) relatam o BES como um importante indicador de adaptação na terceira idade, destacando que a capacidade de adaptação está diretamente relacionada à percepção de bem-estar.

Outros estudos realizados acerca do BES em idosos apontaram que os índices mais elevados de bem-estar se referiam aos idosos que vivem em ambiente rural e que possuem suporte social. Por outro lado, os idosos residentes em ambiente urbano apresentaram índices significativamente maiores de afetos positivos e baixos afetos negativos do que idosos que vivem em ambiente rural ou agrário. (Oliveira et al., 2012).

Os idosos institucionalizados podem apresentar perdas significativas no BES devido às condições de vida adotadas nessas instituições. “A rotina diária, a falta de convívio familiar, as restrições sociais, laborais e ambientais, além do cuidado padronizado e, geralmente, de baixa qualidade, induzem a sentimentos de infelicidade e perda da autonomia nos idosos” (Cozzant; Mauerberg, 2005, citado em Paula et al., 2010, p. 106). Contrariamente aos idosos residentes em suas casas, os idosos residentes em lares mostram-se mais inativos, pessimistas e apáticos (Mónico et al., 2012).

Com base na evidência de alguns estudos, (Neto 1999, citado em Nunes, 2009) descreve que os idosos não se demonstram mais nem menos satisfeitos com a sua vida comparativamente a outros grupos etários apesar de poderem ter mais problemas de saúde, financeiros ou outros. Há também estudos que referem que os idosos apresentam pontuações mais baixas de felicidade, mas mais elevados na satisfação com a vida contrariamente ao demonstrado em pessoas mais jovens que apresentam maiores níveis de felicidade, mas mais baixos níveis de satisfação com a vida (Nunes, 2009)

As sucessivas revisões dos estudos sobre o tema indicam que a saúde é um dos preditores mais eficazes do BES (Simões et al., 2000). Contudo é necessário considerar que a saúde é subjetiva. Assim sendo, a percepção da saúde parece ser mais importante para a variabilidade do BES do que propriamente a saúde objetiva. No entanto, é necessário ter em consideração que esta interpretação subjetiva do indivíduo relativamente à sua saúde, sofre influência da sua personalidade, do afeto negativo e da saúde objetiva. Para Simões et al. (2000), o efeito negativo da saúde sobre o BES só se verifica a partir de um grau considerável de deterioração da mesma, ou seja, o BES é ligeiramente inferior nos casos em que a severidade da doença gera incapacidade, disfuncionalidade ou cronicidade (Galinha, 2008).

Saúde representa, por isto, um bem-estar social, e é aquela resposta ou ajustamento às exigências do meio, depende fundamentalmente das condições socioeconómicas do agrupamento humano onde se vive, da distribuição da riqueza circulante, da oportunidade que se oferece ao indivíduo para que tome parte no esforço organizado da comunidade

O conceito de Qvd conjuga-se com os conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida, e representa a percepção individual sobre a posição na vida, em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo. Foi-se tornando, de forma crescente, o objetivo prioritário dos serviços de saúde, paralelamente à prevenção de doenças, efetivação da cura e alívio de sintomas ou prolongamento da vida humana (Santos, Martins & Ferreira, 2009)

1.2 – Conceito de Qualidade de vida

Transpondo novamente o conceito de saúde definido pela OMS, e tendo em conta a pessoa como ser holístico, a Qvd inclui a forma como as pessoas vêem a sua saúde e qual o seu estado de saúde no momento presente. O conceito de Qvd é bastante usado atualmente,

mas não existe uma definição clara deste conceito, e tem sido aplicado nas mais variadas áreas. (Pimentel, 2006)

O conceito de Qvd não foi estudado antes do século XX, apesar de a temática já ser tão antiga quanto o homem e dividir estudiosos. (Pimentel, 2006). São vários os autores que abordam este conceito considerando uma panóplia de aspetos. Não há concordância quanto à sua definição porque é usado em diversos contextos, de forma diferente e é influenciado como por exemplo: pela educação, situação profissional, relação pessoal e social, idade e presença de incapacidades. (Fleck, 2008)

Só a partir da segunda Guerra Mundial os políticos introduziram o tema, pelo fato de se terem mudado valores e objetivos na sociedade. Havia agora, como já foi referido anteriormente, diminuição no interesse pelos bens materiais e uma valorização das necessidades sociais e psicológicas, estabelecendo como máxima prioridade a felicidade, o bem-estar e Qvd das populações. (Dias, 2006)

Depois da década de 90 parece haver concordância acerca da sua multidimensionalidade e de que a sua avaliação se deve basear nas percepções e expectativas dos indivíduos, considerando-se a subjetividade do conceito, pelo que cada pessoa avalia a sua Qvd de forma individual. (Seidl & Zannon, 2004)

A literatura apresenta muitas definições, conceptualmente diferentes e com implicações de avaliação diferentes. Uma baseiam-se na satisfação com diversas áreas da vida, outras do bem-estar, outras na funcionalidade, outras no diferencial entre o que o indivíduo tem e o que deseja ou espera ter (Pires, 2009).

Embora seja consensual a importância de avaliar a Qvd, não existe um conceito adequado da mesma, fazendo com que haja largo campo para o debate. (Fleck et al, 2008)

Na área da saúde este conceito começou a ganhar vida na década de 80, com o objetivo de avaliar o impacto das doenças crónicas. É também nesta época que o conceito passa a ser visto como multidimensional (Leal, 2008).

A conceptualização da Qvd é diferente de pessoa para pessoa e em diferentes épocas, ou seja, cada pessoa tem o seu próprio conceito. (Barnett, 1991 citado em Dias, 2006) “O que é hoje uma boa Qvd pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo”. (Leal, 2008, p.2) A Qvd está intimamente ligada ao que cada um sente e percebe, aquilo que a pessoa diz que é, pois, cada pessoa é um ser humano próprio.

Podemos verificar que o conceito de saúde definido pela OMS se confunde com o de Qvd, contudo este último, cruza os conceitos de saúde e de bem-estar. Por esta razão Gil e Freinstein, 1994 citado em Fleck 2008, distinguem Qvd de saúde, dizendo que Qvd é um

reflexo da maneira como o doente percebe o seu estado de saúde, em vez de ser uma descrição desse estado de saúde. A mesma organização considerou três dimensões inerentes á Qvd: a biológica, a social e a ambiental. (OMS, 2001 citado em Fleck, 2008)

Já o grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) define Qvd como um conceito mais amplo, englobando as dimensões física, psicológica, social, espiritual/religião/crenças da pessoa, o nível de independência e aspetos respeitantes ao meio ambiente. Descreve ainda dois aspetos fundamentais relativamente ao seu conceito, a subjetividade, a multidimensionalidade, como já outros autores referiram e acrescenta a bipolaridade, isto é, que uns elementos estejam presentes (por exemplo, mobilidade e satisfação) e outros ausentes (por exemplo, dor e fadiga). (WHOQOL, 1995.)

O conceito tem sido interpretado em diversas perspetivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspetos sociais, económicos e políticos. Passou a ser conceptualizada não só enquanto objetivo individual, mas também como objetivo social importante, o que se reflete nos estudos epidemiológicos, descrevendo a saúde subjetivamente percebida e o nível social de uma dada população. Os ensaios clínicos, comparam intervenções tendo em conta a Qvd, a economia da saúde e avaliando os benefícios dos tratamentos (Silva, 2003).

Silva (2011) salienta que é muito importante a maneira como a pessoa se preocupa com a sua saúde, com o seu bem-estar e a forma como enfrenta o próprio processo de envelhecimento como uma etapa da vida. A mesma autora refere também que, a visão de Qvd passa pela promoção e prevenção da saúde e autonomia e pela capacidade que a pessoa possui para realizar as atividades de vida diária (AVD), sendo esta uma das variáveis primordiais para a satisfação e Qvd da pessoa.

Paschoal (2010) refere que a Qvd consiste na perceção do indivíduo acerca de sua posição na vida, em conformidade com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Na perspetiva de Silva (2011), Qvd trata-se de uma expressão utilizada com muita frequência, de um modo indiscriminado, independentemente da cultura e da classe social a que pertencem, dependendo muito do imaginário e das circunstâncias.

Por exemplo na perspetiva económica, Qvd diz respeito ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui, bem como os sentimentos que a eles se encontram associados. No entanto alguns indivíduos consideram possuir Qvd a nível económico, apesar de não possuírem muitos recursos financeiros, enquanto outros, pelo contrário, apesar de possuírem numerosos recursos financeiros não se consideram com Qvd (Leal, 2008).

Diversos autores fora do campo da saúde, em estudos dirigidos à população, iniciam especificações sobre as componentes da Qvd, o que mais uma vez vem a reforçar a ideia da Qvd como conceito muito alargado, que inclui de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de autonomia e independência, as suas representações e crenças, as relações sociais, bem como a sua relação aos diversos elementos essenciais do seu ambiente (Pires, 2009).

Nesta medida para a promoção de Qvd, tem de se ter em conta determinados pressupostos subjacentes ao conceito: a Qvd não é ausência de doença, manifesta-se a nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto percebida e abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais. Salientasse que estes aspetos são da mesma realidade e não de realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre eles. A Qvd é um processo dinâmico, que só tem sentido se avaliada e se concebida em termos ecológicos (Paschoal, 2011)

Para a maioria dos idosos, Qvd significava ter saúde seguindo-se os sentimentos positivos (viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz), as relações pessoais (familiares e sociais) e alimentação (adequada e de qualidade) o que reforça a ideia de que Qvd é um conceito multidimensional, podendo ser analisada tanto por parâmetros objetivos como subjetivos (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2010) Este interesse crescente está associado ao aumento da longevidade e ao aumento da esperança média de vida, provocados por alterações e progressos sociais, económicos, políticos, levando por sua vez á prevalência de doenças crónicas. Estas levam a que o BES da pessoa seja cada vez mais valorizado bem como a melhoria da sua Qvd. (Bowling e Brazier, 1995 citado em Neto & Conde, 2008).

Ao relacionar-se estes dois conceitos, Qvd e saúde, podemos afirmar que Qvd, quando aplicada a populações portadoras de doença, pretende compreender os diferentes domínios da mesma (físico, funcional, psicológica e social), influenciada pela especificidade da patologia em questão e das suas formas de tratamento (Santos et al., 2009)

As conceções de felicidade, satisfação com a vida e BES relacionam-se reciprocamente com a noção de Qvd, traduzem-se também em constructos não raras vezes contestados, quer pela sua ambiguidade ou pela sua utilidade restrita e aplicabilidade limitada. (Canavarro, M.C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T., 2010)

A saúde de cada sujeito constitui-se assim como um fator decisivo para a obtenção da Qvd no geral. Feliz (2012) argumenta que a Qvd se aplica ao estudo da saúde, sobretudo nas situações em que ocorrem transformações nas condições físicas dos sujeitos, sendo pertinente para a medição dos resultados em saúde. A Qvd é um resultado relevante para o

estudo do bem-estar das populações. Desta forma, o conceito de QVRS tem sido um tema analisado essencialmente por profissionais de saúde.

Na avaliação da Qvd global, a percepção individual do estado geral de saúde é o mais importante em relação a todas as outras vivências (Martins, et al.,2012). Pelo que de entre os múltiplos e distintos fatores que podem influenciar a Qvd das populações, dá-se uma ênfase aos aspetos relacionados com a saúde, sendo cada vez mais importante compreender o significado da QVRS. O conceito de QVRS é bastante diferente do conceito de Qvd global, no seguinte capítulo passamos a descrever essas diferenças.

1.2.1 - Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

O conceito de QVRS (do inglês, Health-related quality of life), utilizado atualmente, é um subconjunto mais amplo, e refere-se à função do paciente em perceber a sua performance em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social. Para além dos aspetos físicos, mental e social, existem novas considerações em relação à percepção pessoal, crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade que necessitam serem incorporadas ao conceito relacionado à saúde (Oliveira & Orsini, 2009).

O termo, é muito frequente na literatura e parece implicar os aspetos diretamente associados às doenças ou às intervenções em saúde, de acordo com Andrade (2011).

Vai de encontro a Pais-Ribeiro (2009), que menciona que a Qvd Relacionada com a Saúde pode ter dois sentidos diferentes: geral – refere-se ao sistema de cuidados de saúde, relaciona a Qvd com as doenças e o seu tratamento; e específico – refere-se às limitações do indivíduo e ao modo como as doenças específicas de cada pessoa afetam a sua Qvd.

Está também intimamente ligado com a prestação de cuidados de saúde, pois o objetivo destes é promover o bem-estar das populações e são tão ou mais importantes do que a avaliação de sintomas. (Freitas & Scheicher, 2010). Pelo que atualmente, é objetivo dos cuidados de saúde melhorar a QVRS para além dos efeitos de cura ou melhoria. Pimentel (2006), descreve que a QVRS em quatro dimensões: bem-estar físico, atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas. Ou seja, é um conceito multidisciplinar, subjetivo e individual, que traduz o bem-estar do doente nas vertentes físicas psicológicas e sociais.

Canavarro et al. (2010) referem que a importância da QVRS, se deve ao advento da medicina moderna, ao dispor de tratamentos, que na sua maioria, não curam, mas possibilitam um controlo dos sintomas ou uma diminuição do desenvolvimento natural da doença.

A QVRS pode ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, pelas percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial (Campos & Neto, 2008).

Serra, (2010) faz uma definição em torno da mesma ideia, de que a QVRS diz respeito ao valor atribuído à vida quando esta é alterada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e agravamentos, tornando-se no indicador primordial na avaliação do resultado dos diversos tipos de intervenções. São raras as doenças que não perturbam o bem-estar das pessoas, em parte algumas delas prejudicam o bom funcionamento da pessoa nas AVD e no desempenho de papéis sociais (Serra, 2010).

Tem-se procedido à avaliação da percepção do estado de saúde e da Qvd da população portuguesa, com objetivo de obter dados que possam ser utilizados para comparar grupos de pessoas com determinadas patologias, nomeadamente respiratórias. (Ferreira e Santana 2003) Assim a avaliação da Qvd é uma ferramenta importante no apoio e prognóstico da doença.

A avaliação da QVRS tem como objetivos, a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população, (Pires (2009, p.123). É importante avaliar a Qvd, especialmente para facilitar a tomada de decisão clínica. Um médico, que sabe de que forma, diferentes tratamentos afetam a quantidade e a Qvd dos seus doentes, encontra-se numa melhor posição para assumir uma decisão em relação a determinado tratamento (Farias et al., 2015).

É unânime, que na avaliação da QVRS, se devem ter em consideração vários domínios: estado funcional, que diz respeito à capacidade de executar um conjunto de atividades que são normais para a maioria das pessoas, incluindo o auto cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social; sintomas físicos, relacionados com a doença e o tratamento onde se inclui a dor, o mau funcionamento urinário, entre outros; funcionamento psicológico, do qual faz parte o stress psicológico, a ansiedade e a depressão; funcionamento social, no qual fazem parte as relações com a família e o meio social mais alargado, e a participação em atividades sociais; avaliação global, uma vez que a Qvd não é mais do que o somatório de todos os componentes (Ferreira & Ferreira, 2006).

A patologia respiratória produz transformações que levam a uma progressiva alteração da Qvd, nomeadamente pela sintomatologia, diminuição atividade física, disfunção dos músculos esqueléticos, comprometimento das atividades de vida diária, e consequente alteração da QVRS. (Farias, 2013)

Um dos motivos que está na origem da avaliação da QVRS é também a preocupação económica. A escassez de recursos de saúde tem sido amplamente discutida e a Qvd tem sido considerada como um critério possível para a tomada de decisão no contexto dos cuidados de saúde. A ideia subjacente é a de que, se nem todas as pessoas que necessitam podem ser salvas ou tratadas, os profissionais de saúde devem escolher tratar os doentes que mais possam beneficiar, em termos da quantidade e qualidade dos anos de vida restantes, e dos recursos existentes.

Posto isto, as medidas de Qvd têm vindo a tornar-se ferramentas importantes, uma vez que podem ser replicadas na prática clínica, na investigação, na avaliação económica e na monitorização das populações. Torna-se imperativo a avaliação da Qvd na área da saúde. Atualmente são importantes para o tratamento e melhoria na saúde, permitem apurar o impacto da doença na vida das pessoas.

A escolha dos instrumentos de avaliação da Qvd deve ser fundamentada na teoria e devem evidenciar confiabilidade, validade e responsividade. Isto porque nos últimos anos surgiram inúmeros instrumentos de avaliação do estado da saúde, fruto do interesse em se avaliar saúde e qualidade de vida.

Todos os instrumentos de avaliação apresentam vantagens e desvantagens. Uns limitam-se a alguns aspetos; outros permitem respostas categóricas de sim ou não, o que possibilita somente determinar os pontos extremos; outros ainda, exigem preparação da pessoal e grande disponibilidade de tempo, mas por outro lado fornecem uma informação mais detalhada (Sampaio, 2007).

Estes apresentam-se sob a forma de questionários de autoavaliação e podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos avaliam a Qvd em qualquer doença ou situação médica, medem parâmetros do estado de saúde, aplicam-se a uma grande variedade de populações e têm uma visão completa de funções, incapacidade e alterações emocionais. São amplos e podem não detetar situações específicas de doenças, são por isso adequados a estudos epidemiológicos em diferentes culturas, tratamentos e doenças. (Garrett et al, 2002; Neto & Conde, 2008)

Os questionários específicos, direcionam-se como é obvio para aspetos específicos, do estado de saúde, de doenças, de grupos demográficos, de problemas ou áreas funcionais.

O seu objetivo é medir mudanças clinicamente importantes, e por isso são mais sensíveis, uma vez que são apenas incluídos os aspetos da Qvd que se pretende estudar especificamente para aquele grupo. (Neto & Conde, 2008; Velez, 2007)

Os instrumentos específicos avaliam indivíduos com condição ou doenças específicas, têm o potencial de serem sensíveis às variações que ocorrem para a população característica e também para investigar particularidades da condição clínica em questão. Esses instrumentos podem ser aplicados para comparar diferentes tratamentos aplicados em grupos de pacientes com o mesmo quadro clínico, pois proporcionam informações clínicas relevantes relacionadas aos procedimentos terapêuticos (Arenas, 2006).

Entre os instrumentos específico destacam-se o Chronic Respiratory Questionnaire (o primeiro a ser referenciado e mais utilizado); Obstrutive Lung Disease Questionnaire e o Saint George's Respiratory Questionnaire. (DGS, 2009)

O Grupo WHOQOL para além de definir o conceito de Qvd, definiu também um instrumento genérico de avaliação de Qvd, em que se abordam seis domínios (físico, psicológico, social, espiritual/religião/crenças da pessoa, o nível de independência e meio ambiente). Este tem 100 questões e pode ser usado tanto em indivíduos saudáveis como num largo campo de distúrbios físicos e psicológicos, é o WHOQOL – 100 (Vaz, Serra, et al, 2006). O WHOQOL-Bref, é constituído por 26 questões, que avaliam o domínio físico, psicológico, independência, relações sócias, ambiente, espiritualidade e crenças pessoais/religião. É autoadministrado, assistido pelo entrevistador e administrado pelo entrevistador. O tempo de aplicação não está relatado. Apresenta boa consistência interna, validade de conteúdo e fiabilidade.

O formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36v2 – do inglês, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey), pode ser usado por diferentes culturas e foi desenvolvido para avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisa no contexto clínico. Constituído por 36 itens, dos quais resultam 8 dimensões: função e desempenho físico, dor, saúde geral, função e desempenho emocional, função social e vitalidade. A forma de aplicação é a entrevista, autorrespondido (paciente e proxy). Demora 5-10 minutos a ser aplicado. Apresenta boa fiabilidade e validade e está adaptado em inúmeros países, incluindo Portugal.

Ribeiro, 2008 aconselha a utilização de instrumentos genéricos acompanhados de instrumentos específicos, sobretudo indicadores de sintomas, caso haja doença. Paralelamente o uso de instrumentos mais genéricos para satisfação coma vida.

Terminando a definição de Qvd tem um significado subjetivo para cada um de nós e reflete mais do que um estado de saúde, assenta num modelo holístico de saúde. Para além disso torna-se imprescindível avaliar com instrumentos próprios a vivência da doença pela pessoa para que se percebam as repercussões na saúde.

A dispneia e a fadiga são sintomas clínicos que frequentemente surgem nos doentes com patologia respiratória e que conduzem a uma diminuição da capacidade funcional dos mesmos. Este declínio funcional resulta do desconforto respiratório, evidente durante a realização das AVD's, de alterações musculares, como a perda de força muscular, ao nível da respiração e membros, e da disfunção das trocas gasosas e mecânica da ventilação.

O facto de os doentes apresentarem cada vez mais dificuldade respiratória, condiciona a realização de tarefas diárias como sair de casa, fazer compras, carregar pesos e subir escadas. Face a esta situação, o doente começa a evitar fazer esforços devido à dispneia, tornando-se cada vez mais sedentário, o que pode levar a descondicionamento multi-sistémico (cardiovascular, respiratório e muscular) e ao agravamento funcional, podendo estes ficar dependentes de familiares, para tarefas tão simples como a higiene pessoal, vestir-se ou alimentar-se. (Rodrigues, 2014). À medida que a doença se torna mais grave, a intensidade da dispneia aumenta, conduzindo a um estado de ansiedade e deterioração progressiva da Qvd.

2- A Pessoa com Patologia Respiratória

A patologia respiratória crónica afeta as vias respiratórias como também outras estruturas, e constitui pelo seu impacto social, económico e da Qvd da pessoa um grave problema de saúde em Portugal. Segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS), 2015, a percentagem de óbitos por causa respiratória tem aumentado desde a década de 90, fixando-se na faixa etária acima dos 65 anos e ocupa neste momento a terceira posição e é a quinta principal causa de morte em internamentos. As pneumonias são a principal causa de morte por patologia respiratória em Portugal (46%).

Segundo a mesma fonte, a nível dos cuidados de saúde primários o número de pessoas inscritas com diagnóstico de asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tem vindo a aumentar. Assim a elevada prevalência destas patologias, faz com que sejam a principal causa de procura de cuidados de saúde e de incapacidade temporária.

Face a isto em 2012 foi elaborado o Plano Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) de 2012 a 2016, para sistematizar a missão, visão, valores e objetivos da DGS de forma a conduzir um plano de ação. Segundo o mesmo, as principais doenças respiratórias crónicas (DRC) são a asma, a DPOC e a síndrome da Apneia do sono, destacando-se ainda também a hipertensão pulmonar, doenças do interstício pulmonar e fibrose quística.

Em 2012 calculava-se uma prevalência de asma de 10% na população infantil e juvenil. Já na DPOC era de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos; 10,2% dos 50 aos 59 anos; 30,8% acima dos 70 anos e tendia a aumentar com idade e a carga tabágica. No que diz respeito á síndrome da apneia do sono, não havia nesta altura dados epidemiológicos, mas estimava-se que nos adultos atinge-se os 20% (PNDR 2012-2016). O mesmo referia que os fatores de risco para um maior desenvolvimento das doenças respiratórias crónicas eram, a exposição direta ou indireta ao tabaco; poluição exterior; poluição doméstica; exposição ocupacional; malnutrição e baixo peso á nascença.

Em 2016 e de acordo com o PNDR 2017-2020, nos cuidados de saúde primários verificou-se um aumento de 234% de utentes inscritos com diagnóstico de asma, e de 241% com diagnóstico de DPOC, 262229 utentes com asma e 131632 com DPOC, inscritos em 2016.

As pneumonias continuam a ser a maior causa de internamentos e mortalidade por DRC, (40519 internamentos e uma taxa de mortalidade de 43,88%) seguida da síndrome de apneia do sono (18229 internamentos) e da DPOC (8049 internamentos). (PNDR 2017-2020)

Face a estes números a prevenção primária é muito importante e assenta essencialmente no programa de prevenção e controlo do tabagismo e de medidas de controlo do ar. A nível da prevenção secundária, passa pelo diagnóstico precoce, tratamento adequado e diminuição dos internamentos. (PNDR 2017-2020). Assim, os seus principais objetivos são promover a vigilância epidemiológica das DRC; desenvolver estratégias de gestão e controlo das mesmas; divulgar e promover condições de melhoria para os doentes colaborar com parceiros internacionais e promover a literacia em saúde. (PNDR 2017-2020).

Pode-se afirmar ainda que as DRC, além de terem um grande impacto na mortalidade, possuem também forte influência nas morbididades correlacionadas, alterando muitas vezes seu curso natural da doença ou a perceção de saúde. Assim, portanto, as DRC são responsáveis por grande número de internamentos hospitalares além de provocar alterações funcionais importantes nos indivíduos, podendo desta forma interferir diretamente na Qvd e na perceção de saúde das pessoas acometidas.

Faz-se necessário esclarecer que a OMS entende por DRC as patologias de longa duração tanto das vias aéreas quanto de outras estruturas dos pulmões. Esta entidade descreve que centenas de milhões de pessoas sofrem diariamente de pneumopatias crónicas, no qual, mundialmente 235 milhões de pessoas têm asma, 80 milhões têm DPOC, sendo que quase 90% das mortes por DPOC ou Asma ocorrem em pessoas de baixo e médio nível económico. Existem ainda milhões de outras pessoas que são acometidas de vários outros tipos de DRC, que não possuem qualquer tratamento ou diagnóstico. (DGS 2015)

O pulmão é o órgão mais vulnerável às infeções e lesões do ambiente externo, devido à constante exposição a partículas, produtos químicos e organismos infecciosos no ar ambiente. Globalmente, pelo menos dois bilhões de pessoas estão expostas a fumo tóxico do combustível de biomassa normalmente queimado ineficientemente em fogões ou lareiras com ventilação insuficiente. Um bilhão de pessoas inalam poluentes do ar exterior, e um bilhão de pessoas estão expostas à fumaça do tabaco. Embora a deficiência respiratória cause incapacidade e morte em todas as regiões do mundo e em todas as classes sociais, a pobreza, a aglomeração, as exposições ambientais e, em geral, as más condições de vida aumentam a vulnerabilidade a este grupo muito grande de transtornos. (Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias, 2017)

Na inspiração, o músculo do diafragma desce e os músculos intercostais contraem-se. Isso ocasiona um aumento da caixa torácica e diminuição da pressão em seu interior, permitindo a entrada de ar. Já na expiração, o diafragma sobe, os músculos intercostais relaxam, a caixa torácica diminui e a pressão no interior aumenta, forçando a saída do ar. (Presto & Damázio, 2009)

O padrão respiratório ineficaz é definido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como inspiração e/ ou expiração que não proporciona ventilação adequada e tem como características definidoras pressão inspiratória/expiratória diminuída, ventilação-minuto diminuída, fase de expiração prolongada, capacidade vital diminuída, assumir uma posição de três pontos, uso da musculatura acessória para respirar, batimento de asa de nariz, dispneia, ortopneia, excursão torácica alterada, taquipneia, respiração curta, respiração com os lábios franzidos, diâmetro ântero-posterior aumentado. (NANDA 2008)

É importante destacar que, para atender as necessidades de saúde das pessoas com DRC, é fundamental a construção da rede de cuidados potentes que integrem de fato ações de natureza interdisciplinar com um olhar subjetivo sobre as pessoas que sejam capazes de dar resolução e produção de vida em todos os cidadãos que as utilizem. As alterações respiratórias representam assim situações complexas e exigem a elaboração de um plano de cuidados de RR adaptado a cada pessoa.

O primeiro passo para a saúde respiratória é a prevenção. Identificar e melhorar os fatores que causam ou promovem doenças respiratórias, pode preveni-las. O custo da prevenção é apenas uma fração do custo do tratamento, e a melhor medida para prevenir a doença pulmonar é reduzir o consumo de tabaco. Estima-se que o tabagismo foi o responsável por uma em cada sete mortes em homens e uma em cada quinze mortes em mulheres em 2004. Projeta-se que cerca de um bilhão de pessoas morrerão do tabagismo no século XXI. Destes óbitos, a maioria resultará de doenças cardiovasculares ou respiratórias, incluindo o cancro de pulmão e a DPOC. (Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias, 2017)

A má qualidade do ar em ambientes fechados são também um importante contribuinte para a doença respiratória. Cerca de 50% de todas as famílias no mundo e 90% das famílias rurais usam combustíveis que permitem que o fumo esteja presente na área de convivência, expondo mais de dois bilhões de pessoas a fumos nocivos. A OMS estima que 4,3 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à poluição do ar interior. A maioria das doenças e mortes atribuíveis à exposição à má qualidade do ar interior ocorre em mulheres e crianças, especialmente em famílias de baixos rendimentos. (Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias, 2017)

A análise comparativa das taxas de mortalidade padronizadas de diversos países, coloca-nos numa posição abaixo da média europeia para a taxa referente aos grupos etários dos 0-64 anos; o mesmo já não acontecendo para o grupo etário a partir dos 65 anos. Em termos comparativos Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de mortalidade padronizada por pneumonia. Pelo contrário no que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada para a asma e DPOC, Portugal situa-se entre os países com melhor desempenho neste indicador. (PNDR, 2017-2020)

A intervenção do EEER traz benefícios, aumenta a qualidade de vida, reduz a dispneia e melhora a capacidade física. (Albert, et al, 2008). Todos os utentes com sintomatologia aparentam ter benefícios com a sua atuação, isto porque aumentam a tolerância ao esforço, reduzem os sintomas de dispneia e fadiga, reduz o número de hospitalizações e o custo com o tratamento. (Fernandes, 2009).

3 – As Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Patologia Respiratória

O conceito de reabilitação surgiu durante o período das duas grandes guerras, pelo fato de se reabilitarem jovens para combater. Esta época foi fundamental para o desenvolvimento e progresso científico e profissional da reabilitação, sobretudo devido às patologias traumáticas. (Hesbeen, 2003). No entanto nos anos cinquenta o conceito foi-se alterando, pela mudança de paradigma e sobretudo pela maior prevalência de doenças crónicas.

A literatura disponível mostra, inúmeras definições para o termo reabilitação. Esta pode ser descrita como um processo para permitir a restauração das capacidades numa pessoa com deficiência, de forma a possibilitar a otimização das funções físicas, psicológicas e sociais ao nível anterior da lesão (Faro, 2005).

Trata-se de um processo normalmente longo e é um desafio constante para o utente e para o enfermeiro. Exige desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e engloba o uso de técnicas e ações interdisciplinares de todos os profissionais, familiares e utentes. (Mancussini & Faro, 2006). Quem reabilita ambiciona a melhor Qvd possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são reduzidas. (Henbeen, 2003)

Para Mancussini & Faro, (2006) a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar dotada de conhecimentos e procedimentos científicos que têm como objetivo ajudar os utentes a maximizar o seu potencial funcional e independência física e social. É uma especialidade da área da saúde, que contempla múltiplas dimensões e que vai mais além do que recuperar as funções perdidas ou alteradas.

Porém, a maioria das definições, não contempla referências à manutenção de habilidades ainda existentes na pessoa com deficiência. Numa definição mais holística, a reabilitação inclui a promoção da saúde, a prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes no paciente são restauradas e é proporcionada uma oportunidade para uma vida com melhor qualidade, retorno da autoestima e da independência. (Diogo, 2000)

A OMS afirma que o processo de reabilitação da pessoa com deficiência não deve ser feito de modo isolado, mas sim de forma integrada com o tratamento do paciente diminuindo as morbidades que atingem essa determinada população. (WHO, 1993)

A Reabilitação é ainda um processo dinâmico orientado para a saúde que auxilia um indivíduo que está doente ou incapacitado a atingir o seu maior nível de capacidade física, mental, espiritual, social e profissional. Aquele processo ajuda a pessoa a atingir uma aceitável de Qvd com dignidade, autoestima e independência (Leite & Faro, 2005).

A enfermagem tem vindo a sofrer um conjunto de alterações e evolução ao longo dos tempos, e com Florence Nightingale passou a ser encarada numa perspetiva humanista e holística e desenvolveu um corpo de conhecimentos, baseado em teorias e modelos de enfermagem e como refere Meleis, (2000). Este progresso na teoria de enfermagem foi um aspeto muito significativo de evolução e a pedra angular da disciplina de enfermagem. Na enfermagem, a prática de cuidados sem ser baseada na teoria não tem qualquer fundamento lógico e científico. A teoria oferece ao profissional uma base para tomar decisões informadas que se fundamentam na deliberação e no julgamento prático, assim, com “a crescente experiência clínica, os enfermeiros são capazes de combinar o conhecimento teórico e o clínico com as habilidades de raciocínio crítico a fim de tomarem as melhores decisões clínicas.

A Enfermagem de Reabilitação é, por sua vez, um processo dinâmico, contínuo, progressivo e, principalmente, educativo e tem como objetivos a restauração funcional do indivíduo e a sua reintegração na família e sociedade. (Diogo, 2000). O enfermeiro atua de forma a tornar a pessoa mais autónoma, a incentivar o autocuidado com base nas necessidades individuais de cada um. O enfermeiro é um dos cuidadores fundamentais pois é o elemento da equipa que mais tempo permanece junto do utente.

Durante o processo de reabilitação o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda, que se deve basear na confiança e bom relacionamento. (Hoeman, 2000)

De acordo com a (OE 2009), a reabilitação “dirige-se aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crónica e/ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Regulamento 125/20011, p. 8658), e tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência, e a máxima satisfação da pessoa contribuindo deste modo para a preservação da sua autoestima (Regulamento 125/2011)

Reabilitar é então, um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, que visa a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade,

com o objetivo primordial de melhorar ou substituir, enquanto necessário, a função e limitar o impacto da incapacidade (Menoita, 2012). Vista como um desafio à vida de qualquer pessoa, a incapacidade contextualiza-se individual e socialmente, afetando o equilíbrio psicodinâmico da pessoa em relação ao meio envolvente. Assim sendo, a incapacidade é um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, sendo que os cuidados são prestados com o objetivo da cura ou adaptação à mudança. A enfermagem de reabilitação, pela sua dimensão holística, tem ao seu dispor um universo alargado de pessoas, ao longo do seu ciclo vital, com doença ou incapacidade. Porém, a pessoa alvo dos cuidados está inserida numa família, célula de solidariedade interpessoal sendo o parceiro mais importante do enfermeiro de reabilitação. (Menoita, 2012)

Enquanto área específica de intervenção, a enfermagem de reabilitação, para Stryker (1977), citado por Hoeman (2011), é um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma vida nova.

Atendendo a que o processo de reabilitação é um processo dinâmico e multidisciplinar, a enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade que nele intervém, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos que lhe permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, pelo que compete ao enfermeiro de reabilitação conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro).

Neste sentido, o EEER na sua área de intervenção, promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, utiliza estratégias, técnicas e procedimentos específicos de reabilitação, prescreve produtos de apoio, identifica obstáculos à acessibilidade e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados. (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro)

De facto, o EEER surge, como um elemento fulcral no auxílio da pessoa, ser holístico, e da família na fase de transição à sua nova condição. Na medida em que o cuidar dos EEER abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral, compete-lhes desenvolver intervenções que vão de encontro às necessidades dos cuidadores permitindo, assim, a recuperação da pessoa com dependência no autocuidado (Hesbeen, 2001).

O autocuidado é definido como: “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”, sendo “uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. (...) Os adultos cuidam de si mesmos de forma voluntária. Os recém-nascidos, as crianças, os idosos e os incapacitados, necessitam de ajuda total ou parcial nas atividades de autocuidado” (Hesbeen, 2001, p.43). Nesta linha de ideias, a autora refere que a pessoa pode ser o agente de autocuidado, sendo que quando não apresentam esta capacidade e necessita que esse cuidado seja realizado por alguém que aceita essa responsabilidade, é denominado de agente dependente de cuidados. Neste contexto, quando a pessoa, mediante a situação de doença ou incapacidade, é incapaz de realizar as suas ações de autocuidado, as suas necessidades são superiores à capacidade de auto cuidar-se, surgindo o déficit de autocuidado, sendo que o seu cuidador atua como agente de autocuidado ao dependente. Assim, o enfermeiro, perante a avaliação do déficit de autocuidado otimiza a sua intervenção face às necessidades identificadas pelo cuidador da pessoa, ou seja, o agente de autocuidado.

Silva, 2001, refere que a capacidade para o autocuidado significa a habilidade da pessoa para executar ações que atendam as suas necessidades, porém para Queirós, (2010), o autocuidado não se refere só às AVD's, mas todas às vivências da pessoa.

Entre as AVD's incluem-se a capacidade para alimentar-se, tomar banho, vestir-se e despedir-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas. (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem, (CIPE) 2011)

O papel do enfermeiro é por isso mais amplo, envolvendo atividades independentes dos outros profissionais de saúde. Salienta-se a importância de o enfermeiro avaliar funcionalmente o doente, a fim de determinar as potencialidades deste para o autocuidado, além de atender às necessidades básicas diárias, ou seja, as AVD's. (Diogo, 2000)

A independência na realização das AVD's é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares. (Hoeman, 2000)

O enfermeiro de reabilitação deverá estar presente em todos os níveis de intervenção e estar dotado de uma subtileza que lhe permita que o caminho a percorrer faça sentido na existência particular do outro, que seja capaz de interpretar os gestos, a postura da face, o

silêncio, ou seja, a capa negra que muitas vezes os indivíduos a reabilitar, envolvem para esconder a dor. Reabilitar é sobretudo procurar novas perspectivas e novas possibilidades de ser, no relacionamento com o próprio e com os outros, no local ou espaço onde se escolhe viver.

Assim os programas de reabilitação com a intervenção do EEER enquanto elemento da equipa multidisciplinar, com competências específicas em cuidar de pessoas com necessidades especiais, visam a capacitação da pessoa com limitação da atividade a fim de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

3.1 – Conceitos e Componentes da Reabilitação Respiratória

A evolução do conceito de RR, à semelhança de muitos outros, foi marcada por uma profunda evolução desde a sua génese, em 1974, em que era definido como “arte”, até ao entendimento atual, enquanto processo científico, que dele se faz.

Azevedo (2008,) define a RR como um processo global e dinâmico cujo objetivo é recuperar física e psicologicamente a pessoa, de forma a possibilitar a sua reintegração social. Por isso, se associa a um conceito mais vasto de saúde, integrando o bem-estar físico, psíquico e social.

Apesar de a RR ser complementar às restantes terapias devemos levar em consideração que a evidência da melhoria sobre a capacidade de esforço (máxima, de endurance e funcional), sobre a dispneia e a fadiga, bem como sobre a Qvd, é hoje inquestionável. Também tem aumentado documentação no sentido do seu efeito benéfico sobre a utilização dos serviços de saúde e prognóstico da doença. (Hoeman, 2000)

Considerando a Reabilitação como “um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social (...)” (DGS, 2003:1), a reabilitação numa fase inicial da sua existência, atendeu sobretudo á pessoa/família com doenças neuromusculares e músculo-esqueléticas, sendo apenas pedido o apoio à pneumologia, para orientar os profissionais de saúde, a pessoa e família em algumas situações, que se complicavam, devido a alterações do foro respiratório.

A RR evoluiu de tal forma que conquistou um conceito com suporte científico, sendo relevante a sua intervenção face às implicações individuais, sociais e económicas,

manifestadas pelo crescente número de pessoas com doenças do foro respiratório, sobretudo pessoa/família com DRC (Canteiro & Heitor, 2003)

A par das definições já apresentadas para o conceito de RR será pertinente acrescentar a que se ficou a dever à American Thoracic Society (ATS) (1999) que a entende como uma intervenção multidisciplinar abrangente, baseada na evidência, para indivíduos com DRC, sintomáticas e das quais resulta uma diminuição da capacidade de realização das AVD's.

Em 2005, um esforço conjunto entre a American Thoracic Society e a European Respiratory Society criaram os primeiros guias de orientação clínica de RR, definindo-a como uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas AVD's. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada 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. Assim os Programas de RR dirigem-se aos doentes com DRC, isto é, com doença sintomática e frequentemente repercussão nas AVD's.

Para a DGS, 2009, p.1, a RR é definida como "...uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidencia, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária". E está indicada nas situações de incapacidade com sintomas de doença respiratória e de falência da terapêutica farmacológica, para alcançar alívio adequado sintomático, motivacional e de adesão terapêutica.

O sucesso da RR assenta em três pontos importantes como a multidisciplinaridade, enquanto intervenção de vários especialistas de saúde devido à variedade de problemas específicos que podem ser identificados em cada pessoa doente, a individualização terapêutica, pela personalização das avaliações individuais, e ainda a abordagem aos problemas psicossociais, para além das incapacidades físicas (Ries et al., 2008).

Teoricamente, os programas de RR podem adaptar-se a qualquer indivíduo com patologia respiratória. Contudo, o seu potencial terapêutico vai muito além, abarcando um vasto conjunto de indicações que incluem não só as patologias pulmonares do foro obstrutivo e restritivo como também a patologia do foro neoplásico, infeccioso e cardiovascular. A RR tem como principal objetivo atingir o nível de capacidade funcional máxima, incrementando a eficiência ventilatória e otimizando a função cardiopulmonar, com recurso a diferentes métodos. Pretende-se, desse modo, aumentar a independência e a autoestima do doente,

promovendo a sua participação e diminuindo a sintomatologia e o número de exacerbações, com redução dos custos de saúde e sociais inevitavelmente associados. (OE, 2018)

A RR deve fazer parte integrante da terapêutica dos doentes respiratórios crónicos sintomáticos, e é atualmente apontada como uma intervenção de 1.^a linha no tratamento da DRC, propiciando uma diminuição dos sintomas, melhoria na funcionalidade, capacidade de exercício, maior Qvd e mais autonomia da gestão da doença. É hoje consensual que para o tratamento do doente com DRC contribuam diversas estratégias incluindo prevenção, educação, cessação tabágica, medicação, quando indicada oxigenoterapia, e sempre uma perspetiva de RR (Branco, 2012)

A RR é uma intervenção terapêutica que se baseia numa avaliação alargada do doente, seguida de terapias personalizadas. É uma componente essencial nos cuidados de saúde, e está demonstrado que para além dos efeitos económicos na saúde, reduz os sintomas dos doentes melhora a qualidade de vida, o conhecimento e autoeficácia. A avaliação dos resultados envolve inúmeros parâmetros, constatando-se que os profissionais atribuem maior grau de importância aos relacionados com a Qvd (88%), com as atividades de vida diária (50%), com a função pulmonar (42%) e com a dispneia (33%). (PNDR – Relatório de análise da capacidade instalada de RR nos hospitais do serviço nacional de saúde, 2015).

A OMS considera a prevalência das doenças respiratórias como um problema de saúde em quase todo o mundo. Ora, verificando-se o aumento da sua incidência, os países devem implementar tanto medidas preventivas, quanto medidas que visem a diminuição das limitações impostas pelas doenças respiratórias (GOLD, 2007, p. 533).

3.2 - Programas de Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Reabilitação Respiratória

De acordo com o relatório de análise da RR nos hospitais do serviço nacional de saúde e comparativamente com um inquérito nacional realizado no ano de 2009/2010, constata-se que duplicou o número de centros de reabilitação que referem ter programas de RR, registando-se uma evolução de 11 para 24 centros. A maioria dos programas denominados de ambulatórios ocorre nas instalações dos centros/instituições hospitalares, existindo muito poucos programas de reabilitação domiciliária. Verifica-se também que há um número considerável de centros que iniciam os programas de RR na fase aguda de exacerbação da doença. Conclui-se que nos últimos 5 anos houve um aumento no número de programas

estruturados e organizados, com componente interdisciplinar, incluindo o treino de exercício e a educação. Mantém-se, no entanto, a assimetria na distribuição geográfica, condicionando diminuição de acessibilidade a alguns doentes. Por outro lado, a capacidade instalada relativa ao número de doentes seguidos em programas de RR por ano, continua a estar muito abaixo das necessidades estimadas. (DGS, 2015)

Um programa de reabilitação só é um verdadeiro programa de reabilitação se a pessoa/família for devidamente avaliada na sua globalidade, mas atendendo às diferentes necessidades específicas, e ao ser executado deve ser individualizado a cada situação, respeitando a tolerância da pessoa aos diversos exercícios ou posicionamentos. No final deverá ser efetuada uma avaliação, em relação à sua eficácia e reformular novos objetivos com técnicas alternativas se tal for necessário. A relação terapêutica deve ser proporcionada pelo EEER, promovendo um ambiente calmo e de empatia entre ambos, onde serão explicados todos os exercícios e procedimentos a adotar, reforçando a importância dos mesmos e o quão importante é a sua colaboração para o sucesso do programa de reabilitação. (Sousa & Saraiva, 2009)

Ries et al. (2007) consideram que os programas de reabilitação implicam a avaliação do doente, o exercício, a educação e o apoio psicossocial. As necessidades de cada indivíduo determinam a adaptação e integração de diversos programas de diferentes áreas de saúde, utilizados pela reabilitação pulmonar. No que respeita aos indivíduos com doença pulmonar incapacitante, exige-se uma avaliação individual das suas necessidades e a conceção de um programa que permita dar uma resposta realista e cabal aos objetivos individuais do doente. O êxito do programa de RR deve ter em conta os problemas do foro psicológico, emocional e social, bem como a deficiência física, para assim otimizar a terapêutica médica tendente a melhorar a função pulmonar e a tolerância ao exercício.

Um programa de RR tem como objetivos: a redução dos sintomas respiratórios de fadiga e dispneia, a reversão da ansiedade e depressão associados à doença respiratória, melhoria da tolerância ao exercício com aumento da resistência ao esforço, melhoria na habilidade para a realização das atividades da vida diária, redução das agudizações, redução do número de consultas não programadas e recurso ao serviço de urgência, redução do número de dias de hospitalizações, proporcionar a diminuição das incapacidades físicas e psicológicas causadas pela doença respiratória através da melhoria da aptidão física e mental, alteração de comportamentos de agravamento, promovendo a reintegração social e capacitando o doente para a gestão integrada da sua doença, diminuição dos custos diretos

e indiretos relacionados com a Saúde e uma melhor integração familiar e social. (Branco, 2012))

Albert et al. (2008) bem como a DGS (2009), alertam para as seguintes indicações: Incapacidade sintomática associada à doença respiratória; Falência da terapêutica farmacológica para aliviar adequadamente os sintomas; Motivação e aderência. E tem como, principais contra-indicações da RR: Doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave; Comorbilidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada; Hipoxemia induzida pelo esforço refratário à administração de oxigénio; Impossibilidade de praticar exercício, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica.

São benefícios da RR:

- Redução dos sintomas respiratórios de fadiga e dispneia;
- Reversão da ansiedade e depressão associados à doença respiratória;
- Melhoria da tolerância ao exercício com aumento da resistência ao esforço;
- Melhoria na habilidade para a realização das atividades da vida diária;
- Redução das agudizações;
- Redução do número de consultas não programadas e recurso ao Serviço de Urgência;
- Redução do número de dias de hospitalizações;
- Diminuição dos custos diretos e indiretos relacionados com a saúde;
- Melhor integração familiar e social. (DGS 2009)

A equipa de profissionais a integrar no programa de RR deve ser a mais alargada possível. Segundo recomendações da DGS (2009), com um diretor médico e um coordenador do programa de RR; médico pneumologista e fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro de reabilitação, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional. A estrutura varia consoante a população de doentes e os recursos existentes. Dados da DGS, 2015, as equipas técnicas envolvidas são multidisciplinares envolvendo o Fisioterapeuta (88% dos programas), o Pneumologista (83%), o Fisiatra (75%), o Nutricionista/Dietista (67%), o Enfermeiro de Reabilitação (67%), o Psicólogo (54%), o Técnico de Cardiopneumologia (42%), o Assistente Social (38%), o Psiquiatra (33%) e o Terapeuta Ocupacional (17%).

Vai de encontro ao que referem, Simão, P. & Almeida, P., 2001, deverá ser constituída por um número variável de técnicos (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros) adequado a manter a correta avaliação/monitorização dos doentes. Deverão ter prática em suporte básico

de vida. Mínimo: médico (coordenador do programa) e técnicos com formação em exercício no doente respiratório crónico. Idealmente: incluir grupo multidisciplinar das áreas de nutrição, terapia ocupacional, assistência social, psicologia/psiquiatria.

O parecer de Ries et al. (2007) é de todo favorável à inclusão, na equipa interdisciplinar de profissionais de saúde envolvidos na reabilitação pulmonar, de médicos, cardiopneumologistas, enfermeiros especialistas em reabilitação, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e especialistas em exercício, que capacitem os doentes capazes de gerir a sua doença, apresentem de forma sustentada uma melhoria do seu estado de saúde com diminuição do recurso aos serviços de saúde, melhoria significativa na Qvd e consequente melhoria na vivência familiar e social.

Quanto à duração do programa, a RR convencional de longa duração faz-se, habitualmente, com duração entre as 8 e as 12 semanas. Apesar de poderem surgir benefícios ao fim de 1 semana, os programas mais longos poderão ter efeitos mais prolongados. É fundamental um programa de manutenção. Sempre que o mesmo não seja possível, os doentes devem ser estimulados a caminhar diariamente, pelo menos, 30 a 60 minutos com monitorização pelo telefone. Outra hipótese é incluir sessões semanais ou mensais de exercício no centro de RR. (DGS, 2009)

Face aos inúmeros benefícios, verifica-se que a taxa de referenciação e adesão à RR, assim como a capacidade de resposta dos serviços de saúde públicos ou privados, tem sido muito diminuta. Num estudo recente foi avaliada em cerca de 1% dos doentes em Portugal e na Europa, nos países de média adesão, em 30% estendendo-se este valor para superior a 70% nos países de grande adesão. (DGS, 2015)

A fraca acessibilidade do doente a um programa de RR pode estar relacionada com o facto de sentir que é complicado o cumprimento do programa, por depressão ou desmotivação, por dificuldades de transporte, por escassez de recursos financeiros ou ainda por resistência do doente e familiares à mudança de rotinas, medicação, e início de novas abordagens terapêuticas como a cessação tabágica, oxigenoterapia ou exercício terapêutico. No entanto a principal causa na muito deficiente acessibilidade reside na quase inexistente oferta de Programas de RR nomeadamente em Centros de proximidade, fora do ambiente hospitalar.

Hoje, em Portugal, só um pequeno número de doentes respiratórios crónicos é privilegiado ao terem acesso a um tratamento global com Programa de Reabilitação incluído. Torna-se, pois, premente a abertura de Centros de RR de proximidade, que possam dar respostas às necessidades do país. Os programas existentes são sobretudo do tipo

hospitalar, com componente de internamento e ambulatório. Existem programas domiciliários apenas em 5 centros. (DGS, 2015)

Componentes do programa de reabilitação respiratória:

O treino ao esforço é o elemento essencial. Sem treino não é legítimo falar em RR. Por outro lado, ao longo da aplicação do treino é possível e oportuno embutir os diferentes componentes selecionados para o doente. Consideram-se indispensáveis, sem o grau de evidência do treino, a educação do doente, a componente psicossocial e comportamental e a intervenção nutricional, que de acordo com DGS, 2009, vão ser apresentadas nos parágrafos seguintes.

No programa de RR a educação deve ser considerada como um processo preparado e efetuado por profissionais treinados, com vista a habilitar o doente e a família. Lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; promover uma modificação do comportamento e estilo de vida ajustado à doença; tornar o doente o mais possível autónomo no autocontrolo da doença e no recurso aos serviços de saúde; conhecer a intervenção adequada a adotar em cada momento.

Apesar de atualmente não haver consenso relativamente ao treino dos músculos respiratórios, este continua a ser considerado importante em utentes que ventitam em pequenos volumes, uma vez que este fator influencia a limitação do exercício (Presto & Damázio, 2009).

O treino de técnicas respiratórias tais como respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados. O recurso a estas técnicas ajuda o utente a controlar a sensação de “falta de ar”, melhorar a sua capacidade ventilatória, sincronizar o uso dos músculos abdominais com os movimentos respiratórios e consequentemente favorecer as trocas gasosas. (Fishman et al., 2008).

Simple estratégias como planificação das AVD's e de períodos de descanso, pequenas alterações na disposição dos objetos mais frequentemente utilizados e eliminação de barreiras arquitetónicas são, segundo Albert et al. (2008), fundamentais para reduzir o gasto de energia e a sensação de dispneia por parte do utente, fazendo com que este se mantenha ativo. Lynes (2007), afirma igualmente que devem ser ensinadas posições de descanso em caso de crises de dispneia como a “posição de cocheiro” ou outra que lhe seja confortável, em que o diafragma adquire uma curvatura mais fisiológica e todos os músculos acessórios da respiração, pescoço, cintura escapular, e membros superiores ficam em posição de relaxamento.

Para Branco et al (2012) existem técnicas de reabilitação que proporcionam alcançar os melhores resultados. Os autores identificam como procedimentos cruciais:

- técnicas de correção postural;
- exercícios de mobilização osteoarticular;
- técnicas de relaxamento e ensino de posições de descanso;
- métodos para facilitar a eliminação das secreções brônquicas (ensino da tosse e drenagem postural);
- controlo da respiração e exercícios de reeducação respiratória do tipo abomino-diafragmático e costal;
- treino específico dos músculos respiratórios, através de exercícios e pela espirometria de incentivo e controlo da respiração no esforço.

Genericamente, poderão ser cumpridas, mediante diferentes técnicas de tratamento e de acordo com o estado de cada doente, refiram-se: Drenagens, que permitem a exteriorização de secreções dificilmente mobilizáveis, colocando em posição pendente os segmentos a drenar; Técnicas de respiração controlada, que melhoram o padrão ventilatório dos doentes, tornando a respiração mais eficaz e com menos custos energéticos e/ou diminuem a sensação de dispneia. A expiração contra os lábios semicerrados e a inclinação do tronco para a frente são atitudes que os doentes poderão aprender a utilizar em casa, e mesmo durante o exercício físico, para lhes diminuir a sensação de dispneia. (Pastó et al., 2001)

Segundo Sousa & Saraiva, 2009, na primeira fase incluem-se os movimentos respiratórios profundos, com ênfase na expiração (o que permite variações do volume corrente e conseqüentemente o arrastar das secreções), técnicas de expiração forçada, com o controlo da respiração. Ensino da consciencialização e controlo da respiração, a percepção da pessoa em relação à sua respiração, leva a que esta a consiga controlar, adotar a frequência, a amplitude e o ritmo mais adequado à sua situação clínica, de forma a obter uma melhor ventilação com um menor dispêndio de energia. Este processo passa então pelo ensino da consciencialização da respiração, (inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados) conseguindo em simultâneo a dissociação dos tempos respiratórios.

Os exercícios diafragmáticos tendem a permitir um uso mais “rentável” do diafragma, pelo facto de melhorarem a relação tensão-cumprimento e aumentarem a força efetiva do diafragma, na sua qualidade de músculo inspiratório, permitindo a correção de atitudes inconvenientes, de que é exemplo a respiração paradoxal, como referem Feitosa et al. (2007).

O ensino da tosse, a tosse assistida (utilizada em pessoas com a musculatura abdominal flácida ou debilitada, no decorrer da expiração irá exercer-se compressão no abdómen, empurrando-o ligeiramente para cima, em direção ao diafragma). A tosse dirigida é essencial para que de forma eficaz se liberte as vias aéreas das secreções. (Branco et al, 2012)

O processo educacional leva a que o doente tenha uma participação ativa no seu programa de reabilitação, proporcionando-lhe o conhecimento das alterações físicas e fisiológicas decorrentes da doença e orientando-o para a adoção de procedimentos que explorem com mais exatidão essas alterações (Silva e Rodrigues, 2003). De facto, a educação engloba todos os aspetos da RR, iniciando-se na altura do diagnóstico até aos cuidados do fim de vida propicia responsabilidade partilhada por todos os intervenientes do programa de reabilitação respiratória: doente, médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, etc. (AACPR, 2006).

Avaliação psicossocial e comportamental: estes doentes, têm um risco elevado de desenvolver quadros de ansiedade e depressão ligadas à antecipação e desencadeamento dos episódios de dispneia. Nas fases moderadas a grave, os sintomas depressivos estão presentes em cerca de metade dos doentes e levam à autoexclusão social e familiar. A frustração com o mau estado de saúde e a sensação de invalidez apresentam-se sob a forma de irritabilidade, pessimismo e atitudes hostis com os outros. (DGS, 209)

Avaliação Nutricional: os doentes com DRC apresentam mudanças na composição corporal, manifestada pela perda de peso e de massa muscular, avaliada pela medição das pregas cutâneas e circunferência do braço. O mau status nutricional está associado com o aumento da mortalidade, independentemente do grau de obstrução. Esta situação pode ser revertida com o ganho de peso baseado no incremento da massa muscular. (DGS, 2009) A componente nutricional ainda não é tida como uma componente essencial do programa de RR, apesar do último consenso da ATS e da ERS incluir o estado nutricional e a composição do corpo entre os itens que devem ser avaliados nos candidatos à RR. Assim, a utilização de instrumentos para a avaliação do estado nutricional e o tratamento das alterações observadas não são procedimentos de rotina, nem o nutricionista está incluído nas equipas multidisciplinares responsáveis pela aplicação da terapia nutricional. (AACPR, 2006).

Outras intervenções concomitantes: o uso de suplemento de oxigénio em doentes com DRC e hipoxemia em repouso está indicado e recomendado, por rotina, por aumentar significativamente a capacidade de exercício. Assim, recomenda-se a administração de oxigénio com um débito de 3 a 5 L/min. Oxigenoterapia Débito adequado de modo a manter a saturação superior a 90% (em presença de hipoxemia em repouso). Ventilação Não

Invasiva, recomendação em doença grave. Técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia: as técnicas de conservação de energia têm por finalidade fazer com que o doente tenha menos dispneia nas suas atividades de vida diária ou profissional. A técnica de controlo da dispneia mais utilizada é a estratégia de respiração com os lábios semicerrados. Há tarefas simples que os doentes devem ser aconselhados a fazer: tomar banho sentados num banco; calçar e descalçar os sapatos sentados; fazer toda a higiene matinal sentados (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas domiciliárias; subir escadas degrau a degrau e não ter pressa na realização das tarefas. (DGS, 2009)

O uso de inaladores tem sido alvo de diversos estudos devido à importância que esta terapêutica desempenha na gestão da DRC. Atendendo à complexidade de alguns dos dispositivos inalatórios o utente deve receber instruções precisas sobre a técnica correta de utilização dos mesmos. Uma vez verificada a importância desta terapêutica, a monitorização objetiva e periódica da adesão, uso correto e eficácia dos inaladores é recomendada pela DGS (2011). A mesma entidade recomenda ainda que sejam criados programas educacionais e de autogestão para o uso correto de inaladores. A técnica correta depende do tipo de inalador, pelo que o utente deve conhecer bem os procedimentos de acordo com os dispositivos utilizados.

A Comissão de RR da Sociedade Portuguesa de Pneumologia em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação, distribuiu um inquérito eletrónico a todos os Serviços de Pneumologia (36) e de Medicina Física e Reabilitação do país (31), com o objetivo de avaliar o estado e a evolução da RR em Portugal. Dos resultados obtidos, o treino de endurance era realizado em 20 centros; o treino de força em 21; o treino dos músculos respiratórios em 16; estimulação neuromuscular em 12; relaxamento em 18; uso de adjuvantes no treino do exercício em 19; componente educacional em 19; cessação tabágica em 15; e outros (como musicoterapia, terapia do riso). DGS, 2015)

A avaliação dos resultados efetuada aos utentes com doenças crónicas envolvidas em programas de reabilitação são cada vez mais importantes nos cuidados de saúde e na investigação dos mesmos, uma vez que fornece dados importantes para a gestão dos recursos humanos e financeiros, bem como dos benefícios dos tratamentos envolvidos.

Lynes (2007) refere que uma apreciação dos benefícios do programa por parte do utente é uma parte essencial de todo o processo de avaliação. Além disso, menciona a avaliação da dispneia e da Qvd como componentes fundamentais. De acordo com a DGS (2011) a dispneia, que por natureza é um dado subjetivo, implica um autorrelato do utente.

Para conhecer a evolução da dispneia ao longo do tempo e recorrendo à memória do utente, estão validadas e padronizadas várias escalas, sendo recomendável a escala Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire. Esta escala é, segundo Lynes (2007) um instrumento para avaliação da dispneia que traduz o impacto da gravidade da DRC no utente e quando associada a outras avaliações pode ser preditor do seu prognóstico. É uma escala validada, de utilização fácil e que requer um tempo de preenchimento muito curto.

Segundo as orientações da DGS, 2009 a avaliação de resultados passa pela: Avaliação do desempenho na vida diária e da capacidade funcional; Avaliação de sintomas e Avaliação da Qualidade de Vida. Para os programas de RR estão validados alguns questionários, como o “Chronic Respiratory Disease Questionnaire”, o “Saint George's Respiratory Questionnaire” (SGRQ) e o Euro Qol inespecífico. Em programas ideais recomenda-se a utilização do SGRQ e, em programas menos sofisticados, o Euro Qol. Estes questionários têm duas limitações: Apesar de responderem às intervenções feitas em doentes em fase avançada da doença, não foram concebidos de raiz para esta situação; São extremamente influenciáveis pela ocorrência de exacerbações agudas.

Os programas RR devem ser alargados com benefício a todas as doenças respiratórias crónicas em fase de estabilidades sintomáticas. O objetivo é dar autonomia aos doentes para gerir a sua doença sabendo que a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, nomeadamente o exercício físico prescrito, são importantes fatores para a estabilização da doença e integração social.

A fim de fazer face às necessidades previsíveis será necessário certamente uma mudança de paradigma na RR em Portugal, com evolução para a prestação de RR na comunidade, com outros parceiros, possibilitando a realização de RR em contextos alternativos mais próximos do doente, tais como os cuidados de saúde primários, a comunidade ou mesmo o próprio domicílio, com uma interação continuada entre o doente, o seu médico e as equipas de reabilitação.

2ª PARTE – Estudo Empírico

Nesta parte do trabalho efetuamos uma descrição detalhada de como o estudo foi realizado, ou seja, o que foi feito e como foi feito. A metodologia deve contemplar, de forma clara, todos os procedimentos executados ao longo do estudo

1 - Metodologia

Concluído o enquadramento teórico que contextualiza a questão central desta investigação, explicitamos, nesta parte, as decisões metodológicas adotadas, nomeadamente a justificação do estudo, a questão e os objetivos da investigação, desenho e caracterização do estudo, a definição da população e amostra, a identificação das variáveis e a formulação das respetivas hipóteses, a descrição do instrumento de recolha de dados bem como os procedimentos utilizados na sua aplicação, o tratamento e a análise estatística da informação obtida durante a fase empírica.

A escolha do método e técnica de pesquisa está inerente ao problema que preocupa o investigador e ao nível de conhecimentos existente sobre a temática.

De acordo com Fortin (2009: 37), “a escolha do método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo da natureza da questão colocada”. Segundo a mesma autora, a metodologia, consiste em definir os meios de desenvolver a investigação, sendo aqui que o investigador determina a sua forma de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses isto, segundo a natureza do desenho que difere caso o objetivo do estudo vise descrever um fenómeno, explorar ou verificar associações entre variáveis ou as diferenças entre os grupos.

1.2 – Questões de Investigação

O ponto de partida da investigação começa na escolha de um tema relativo a uma situação problemática que necessita de uma investigação sistemática (Fortin, 2009). Para a mesma autora, na formulação de um problema de investigação devemos responder às seguintes questões: O que é estudado? A que grupo de indivíduos interessa o estudo? Porque é estudado este tema? Qual é o estado da questão? Que solução se propõe?

Para Fortin (2009: 73) uma questão de investigação é “um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. Após a revisão da literatura, essencial para enquadrar e contextualizar

a temática em estudo, esperamos obter resultados empíricos que respondam às questões de investigação levantadas.

A problemática do estudo centra-se na análise da Qvd da pessoa com patologia respiratória e os efeitos que as intervenções do EER tem sobre ela. Sendo que o estudo vai avaliar a Qvd do doente em 2 momento distintos, torna-se essencial conhecer a Qvd do doente na fase inicial do programa de RR e verificar que efeito provocaram as intervenções do EEER com a RR, verificando fundamentalmente que diferenças há entre a 1^o e a 2^o avaliação.

Temos como intenção verificar se os sucessos dos programas de RR se centram sobretudo “na sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular” (DGS, 2009, p. 2). Verificar ainda se estes programas desempenham um papel de complemento do tratamento, melhorando a Qvd, reduzindo os sintomas e minorando o impacto da doença nas AVD´s e contexto de vida social. (OE, 2018)

Tendo por base a problemática central, formulámos as seguintes questões de investigação, que se constituíram como ponto de partida para a investigação:

- Qual é a diferença entre a Qvd do doente com patologia respiratória antes de iniciar um programa de RR e após o seu termino?

- Será que as variáveis de contexto sociodemográfico e clínico influenciam a Qvd da pessoa com patologia respiratória?

- Em que medida os efeitos da intervenção do EEER melhoram a Qvd da pessoa com patologia respiratória?

1.2 - Objetivos

Partindo das questões levantadas, traçamos os objetivos, que se configuram como um contributo para um melhor conhecimento e compreensão do problema e, conseqüentemente, para demonstrar a importância da intervenção do EEER na Qvd da pessoa com patologia respiratória. Assim, constitui-se como objetivo geral, avaliar o bem-estar e Qvd da pessoa com patologia respiratória sujeitos às intervenções do EEER em programa de RR.

E os objetivos específicos são:

- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico da amostra;
- ✓ Conhecer a situação clínica da amostra em estudo;
- ✓ Avaliar a Qvd da amostra no 1º e 2º momento de avaliação;
- ✓ Verificar se há associação entre as variáveis sociodemográficas e a Qvd da pessoa com patologia respiratória;
- ✓ Verificar se há associação entre as variáveis clínicas e a Qvd da pessoa com patologia respiratória;
- ✓ Estudar o impacto das intervenções do EEER na Qvd da pessoa com patologia respiratória, no serviço de pneumologia da ULS Guarda;
- ✓ Comparar resultados obtidos nos dois momentos de avaliação.

1.3 - Tipo de Estudo

Segundo Norwood (2000; citado por Fortin, 2009), um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador que diz respeito à sua visão do mundo, às suas crenças e que determinam a perspetiva segundo a qual ele coloca uma questão de investigação e estuda um fenómeno; e a estratégia utilizada para atingir o objetivo traçado, ou seja, a metodologia utilizada para estudar o fenómeno do seu interesse. Mediante isto, aos diferentes métodos de investigação correspondem diferentes estratégias utilizadas para conceptualizar e compreender um fenómeno.

A pesquisa quantitativa, de uma forma geral, visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos (Fortin, 2009). Pretende obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares, como por exemplo estudos em que o objetivo é verificar a eficácia das intervenções de cuidado, junto de utentes. (Fortin, 2009)

Por forma a concretizar os objetivos propostos optou-se por realizar um estudo quase experimental descritivo e correlacional. É um desenho quase experimental porque avalia relações de causa e efeito, sem cumprir todos os requisitos de um desenho experimental, neste caso pela ausência de grupo de controlo. Assim no presente estudo, temos um desenho antes e após de grupo único (Fortin, 2009). A amostra é submetida a dois momentos de avaliação. O termo antes refere-se ao momento antes de iniciar programa de RR (1ª avaliação) e, o após corresponde a 7 dias, pelo menos de programa de RR (2ª avaliação).

Pretende-se também determinar as características da população, descrevendo-a em algumas variáveis e estabelecer a correlação entre as variáveis em estudo.

Transversal, pois o instrumento de colheita de dados será aplicado num determinado período.

1.4 - Variáveis e a sua operacionalização

As variáveis podem ser definidas como qualidades ou características às quais se atribuem valores. Elas estão presentes no enunciado do objetivo, nas questões de investigação, nas hipóteses e tomam diferentes valores, podendo ser medidas manipuladas ou controladas (Fortin, 2009). De acordo com Fortin (2009: 173), “a definição operacional das variáveis enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável. Ela dá indicações sobre a forma como as observações devem ser efetuadas”.

Estas podem ser classificadas quanto à relação que estabelecem entre si, em variáveis dependes e independentes. A variável dependente é aquela que se pertence estudar e que é influenciada pelas variáveis independentes. Espera-se que se altere a medida que a variável independente varia. (Marconi e Lakatos, 2007) A variável independente é aquela que causa ou influencia a variável dependente, é também chamada de variável experimental, e é considerada com a causa do efeito produzido na variável dependente.

Assim, com base na fundamentação teórica, na questão de investigação e nos objetivos do estudo, considerámos como variáveis dependentes o bem-estar e a Qvd da pessoa com patologia respiratória.

A operacionalização desta variável assenta no Saint George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ), cujos critérios de mensuração serão apresentados no capítulo da colheita de dados.

As variáveis independentes foram divididas em três grupos: **Variáveis Sociodemográficas** (Género; Idade; Estado civil; Área de residência; Composição e número de membros do Agregado familiar; Apoio Familiar; Habilitações literárias; Situação profissional).

Variáveis clínicas (Diagnóstico e anos da patologia diagnosticada; se é seguido em consultas; valores de SPO2; Patologias associadas; Período de internamento; faz oxigénio se

sim, quantos litros/hora e quantas horas /dia; terapêutica; uso de inaladores; faz aerossolterapia; valores de SPO2 antes e no fim internamento).

Caracterização das intervenções enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Faz programa de reabilitação; que profissional realiza o programa; São usadas técnicas de limpeza das vias aéreas; se já tinha feito RR antes; se sim, a que profissional recorreu; como avalia a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; acha que o ajudou; voltaria a recorrer aos seus serviços).

O programa de RR é realizado de segunda a sexta feira, sendo que os casos mais prioritários também o realizam ao fim de semana. O programa constou no mínimo de 7 dias, ou seja, 7 sessões. Se o internamento ocorre à sexta feira à tarde e/ou aos fins de semana, o programa de RR não é iniciado de imediato, mas no dia útil seguinte. Cada sessão teve a duração entre 30-60 min que varia conforme tolerância do doente e mediante as necessidades de repouso de cada participante ao realizar os exercícios. Os objetivos definidos para o programa de RR eram estabelecidos pelas EEER do serviço, conforme as necessidades de cada doente. As doenças respiratórias, do ponto de vista funcional, podem ser classificadas em obstrutivas, restritivas e mistas. Esta classificação baseia-se na avaliação da função pulmonar e do mecanismo fisiopatológico e tem influência na escolha dos exercícios e objetivos pretendidos.

O programa iniciava-se com avaliação inicial, que resulta da recolha de informação junto da pessoa com necessidade de cuidados de RR. A avaliação da situação clínica incluiu a avaliação sintomatológica, com recurso ao exame físico (inspeção, palpação, auscultação) meios complementares de diagnóstico (gasometria, raio-x tórax, TAC, provas de função respiratória), avaliação de sinais vitais, e tendo sempre em conta a avaliação da capacidade funcional, função respiratória, função muscular e Qvd.

O programa de RR contemplou exercícios que permitiam como exemplo: assegurar a permeabilidade das vias aéreas. As técnicas de limpeza das vias aéreas foram executadas e ensinadas mediante a necessidade do individuo (drenagem postural, autodeneguem, expiração forçada, tosse dirigida e manobras de compressão e vibração); prevenir e corrigir defeitos ventilatórios; melhorar a performance dos músculos respiratórios; reduzir a sobrecarga muscular; Prevenir / corrigir defeitos posturais; reeducar no esforço. O programa envolveu o desenvolvimento de competências relacionadas com o treino de músculos respiratórios: A consciencialização e controlo da respiração dissociação dos tempos respiratórios, respiração com os lábios semicerrados (com ênfase na fase expiratória), e respiração diafragmática; Reeducação diafragmática - porção posterior, porção anterior consoante tolerância e hemicúpula direita e esquerda; Reeducação costal global em especial

costal inferior; Aberturas costais bilaterais e mobilização escapulo umeral sentado em frente a um espelho quadriculado, permitindo correção postural. O programa englobou também o treino de força muscular e o treino de endurance. O treino de força muscular incluiu exercícios de fortalecimento muscular para os membros superiores e inferiores, de acordo com a capacidade e tolerância do doente. Foram também realizados exercícios de relaxamento. Foi igualmente necessário recorrer a estratégias terapêuticas que melhorem a tolerância ao exercício devendo ser incluídas nos programas de RR de forma personalizada, como a otimização da terapêutica farmacológica; ventilação não invasiva e suplemento de oxigénio. Sem nunca esquecer a implementação de programas de educação, isto é, ensinamentos ao doente ao longo de todo o programa.

1.5 - Hipóteses

Nos estudos quantitativos, uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis na população em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Surgem então as seguintes hipóteses para serem verificadas neste estudo:

H1 – Existe associação entre fatores sociodemográficos e a Qvd da pessoa com patologia respiratória.

H2 – Existe associação entre fatores clínicos e a Qvd da pessoa com patologia respiratória.

H3 – As intervenções do EEER produzem efeitos positivos na Qvd da pessoa com patologia respiratória.

H4– Existem diferenças entre a Qvd da pessoa com patologia respiratória no 1º momento e o 2º de avaliação.

1.6 - População e Amostra

Precisar a população que será estudada representa a primeira etapa do processo de amostragem. A população pode definir-se como “o conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns (...)”. O elemento é a unidade de base da

população junto da qual a informação é recolhida” (Fortin, 2009: 310-311). A população alvo que é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009: 311). O estudo da população alvo na sua totalidade é muitas vezes inviável pelo que se opta por estudar uma porção da população alvo à qual o investigador pode aceder, esta população designa-se por população acessível e, tanto quanto possível esta deve ser representativa da população alvo (Fortin, 2009).

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, ou seja, certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin, 2009).

A amostra acidental, também designada por amostra de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Neste estudo consideramos como população alvo os doentes internados na ULS Guarda, Hospital Sousa Martins no serviço de Pneumologia, e a amostra foram os doentes com patologia respiratória diagnosticada e internados no referido serviço, no período de maio a julho de 2018.

A escolha deste local deve-se sobretudo a razões de ordem prática, pelo fato de corresponder à área de residência e de exercício profissional.

A seleção dos participantes no estudo será realizada com base em critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos. Os critérios de inclusão “correspondem às características essenciais dos elementos da população” (Fortin, 2009, p. 311) e, neste estudo, foram selecionados os seguintes doentes:

- ✓ Ter patologia respiratória diagnosticada.
- ✓ Estar internado no serviço de pneumologia durante o período de colheita de dados.
- ✓ Estar sujeito a um programa do RR pelo EEER durante pelo menos 7 dias de internamento. Este período foi escolhido, essencialmente pela média de duração do internamento, caso contrário não conseguiríamos colher dados suficientes durante o período de tempo esperado.

1.7 - Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados pode ser definido como sendo “um elemento ou técnica que o investigador utiliza para colher dados, constituindo o instrumento de trabalho que viabiliza o estudo” (Hungler e Polit, 1995: 369).

Para o presente estudo selecionamos como instrumento de colheita de dados, o questionário visto ser o instrumento de eleição para recolher informação fatural sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Sendo assim, o questionário por nós executado é constituído por quatro secções, sendo as três primeiras construídas por nós. A primeira é composta por questões dirigidas no sentido de obtermos informação relativa às características sociodemográficas, a segunda parte é constituída pelas questões clínicas, a terceira parte diz respeito às intervenções do EEER, e a quarta e última á aplicação de uma escala, criadas por outros investigadores, que se encontram testadas e traduzidas para a população portuguesa, nomeadamente o SGRQ. Este foi desenvolvido em 1991 por Jones, Quirck e Baveystock. Foi validado para língua Portuguesa por Sousa e seus colaboradores em 2000 e traduzido para a população Portuguesa por Taveira e Ferreira. É o questionário de avaliação da Qvd mais específico da patologia respiratória, indicado pela DGS 2009 e OE 2016 (Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação)

É de autopreenchimento supervisionado pelo investigador, de forma a reduzir o mais possível o número de enviesamentos, pois o objetivo é conhecer a perceção da própria pessoa, sem que haja interferência de outros, sendo que devem ser esclarecidas dúvidas em relação às questões. (Anexo III). O instrumento de colheita de dados foi aplicado durante o período previsível de maio a julho de 2018, no internamento no serviço de pneumologia da ULS Guarda.

A Colheita de dados foi realizada em 2 momentos distintos, na 1ª avaliação, antes de iniciar programa de RR, e em alguns casos no 1º ou 2º dia de programa, foram preenchidas todas as questões exceto: questão 18 **Seção II – Caracterização clínica**, correspondente ao valor de SPO2 no fim do internamento; e as questões 24, 25 e 26 da **Seção III - caracterização das intervenções enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**.

Na 2ª avaliação de colheita de dados não se preencheu as questões relativas à **Caracterização sociodemográfica**, por não existirem alterações, e na **Seção II – Caracterização clínica** respondeu-se á questão 18, valor de SPO2 no fim do internamento, nas questões 12, 13 e 14 verificou se se existia alguma alteração. Quanto á **Seção III - caracterização das intervenções enfermeiro especialista em enfermagem de**

reabilitação, apenas se preencheram as questões 24, 25 e 26 e verificou-se alterações na questão 19 (Se realiza algum tipo de RR, na 1ª avaliação podia ainda não ter iniciado).

Na **Seção IV - Saint George's Respiratory Questionnaire - SGRQ**, foi preenchida nos 2 momentos de avaliação.

Seção I – Caracterização sociodemográfica:

Nesta secção recolhemos informações pessoais da amostra como género; Idade; Estado civil; Área de residência; composição e número de membros do Agregado familiar; Apoio Familiar; Habilitações literárias; situação profissional.

A caracterização é elaborada tendo por base a formulação de 7 questões no total, 5 de resposta fechada e duas de resposta aberta.

Seção II – Caracterização clínica:

Esta secção é referente à informação clínica que tem por base no Diagnóstico e anos da patologia diagnosticada; se é seguido em consultas; valores de SPO2; Patologias associadas; Período de internamento; faz oxigénio se sim, quantos litros/hora e quantas horas /dia; Terapêutica; Uso de inaladores; faz aerossolterapia; valores de SPO2 antes e no fim internamento. Esta caracterização é baseada em 11 questões, 7 perguntas fechadas e 4 abertas.

Seção III - caracterização das intervenções enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

Faz programa de reabilitação; que profissional realiza o programa; São usadas técnicas de limpeza das vias aéreas; se já tinha feito RR antes; se sim, a que profissional recorreu; como avalia a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; acha que o ajudou; voltaria a recorrer aos seus serviços. Esta caracterização é baseada em 8 questões, todas perguntas fechadas.

Seção IV - Saint George's Respiratory Questionnaire - SGRQ

Compõe-se de 50 itens, com 76 pesos de resposta, distribuídos por três domínios: sintomas, atividades e impacto psicossocial.

- Domínio dos sintomas – primeira parte do questionário, tem 8 itens avalia sintomas respiratórios, a frequência e a severidade.

- Domínio das atividades – corresponde à seção 2 e 6 da segunda parte do questionário, tem 16 itens, avalia as atividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório.

- Domínio impacto psicossocial – corresponde às secções 1, 3, 4, 5 e 7 da segunda parte, tem 26 itens, avalia o controlo da doença, as expectativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar.

Cada domínio tem uma pontuação máxima possível (sintomas, 662,5 pontos; atividades, 1.209,1 pontos; e impactos, 2.117,8 pontos); os pontos de cada resposta são somados, e o total é referido como um percentual desse máximo (0-100%). Além das pontuações de cada domínio, um escore total também é calculado, baseado nos resultados dos três domínios (3.989,4 pontos). Uma pontuação maior significa pior qualidade de vida.

Para calcular a Qvd, tem de se fazer a soma dos pesos de cada item, e de cada domínio, dividindo pela possibilidade máxima que pode ser alcançada. A pontuação de cada domínio é em percentagem, calculada pelo coeficiente da seguinte equação:

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

Os resultados das respostas são convertidos em “scores”, parciais (um para cada área) ou totais (calculados a partir das respostas positivas, exprimindo o resultado como a percentagem do “score” máximo possível para todo o questionário), “scores” mais elevados correspondem a maior gravidade (0-100).

O questionário tem boa Qvd quando os resultados são próximos de 0 e pior qualidade quando próximos de 100. A pontuação é depois convertida em percentagem, sendo que os autores consideram que valores até 10% revelam Qvd normal, acima de 10% já indicam anormalidade e alterações iguais ou superiores a 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total de pontos, indicam mudança na Qvd dos doentes. (Sousa, Jardim & Jones 2000)

1.8 - Considerações ético-legais

A investigação no âmbito da saúde, por envolver seres humanos, exige que diversos procedimentos éticos sejam respeitados desde o início da investigação, sendo a escolha do tema, definição do tipo de estudo, recrutamento dos participantes e o processo de recolha de dados alguns dos elementos que necessitam do cumprimento de condutas éticas (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo, foi efetuado um pedido de autorização à Administração da ULS Guarda. Foi dirigido um ofício no dia 15/02/18, à Sr^a Presidente do Conselho de Administração da ULS Guarda, que o fez chegar à comissão de ética da ULS, no sentido de ser autorizada a aplicação de um instrumento de colheita de dados, (Anexo I)

Antes de se proceder à recolha de dados, foi solicitada a autorização a todos os doentes para participarem no estudo e realizados esclarecimentos sobre o estudo e os seus objetivos. Foi ainda solicitado a todos os participantes que assinem o formulário de consentimento informado, de modo a objetivar a sua disponibilidade para o estudo. O anonimato dos dados recolhidos foi, igualmente, salvaguardado. (Anexo II)

Tivemos autorização do conselho de administração após concordância da comissão de ética da instituição no dia 14 de maio de 2018. (Anexo IV)

O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos meses de maio a julho de 2018, no serviço de pneumologia e o seu preenchimento efetuado pelos utentes (que apresentavam capacidades para o fazer), pelo cuidador significativo, ou, em alguns casos, pelo autor do estudo, de forma a reduzir o mais possível o número de enviesamentos e pelo fato de existirem doentes não alfabetizados.

Não foi criado um grupo de controlo para o estudo, visto que todos os doentes com patologia respiratória diagnosticada e com critérios para a realizarem, iniciam automaticamente o programa de RR no início do internamento, após avaliação cuidadosa do EEER conjuntamente com o médico, e sempre que reuniam condições para realizar o programa.

1.3 - Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico é fundamental nos estudos de investigação por permitir analisar quantitativamente os dados recolhidos e estabelecer uma correspondência entre o nível empírico e o teórico.

Segundo Coutinho (2011), a estatística permite organizar os dados obtidos e sustenta que a função do tratamento estatístico é "(...) transformar dados em informação". Seguindo este raciocínio e de forma a sistematizar e organizar os dados que iremos recolher nesta pesquisa, iremos recorrer à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial.

Os dados colhidos num estudo, não respondem por si só às questões de investigação, nem testam a hipótese previamente definida, estes dados têm que ser sistematicamente analisados para que as tendências e os relacionamentos possam ser detetados. (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Após a colheita de dados, irá efetuar-se uma primeira análise à base de dados onde serão inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

A descrição e análise dos dados obedecerão à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados. Todo o tratamento estatístico foi processado através dos programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24 de 2017 para Windows. Para a apresentação dos resultados recorrem-se a Tabelas e Quadros, onde constam os dados mais relevantes, tendo-se omitido nas mesmas o local, a data e a fonte, pois todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados num estudo de coorte transversal.

Na análise dos dados, irá recorrer-se à estatística descritiva e inferencial. A primeira permite estruturar a informação numérica com vista à descrição global da amostra.

Análise estatística descritiva, recorrendo-se a frequências absolutas (n) e relativas (%), a medidas de tendência central como a média (M), medidas de dispersão, como o desvio padrão (DP), mínimos (Min) e máximos (Max).

Quanto à estatística inferencial, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica para estudo de proporções.

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Marôco, 2011), estando em conformidade com o postulado por Pestana e Gageiro (2014), quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2011). Só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 15, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2014).

Deste modo, descrevem-se os testes usados na estatística:

- ✓ Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- ✓ Análise de Teste de Kruskal Wallis usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014);
- ✓ Teste de qui quadrado (χ^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir

sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. Para Pestana e Gajero (2014) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de χ^2 , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

O nível de significância utilizado estudo é de 0,05 ($p < 0,05$).

De seguida apresenta-se a análise dos resultados, tendo em conta a estatística descritiva e a inferencial, onde se ressaltam os dados mais relevantes da pesquisa.

2– Apresentação e Análise dos resultados

Neste ponto pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, referentes ao tratamento de toda a informação recolhida através do questionário aplicado aos utentes que têm patologia respiratória diagnosticada e sujeitos a programa de RR com EEER durante pelo menos 7 dias.

A apresentação dos resultados será feita, num primeiro momento, através da análise descritiva, a partir da qual se procuram estudar as variáveis que caracterizam o grupo estudado, a variável dependente e as dimensões que serviram para a sua mensuração; num segundo momento, a apresentação dos dados é feita através da análise inferencial, a partir da qual se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e a variável dependente.

Por último, na análise inferencial procedemos à apresentação dos resultados, onde constam os dados mais relevantes do estudo.

Análise Descritiva

A apresentação dos dados referentes à análise descritiva surge esquematizada em várias tabelas, precedidas das análises correspondentes.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo é constituída por 40 doentes com patologia respiratória diagnosticada, dos quais a maioria (70,0%) é do género masculino.

Em relação à idade, estão em maioria os doentes com idade superior aos 75 anos (55,0%), seguindo-se os que possuem idade igual ou inferior aos 65 anos (30,0%).

Verifica-se que a percentagem mais elevada corresponde aos doentes casados ou em união de facto (55,0%), sobressaindo também os que são viúvos (32,5%).

Quanto à área de residência, mais de metade dos doentes reside em meio rural (62,5%).

Em relação ao agregado familiar, (47,5%) dos doentes vivem com o cônjuge, (22,5%) vivem com familiares e (20,0%) sozinhos. O número de membros do agregado familiar mais

expressivo é de 2 pessoas (44,4%), sendo também de referir que (27,8%) tem um agregado familiar constituído apenas por uma pessoa.

Em relação ao apoio familiar, estão em maioria os doentes que sentem tê-lo quase sempre (75,0%) e a destacar que apenas (5%) quase nunca têm apoio.

No que diz respeito às habilitações literárias, destacam-se os doentes com o 1.º ciclo do ensino básico (47,5%), seguindo-se os que não sabem ler nem escrever (25,0%).

Quanto à situação profissional, a maioria dos doentes encontra-se reformada (70,0%), e apenas 27,5% empregados (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N	%
Género	28	70,0
Masculino	12	30,0
Feminino		
Idade		
≤65 anos	12	30,0
66-75 anos	6	15,0
>75 anos	22	55,0
Estado civil		
Casado / União de facto	22	55,0
Solteiro	3	7,5
Divorciado / Separado	2	5,0
Viúvo	13	32,5
Área de residência		
Rural	25	62,5
Urbana	15	37,5
Agregado familiar		
Vive sozinho	8	20,0
Vive com o cônjuge	19	47,5
Vive com familiares	9	22,5
Institucionalizado	4	10,0
Número de membros do agregado familiar		
1 pessoa	10	27,8
2 pessoas	16	44,4
3 pessoas	5	13,9
4 pessoas	4	11,1
5 pessoas	1	2,8
Apoio familiar		
Quase sempre	30	75,0
Algumas vezes	8	20,0
Quase nunca	2	5,00
Habilitações literárias		
Não sabe ler e escrever	10	25,0
1ª ciclo	19	47,5
2º ciclo	6	15,0
3º ciclo	3	7,50
12º ano ou equivalente	1	2,50
Curso superior	1	2,50
Situação profissional		
Empregado	11	27,5
Desempregado	1	2,50
Reformado	28	70,0
Total	40	100,0

Ainda em relação à idade, os resultados obtidos mostram, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 47 anos e uma máxima de 90 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 72,15 anos ($\pm 12,64$). O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas relativas à idade

Idade	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	40	47	90	72,15	12,64	17,51	-1,16	-1,46

Caracterização clínica

De acordo com os dados apurados, 57,5% dos doentes possuem mais do que uma patologia para além da patologia respiratória. Verifica-se que 20% têm neoplasia e 12,5% DPOC. No que se refere à antiguidade da patologia respiratória 35,0%, afirmam ter o diagnóstico há menos de 1 ano e outros 30%, há mais de 5 anos.

Procurou-se saber se os doentes são seguidos nas consultas, constatando-se que 57,5% são seguidos e 42,5% não são.

No que se refere à presença de patologias associadas à patologia respiratória, as mais dominantes são as doenças cardíacas (45,0%) e as osteoarticulares (45,0%).

A terapêutica farmacológica habitualmente usada pelos indivíduos em estudo apresentada na tabela 3, salienta como uso mais frequente o dos diuréticos (52,5%), seguindo-se os digitálicos (42,5%), a anti hipertensores (37,5%) e as benzodiazepinas (30,0%).

De salientar que quase metade da amostra não faz qualquer tipo de terapia coadjuvante à terapêutica farmacológica. Dos que fazem, 20 (50%) fazem aerossolterapia e 18 (45%) fazem inaloterapia.

A maioria dos doentes admite ainda, fazer oxigénio (65,0%), dos quais (32,5%) fazem 2 litros de oxigénio, (25,0%) fazem 1 litro e (7,5%) fazem 3 litros. Tendo a maioria (60,0%) referido que faz oxigénio ao longo de 24 horas e apenas (5%) faz apenas durante 16 horas.

Tabela 3. Caracterização clínica

Variáveis	N	%
Diagnóstico		
DPOC	5	12,5
Insuficiência respiratória	2	5,0
Pneumonia	2	5,0
Mais que uma patologia	23	57,5
Neoplasia	8	20,0
Tempo de diagnóstico		
Menos de 1 ano	14	35,0
2 a 3 anos	5	12,5
3 a 4 anos	7	17,5
mais de 5 anos	14	35,0
Seguido nas consultas		
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Patologias associadas		
Cardíacas	18	45,0
Neurológicas	4	10,0
Osteoarticulares	18	45,0
Oftalmológicas	4	10,0
Dermatológicas	2	5,0
Oncológicas	10	25,0
Fazer oxigênio		
Sim	26	65,0
Não	14	35,0
Litros de oxigênio		
1 litro	10	25,0
2 litros	13	32,5
3 litros	3	7,5
Horas de realização de oxigênio		
16 horas	2	5,0
24 horas	24	60,0
Medicação que realiza habitualmente		
Benzodiazepinas	12	30,0
Sedativos	6	15,0
Neurolépticos	1	2,5
Antidepressivos	4	10,0
Digitálicos	17	42,5
Diuréticos	21	52,5
Anti. Hipertensores	15	37,5
Realizar inaladores		
Sim	18	45,0
Não	22	55,0
Realizar aerossolterapia		
Sim	20	50,0
Não	20	50,0

A análise dos resultados com a aplicação do teste t de Student verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos valores médios de SPO₂ (p=0,027). Na 2ª avaliação, estes valores são mais elevados, (95-100%) do que na 1ª (92-100%) o que significa que houve uma melhoria clínica. (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Teste T de Student entre os valores de SPO_2 nos dois momentos de avaliação

	Primeiro momento		Segundo momento		t	p
	Min.Máx.	M \pm Dp	Min.Máx.	M \pm Dp		
SPO₂	92-100	96,4 \pm 1,92	95-100	96,8 \pm 1,45	-1,16	0,027

O que confirma o observado na tabela 5, em que se verifica a correlação positiva e estatisticamente significativa ($p=0,036$) da SPO_2 da 1ª avaliação, antes da aplicação do programa de RR, e na 2ª avaliação, isto é, após a aplicação do mesmo, verificando-se o pressuposto pela aplicação do teste t Student para amostras emparelhadas.

Tabela 5. Estatísticas relativas ao SPO_2 da 1ª e 2ª avaliação

SPO₂ segundo momento de avaliação		
	R	p
SPO₂ primeiro momento de avaliação	0,41	0,036

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Procurou-se saber se os doentes realizam algum tipo de RR, tendo-se constatado que na 1ª avaliação a maioria refere que sim (60,0%). E desse, (55,0%) referem que a RR é realizada por um EEER. O facto, de não haver 100% de doentes na 1ª avaliação a dizer que realiza RR, deve-se particularmente aos tempos de colheita de dados, nomeadamente porque há internamentos à sexta feira à tarde e aos fins de semana, nestes casos o programa de RR não é iniciado logo, mas sim no dia útil seguinte. Na 2ª avaliação, toda a amostra (100%) realiza RR.

Constata-se que 42,5% destes doentes mencionam que são usadas técnicas de limpeza das vias aéreas.

No total da amostra, a maioria dos doentes nunca tinha realizado anteriormente RR (57,5%), enquanto que (42,5%) admitem já tê-la feito antes. (20,0%) dizem ter recorrido a um EEER, (12,5%) refere que recorre ao fisioterapeuta e (10,0%) a um psicomotricista.

Por fim solicitou-se aos doentes que avaliassem a intervenção do EEER após o programa de RR, verificando-se que a maioria (67,5%) admite estar muito satisfeita e (32,5%)

satisfeitos. Todos os doentes consideram que o EEER os ajudou e que voltariam a recorrer aos seus serviços (100,0%) (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Variáveis	N	%
Realização de RR (1º momento)		
Sim	24	60,0
Não	16	40,0
Realização de RR (2º momento)		
Sim	40	100,0
Não	0	0,0
Profissional que realiza a reabilitação respiratória no (1º momento)		
Enfº reabilitação	22	55,0
Fisioterapeuta	2	5,0
Uso de técnicas de limpeza das vias aéreas (1º momento)		
Sim	17	42,5
Não	7	17,5
Ter realizado anteriormente reabilitação respiratória		
Sim	17	42,5
Não	23	57,5
Profissional a que recorreu para realizar a reabilitação respiratória		
Enfº reabilitação	8	20,0
Fisioterapeuta	5	12,5
Psicomotricista	4	10,0
Avaliação da intervenção do Enf.º de reabilitação após o programa de RR		
4-6 Satisfeito	13	32,5
7-10 Muito satisfeito	27	67,5
Considerar que o Enf.º de reabilitação o ajudou		
Sim	40	100,0
Voltar a recorrer aos serviços do Enf.º de reabilitação		
Sim	40	100,0

Caracterização da Qvd da Amostra - SGQR

Na 1ª questão do questionário de SGQR, solicitou-se aos doentes que avaliassem o seu estado de saúde atual nos dois momentos de avaliação, apurando-se que, antes do programa de RR, a maioria dos doentes classificou o seu estado de saúde como mau (37,5%), seguindo-se os que o avaliaram como muito mau (32,5%). Após o programa de RR, houve

uma melhoria significativa do estado de saúde dos doentes, pois verifica-se que (72,5%) o classificaram como bom (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Avaliação do estado de saúde atual nos dois momentos de avaliação

Variáveis	N	%
Avaliação do estado de saúde na 1ª avaliação		
Muito bom	0	0,0
Bom	0	0,0
Moderado	12	30,0
Mau	15	37,5
Muito mau	13	32,5
Avaliação do estado de saúde na 2ª avaliação		
Muito bom	3	7,5
Bom	29	72,5
Moderado	8	20,0
Mau	0	0,0
Muito mau	0	0,0
Total	40	100%

A caracterização da Qvd baseia-se na aplicação do questionário SGRQ, a tabela 8 representa os valores médios dos scores obtidos. É de salientar que os resultados deste instrumento de avaliação variam de 0 a 100, sendo que os valores mais elevados correspondem a uma pior perceção de Qvd, ou seja, uma pontuação maior significa pior Qvd, sendo que os autores consideram que valores até 10% revelam Qvd normal, acima de 10% já indicam anormalidade, ou seja, comprometimento da Qvd. Alterações iguais ou superiores a 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total de pontos, indicam mudança na Qvd dos doentes.

Podemos verificar que é no domínio das atividades (avalia as atividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório) na 1ª avaliação (61,87%) e na 2ª avaliação (55,00%) que a Qvd das pessoas com patologia respiratória é mais afetada; seguida dos sintomas (avalia sintomas respiratórios, a frequência e a severidade) na 1ª avaliação (50,26%) e na 2ª avaliação (44,04%) e por último do impacto psicossocial (avalia o controlo da doença, as expetativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar) na 1ª avaliação (39,64%) e na 2ª (34,60%).

Dados que testemunham o score do fator global nas 2 avaliações, tendo sido apurada uma diminuição do mesmo (48,7 para 42,80). (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Análise descritiva da Qvd e dos seus domínios

Qvd no 1.º momento	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	
Domínio dos sintomas	40	3,6	85,7	50,26	16,91	33,64	
Domínio das atividades		0,0	106,3	61,87	35,34	57,60	
Domínio impacto psicossocial		3,6	71,4	39,64	19,22	48,48	
Fator global		22,2	83,3	48,71	16,83	34,55	
Qvd no 2.º momento							
Domínio dos sintomas		0,0	82,1	44,04	21,80	49,50	
Domínio das atividades		0,0	106,3	55,00	38,65	70,27	
Domínio impacto psicossocial		0,0	71,4	34,60	21,61	62,45	
Fator global	0,0	80,6	42,80	21,67	50,63		

Os valores globais tanto na 1ª como na 2ª avaliação são superiores a 10% (16, 83% e 16,30% respetivamente), o que significa que existe anormalidade na Qvd, apesar de valores próximos dos 10%. Não houve uma mudança, de pelo menos 4 pontos no score total, mas pode inferir-se uma mudança mínima clinicamente significativa. Nesta amostra houve uma diminuição da 1ª para a 2ª avaliação traduzindo uma ligeira melhoria na

Análise inferencial

De seguida apresentam-se os resultados da análise inferencial, procurando-se testar as hipóteses formuladas. Importa referir que se apresentam em primeiro lugar os resultados da Qvd antes do programa de RR, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, os fatores clínicos e as intervenções do EEER, em segundo lugar, faz-se uma comparação da Qvd antes e após o programa de RR.

H1 – Existe associação entre os fatores sociodemográficos e a Qvd da pessoa com patologia respiratória.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 10, através da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, e tendo em conta que uma pontuação maior significa pior Qvd constata-se que são as mulheres que revelam melhor Qvd no domínio dos sintomas, no domínio das atividades e na Qvd global, enquanto os homens revelam melhor Qvd no domínio impacto psicossocial. Apesar existirem diferenças nos valores de Ordenações Médias (OM) entre os dois grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre o género e a Qvd destes participantes. ($p = 0,965$) (cf tabela 10)

Tabela 9. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o género e a Qvd

Qualidade de vida	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		OM	OM		
Domínio dos sintomas		21,27	18,71	146,500	0,524
Domínio das atividades		21,84	17,38	130,500	0,263
Domínio impacto psicossocial		19,89	21,92	151,000	0,615
Fator global		20,55	20,38	166,500	0,965

Os resultados da aplicação do Teste Kruskal-Wallis revelam que os doentes com idade igual ou inferior aos 65 anos apresentam melhor Qvd no domínio dos sintomas, os doentes na faixa dos 66-75 anos, melhor no domínio das atividades e Qvd global, enquanto os doentes com idade superior aos 75 anos apresentam melhor Qvd no domínio psicossocial. Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os três grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre a idade e a Qvd destes participantes. ($p = 0,943$).

Tabela 10. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a idade e a qualidade de vida

Qualidade de vida	Idade	≤65 anos	66-75 anos	>75 anos	X ²	p
		OM	OM	OM		
Domínio dos sintomas		18,96	20,25	21,41	0,347	0,841
Domínio das atividades		20,42	13,08	22,57	3,175	0,204
Domínio impacto psicossocial		22,67	22,83	18,68	1,189	0,552
Fator global		20,67	19,00	20,82	0,118	0,943

De acordo com os resultados obtidos da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, verifica-se que os doentes casados ou em união de facto manifestam melhor Qvd no domínio das atividades e domínio do impacto psicossocial. São os solteiros que têm melhor Qvd no domínio dos sintomas e no fator global (cf. Tabela 12). Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os quatro grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre o estado civil as habilitações literárias e a Qvd destes participantes. ($X^2 = 0.501$; $p = 0,919$).

Tabela 11. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o estado civil e a qualidade de vida

Qualidade de vida	Estado civil	Casado/União de facto	Solteiro	Divorciado/separado	Viúvo	X ²	p
		OM	OM	OM	OM		
Domínio dos sintomas		21,27	14,00	26,75	19,73	1,663	0,645
Domínio das atividades		19,00	20,50	19,50	23,19	1,091	0,779
Domínio impacto psicossocial		19,84	22,33	23,25	20,77	,263	0,967
Fator global		20,07	17,00	21,25	21,92	,501	0,919

Verifica-se, com a aplicação do Teste U de Mann-Whitney, que são os doentes residentes em meio urbano que apresentam valores de ordenação média mais baixos em todos os domínios, o que equivale a melhor Qvd. Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os dois grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre a área de residência as habilitações literárias e a Qvd destes participantes. ($p= 0.459$) (cf. Tabela 13)

Tabela 12. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a área de residência e a Qvd

Qualidade de vida	Área de residência	Rural	Urbana	UMW	p
		OM	OM		
Domínio dos sintomas		22,64	16,93	134,000	0,134
Domínio das atividades		21,64	18,60	159,000	0,421
Domínio impacto psicossocial		21,38	19,03	165,500	0,538
Fator global		21,56	18,73	161,000	0,459

Procurou-se saber se o agregado familiar interfere na Qvd dos doentes, tendo-se aplicado um Teste Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam que os doentes que vivem sozinhos pontuaram menos, o que se traduz em melhor Qvd em todos os domínios, seguidos dos doentes que vivem com o cônjuge. Tem pior Qvd o doente institucionalizado, em todos dos domínios e fator global.

Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os quatro grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre o agregado familiar e a Qvd destes participantes. ($p= 0.370$) (cf. Tabela 14).

Tabela 13. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o agregado familiar e a qualidade de vida

Qualidade de vida	Agregado familiar	Vive sozinho	Vive com o cônjuge	Vive com familiares	Institucionalizado	X ²	p
		OM	OM	OM	OM		
Domínio dos sintomas		16,50	21,53	20,72	23,13	1,297	0,730
Domínio das atividades		16,88	18,71	24,00	28,38	3,924	0,270
Domínio impacto psicossocial		16,25	20,45	20,50	29,25	3,314	0,346
Fator global		16,25	19,97	21,78	28,63	3,141	0,370

A análise dos resultados apresentados na Tabela 15, decorrentes do Teste Kruskal-Wallis, revelam que os doentes que afirmam que quase nunca têm apoio familiar são os que apresentam valores de ordenação média mais baixos, significando melhor Qvd em todos os domínios. Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os três grupos, estas não são

estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre ter apoio familiar e a Qvd destes participantes. ($p= 0.199$).

Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o apoio familiar e a qualidade de vida

Apoio familiar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	X ²	p
Qualidade de vida	OM	OM	OM		
Domínio dos sintomas	21,28	20,88	7,25	2,731	0,255
Domínio das atividades	20,07	24,00	13,00	1,618	0,445
Domínio impacto psicossocial	20,73	20,75	16,00	0,313	0,855
Fator global	20,80	22,88	6,50	3,224	0,199

Os resultados obtidos do Teste Kruskal-Wallis revelam que os doentes com o 12.º ano ou equivalente são os que apresentam melhor Qvd no domínio dos sintomas. No domínio das atividades, impacto psicossocial e fator global são os que possuem curso superior, que têm melhor Qvd. Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os seis grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre as habilitações literárias e a Qvd destes participantes. ($p= 0,814$) (cf. Tabela 16).

Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre as habilitações literárias e a qualidade de vida

Habilitações literárias	Não sabe ler e escrever	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	12º ano ou equivalente	Curso superior	X ²	p
Qualidade de vida	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
Domínio dos sintomas	20,95	21,26	13,42	28,50	11,00	29,50	4,991	0,417
Domínio das atividades	22,55	19,76	19,50	20,83	29,50	10,00	1,870	0,867
Domínio impacto psicossocial	21,90	19,11	20,42	25,17	28,50	11,50	1,963	0,854
Fator global	22,55	19,45	17,00	27,17	25,00	16,50	2,244	0,814

Em conformidade com os dados apurados da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, como exposto na Tabela 17, constata-se que foram os doentes desempregados os que obtiveram uma pontuação mais baixa, traduzindo melhor Qvd em todos os domínios e global. Apesar de existirem diferenças nos valores das OM entre os três grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre a Situação Laboral e a Qvd destes participantes. ($p= 0-680$).

Tabela 16. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a Situação Laboral e a qualidade de vida

Situação Laboral	Empregado	Desempregado	Reformado	X ²	p
	OM	OM	OM		
Qualidade de vida					
Domínio dos sintomas	19,64	19,00	20,89	0,109	0,947
Domínio das atividades	21,50	16,50	20,25	0,215	0,898
Domínio impacto psicossocial	23,27	5,00	19,96	2,447	0,294
Fator global	22,45	13,00	20,00	0,772	0,680

Em síntese e relativamente a H1 podemos afirmar que os fatores sociodemográficos não exercem qualquer efeito na Qvd da pessoa com patologia respiratória rejeitando-se assim a hipótese formulada.

H2 – Existe associação entre os fatores clínicos e a Qvd da pessoa com patologia respiratória.

Pela análise dos resultados obtidos através do Teste Kruskal-Wallis, como apresentado na Tabela 18, verifica-se que os doentes com insuficiência respiratória têm melhor Qvd no domínio dos sintomas. Os doentes com mais de uma patologia têm melhor Qvd no domínio das atividades, do impacto psicossocial e no fator global. Apesar existirem diferenças nos valores de OM entre os cinco grupos, estas não são estatisticamente significativas, levando-nos a afirmar que não existe associação entre o diagnóstico e a Qvd destes participantes. ($\chi^2 = 5.744$, $p = 0.219$; $\chi^2 = 2.035$, $p = 0.729$; $\chi^2 = 6.791$, $p = 0.147$; $\chi^2 = 3.001$, $p = 0.588$)

Tabela 17. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o diagnóstico e a qualidade de vida

Diagnóstico	DPOC	Insuficiência respiratória	Pneumonia	Mais de uma patologia	Neoplasia	X ²	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Qualidade de vida							
Domínio dos sintomas	26,40	12,25	34,75	18,31	19,46	5,744	0,219
Domínio das atividades	20,30	23,25	19,50	15,56	22,11	2,035	0,729
Domínio impacto psicossocial	29,60	32,25	23,25	16,19	18,76	6,791	0,147
Fator global	27,10	22,00	23,25	15,88	20,30	3,001	0,558

No que se refere à influência do tempo de diagnóstico na Qvd, os resultados do Teste Kruskal-Wallis revelam que são os doentes com diagnóstico há menos de 1 ano os que apresentam melhor Qvd nos vários domínios e fator global. Há diferenças estatisticamente significativas no domínio das atividades ($X^2=8,005$; $p=0,046$) e no fator global ($X^2=10,106$;

p=0,018), o que nos leva a afirmar que existe associação entre o tempo de diagnóstico e a Qvd destes participantes. (cf. Tabela 19)

Tabela 18. Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre o tempo de diagnóstico e a qualidade de vida

Tempo de diagnóstico	Menos de 1 ano	2 a 3 anos	3 a 4 anos	mais de 5 anos	X ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Qualidade de vida						
Domínio dos sintomas	16,57	27,90	19,86	22,11	3,897	0,273
Domínio das atividades	13,46	25,00	24,29	24,04	8,005	0,046
Domínio impacto psicossocial	15,54	30,60	18,00	23,11	7,308	0,063
Fator global	13,04	29,30	21,50	24,32	10,106	0,018

Os resultados apresentados na Tabela 20, com o recurso a um Teste U de Mann-Whitney, mostram que os doentes seguidos em consulta são os que manifestam melhor Qvd em todos os domínios e fator global, com diferenças estatisticamente significativas no domínio das atividades ($X^2=120,500$; $p=0,038$) e no fator global ($X^2=108,000$; $p=0,017$), o que nos leva a afirmar que existe associação entre ser seguido em consultas e a Qvd destes participantes

Tabela 19. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre ser seguido em consultas e a Qvd

Seguido em consultas	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Qualidade de vida				
Domínio dos sintomas	16,88	23,17	134,000	0,091
Domínio das atividades	16,09	23,76	120,500	0,038
Domínio impacto psicossocial	16,38	23,54	125,500	0,055
Fator global	15,35	24,30	108,000	0,017

Outra variável clínica analisada foi a SPO₂, e verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos valores médios de SPO₂ ($p=0,027$). Na 2ª avaliação, estes valores são mais elevados, (95-100%), o que significa que houve uma melhoria clínica, o que nos leva a afirmar que existe associação entre os valores de SPO₂ e a Qvd destes participantes (cf. Tabela 4).

Em síntese e relativamente a H2 podemos afirmar que os fatores clínicos, tempo de diagnóstico, ser seguido em consultas, e variação dos Valores de SPO₂, exercem efeito na Qvd da pessoa com patologia respiratória aceitando-se assim parcialmente a hipótese formulada.

H3 – As intervenções do EEER produzem efeitos positivos na Qvd da pessoa com patologia respiratória.

Procurou-se saber se o profissional a quem recorrem os doentes para realizar RR influencia a sua Qvd. Os resultados do Teste U de Mann-Whitney indicam que são os doentes que recorrem a um EEER os que apresentam melhor Qvd em todos os domínios e fator global (5,75). Mas como não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que nos leva a afirmar que não existe associação entre o profissional a que se recorre para realizar RR o e a Qvd destes participantes. ($p= 0,158$).

Rejeita se assim a hipótese formulada.

Tabela 20. Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o profissional a que recorre para realizar RR e a Qvd

Profissional a que recorre para realizar RR	Enfermeiro de Reabilitação	Fisioterapeuta	UMW	p
	OM	OM		
Qualidade de vida				
Domínio dos sintomas	3,50	13,32	4,000	0,059
Domínio das atividades	6,50	13,05	10,000	0,198
Domínio impacto psicossocial	11,00	12,64	19,000	0,753
Fator global	5,75	13,11	8,500	0,158

H4 – Existem diferenças entre a Qvd da pessoa com patologia respiratória no 1º momento e o 2º de avaliação.

Os resultados obtidos em relação à Qvd tendo em conta os dois momentos de avaliação revelam que os valores médios mais baixos correspondem à 2ª avaliação, ou seja, após o programa de RR, sugerindo que os doentes tiveram ganhos, particularmente no domínio impacto psicossocial ($M=34,60 \pm 21,61$), seguindo-se o domínio dos sintomas ($M=44,04 \pm 21,80$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda para ambos os momentos e globalidade da amostra (cf. Tabela 22).

Tabela 21. Estatísticas relativas à Qvd no 1.º momento *versus* 2.º momento

Momentos de avaliação	Primeiro momento		Segundo momento		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Qualidade de vida						
Domínio dos sintomas	16,91	2,67	16,01	2,53	2,449	0,019
Domínio das atividades	35,34	5,58	35,34	5,58	0,944	0,348
Domínio impacto psicossocial	19,22	3,03	18,82	2,97	3,122	0,003
Fator global	16,83	2,66	16,30	2,57	3,766	0,001

Procurou-se saber se existem diferenças entre a Qvd da pessoa com patologia respiratória na 1ª e 2ª avaliação, os resultados do Teste T de Student revelam que houve uma melhoria da Qvd após o programa de RR, no que se refere ao domínio dos sintomas ($p = 0,019$), domínio do impacto psicossocial ($p = 0,003$) e no fator global, ($p=0,001$). Verifica-se que a Qvd no domínio das atividades se manteve igual nos dois momentos de avaliação ($p=0,348$).

Em síntese e relativamente a H4 podemos afirmar que há diferenças na Qvd da pessoa no 1º e 2º momento de avaliação, a intervenção do EEER com programa de RR exerce efeito na Qvd da vida da pessoa com patologia respiratória, isto é melhoria da Qvd do 1º para o 2º momento, aceitando-se assim a hipótese formulada.

3- Discussão dos Resultados

Neste ponto iremos discutir e interpretar os dados anteriormente analisados, salientando os resultados mais relevantes, de modo a auferir conclusões, dando assim resposta aos objetivos delineados inicialmente.

Os procedimentos metodológicos usados na investigação revelaram-se concordantes com os objetivos delineados, bem como com as características da amostra.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação esteve condicionada com as opções metodológicas, não sendo, por isso, possível generalizarem-se os resultados, o que só será possível com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas. Contudo, apesar destas limitações, pode afirmar-se que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo acerca da Qvd dos doentes com patologia respiratória e que realizam programa de RR com EEER, internados no serviço de pneumologia da ULS Guarda.

O presente estudo permitiu traçar um **perfil sociodemográfico** de 40 doentes com patologia respiratória, internados num serviço de pneumologia, dos quais a maioria (70,0%) é do género masculino.

Estes dados vão ao encontro com os publicados pela DGS (2005) e pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia, onde é relatado que a patologia respiratória é mais elevada no género masculino, e evidenciado na revisão sistemática e meta-análise de Halbert et al. (2006).

Com predomínio de doentes que possuem idade superior aos 75 anos (55,0%), sendo a média de idades de 72,15 anos ($\pm 12,64$), vai de encontro aos dados apresentados pelo ONDR (2005), ao 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. A não influência do género na Qvd dos doentes com DPOC, é confirmado pelos estudos de Carneiro et al. (2010) e por Silva (2011).

Este retrato social da sociedade portuguesa tem propensão a piorar, estimando-se que o aumento da população idosa com 65 ou mais anos de idade residente em território nacional aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Espera-se

que, em 2060, a população idosa possa atingir 3 344 milhares no cenário alto e 2 729 milhares no cenário baixo (INE, 2014)

Em relação ao agregado familiar, (47,5%) dos doentes da amostra vivem com o cônjuge, (22,5%) vivem com familiares e (20,0%) vivem sozinhos. O número de membros do agregado familiar mais expressivo é de 2 pessoas (44,4%), sendo também de referir que (27,8%) tem um agregado familiar constituído apenas por uma pessoa. Quanto ao apoio familiar, estão em maioria os doentes que sentem tê-lo quase sempre (75,0%) e a destacar que apenas (5%) quase nunca têm apoio.

No estudo de Martins (2013), com uma amostra de 30 doentes com DPOC, a idade média era de 64,63 ($\pm 7,24$), maioritariamente do género masculino, casados, a viverem com o cônjuge, reformados e com baixa escolaridade. Quanto à área de residência, mais de metade dos doentes reside em meio rural (62,5%).

Em Rocha (2011), que avaliou a Qvd de 30 doentes submetidos a ventilação mecânica não invasiva, a maioria são do sexo masculino e apenas 6,7% vivem sozinhos, a esmagadora maioria são casados 86,7%, metade reside na aldeia e apenas 30% na cidade, e 46,7% tem a apenas 4 anos de escolaridade.

Resultados que vão de encontro à nossa investigação.

Pinheiro (2016) registou por sua vez uma prevalência de doentes do sexo feminino (52,4%), mas, casados (61,9%), apresentando um nível de escolaridade baixo, pois (33,3%) não sabem ler nem escrever e apenas (31%) completou no máximo o 1.º ciclo do ensino básico.

Segundo a DGS (2009) cerca de 50% de todas as famílias no mundo e 90% das famílias rurais possam vir a desenvolver patologia respiratória (pelo uso de combustíveis que permitem que o fumo esteja presente na área de convivência, expondo mais de dois bilhões de pessoas a fumos nocivos).

Sobressaem os doentes com o 1.º ciclo do ensino básico (47,5%), resultados semelhantes aos encontrados por Garrido et al (2006) e os doentes que se encontram reformados (70,0%), resultado muito semelhante ao observado por Godoy (2008).

Características sociodemográficas muito próximas das encontradas no presente estudo, vão de encontro ao estudado por Pereira (2009) e Couto (2010), cujos participantes eram sobretudo casados, reformados e com baixa escolaridade.

Verifica-se que o nível de escolaridade atingido pela população portuguesa progrediu significativamente na última década. Todavia, nesses mesmos dados, também se pode

verificar que o nível de escolaridade da população com idade igual ou superior a 65 anos é ainda muito baixo, tal como indicam os resultados obtidos no presente estudo. INE (2014),

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas em estudo, importa referir que foram poucos os estudos consultados que divulgam dados relativos à influência destas na Qvd dos doentes com patologia respiratória. No que concerne ao estado civil, apenas Silva (2011) confirma a não relação entre esta variável e a Qvd.

Quanto à **caracterização clínica**, apurou-se que 57,5% dos doentes possuem mais do que uma patologia, para além da patologia respiratória, o que corrobora o estudo de Martins (2013), onde para além dos doentes possuírem DPOC, (80%) apresentavam outras doenças crónicas, salientando-se como as mais frequentes, a hipertensão arterial (46,7%) e a diabetes *mellitus* tipo 2 (23,3%). No presente estudo, registou-se que as patologias associadas mais preponderantes foram as doenças cardíacas (45,0%) e as osteoarticulares (45,0%), situação também evidenciada nos estudos de Garrido et al. (2006) e Kawakami et al. (2005).

DGS (2005) diz que a prevalência da DPOC é mais elevada das DRC (patologia respiratória com 12,5% na amostra em estudo, a 2ª mais elevada). O que é também confirmado pelo Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias de 2009 (afirma que as principais DRC são a asma, a DPOC e a síndrome da Apneia do sono),

Em relação ao tempo de diagnóstico da patologia respiratória, constatou-se que estão em igual valor percentual os doentes com um diagnóstico há menos de 1 ano e há mais de 5 anos (35,0%), o que corrobora os dados apurados por Martins (2013), onde a maioria dos doentes tinha o diagnóstico de DPOC entre 1-5 anos, e os dados de Rocha (2011) em que a maior parte dos sujeitos (36,7%) tem a sua doença diagnosticada há menos de 2 anos. O que não vai de encontro ao estudado por Farias (2011), cujo diagnóstico é superior a 15 anos (34%). Este estudo traduz um tempo médio da doença bastante elevado quando comparamos com os estudos de Carneiro et al. (2010), Silva (2010) e Pereira (2009).

Procurou-se saber se os doentes são seguidos nas consultas, constatando-se que 57,5% são seguidos, aspetos confirmados pelo relatório de Araújo (2008), que refere uma procura crescente de ambos os cuidados de saúde em situações de agudizações da doença. Contrariando os resultados encontrados por Martins (2013), onde apenas 2 doentes (6,7%) compareciam às consultas com periodicidade de 4 em 4 meses e de 3 em 3 meses.

A maioria dos doentes do presente estudo admite fazer oxigenoterapia (65,0%), dos quais (32,5%) fazem 2 litros de oxigénio, (25,0%) faz 1 litro e (7,5%) admite fazer 3 litros, tendo a maioria (60,0%) referido que faz oxigénio ao longo de 24 horas. Resultados que vão

de encontro ao estudado por Farias (2011) na avaliação da Qvd do doente com DPOC, em que (46%) cumpriam oxigenoterapia. E de encontro a Carneiro et al. (2010) que encontrou resultados semelhantes aos do presente estudo com uma percentagem de 46,5% da amostra a cumprir oxigenoterapia. Enquanto que no estudo de Martins (2013) apenas 15% dos doentes fazia oxigenoterapia, o mesmo se verificou no estudo de Rocha (2017) em que a grande maioria dos participantes (90%) não fazia oxigenoterapia. Neste último, o nº de litros de oxigénio que faziam no domicílio variou entre 0,5 a 2 l/min (0,5l – 1 L (6 7%), 1L (3,33%) 1,5L (1,67%) 2 L (1,67%).

Resultados que vão de encontro às normas emanadas pela DGS (2009), em que o suplemento de oxigénio em doentes com DRC e hipoxemia em repouso está indicado e recomendado, por rotina, com um débito de 3 a 5 L/min.

Quanto ao grupo farmacológico da medicação que os doentes habitualmente tomam, a maioria refere tomar diuréticos (52,5%), seguindo-se os digitálicos (42,5%), a anti hipertensores (37,5%) e as benzodiazepinas (30,0%). No estudo de Martins (2013), a terapêutica farmacológica habitualmente mais usada pelos doentes eram os anticolinérgicos de longa ação (76,7%) e anticolinérgicos de curta ação (40%).

Constata-se que (55,0%) dos doentes da nossa amostra não fazem inaladores, contrariamente a (45,0%) que fazem. Quanto à realização de aerossolterapia, constata-se que metade da amostra (50,0%) realiza e a outra metade não (50,0%), percentagens acima das encontradas por Martins (2013), e que assentam nas normas da DGS (2013), em que, nas doenças pulmonares a via inalatória tem muitas vantagens, nomeadamente, o rápido início de ação pela deposição direta do fármaco no pulmão e a obtenção de efeitos terapêuticos com doses menores das utilizadas por via sistémica, com a consequente redução de efeitos secundários. No entanto, para se obterem resultados terapêuticos é necessária uma prescrição e a utilização correta dos dispositivos de inalação. Atendendo à complexidade de alguns dos dispositivos inalatórios o utente deve receber instruções precisas sobre a técnica correta de utilização dos mesmos. Isto porque muitas vezes há uso incorreto e a eficácia dos inaladores não é nenhuma. (DGS 2011).

Em relação aos valores médios de SPO₂, na 1ª avaliação, registou-se um mínimo e um máximo de 92-100% (M=96,4±1,92) e na 2ª, valores de 95 - 100% (M=96,8±1,45), %, o que significa que houve uma melhoria clínica SPO₂ (p=0,027).

Importa reforçar que com a normalização dos níveis de oxigénio no sangue o doente obtém melhorias na higiene do sono, ao nível da sua disposição geral, no desempenho das suas atividades físicas. Além disso, por norma, ocorre uma diminuição do número de dias de

hospitalização (Azevedo, 2009). A DGS (2009) também refere que a oxigenoterapia deve ter um débito adequado de modo a manter a saturação superior a 90%.

No que se refere à influência dos fatores clínicos na Qvd da pessoa com patologia respiratória, constatou-se que houve influência do tempo de diagnóstico na Qvd, sendo os doentes com diagnóstico há menos de 1 ano os que apresentam melhor Qvd nos vários domínios e fator global, com diferenças estatisticamente significativas no domínio das atividades ($X^2=8,005$; $p=0,046$) e no fator global ($X^2=10,106$; $p=0,018$).

Silva (2011) não encontrou dados semelhantes aos do presente estudo em relação ao tempo de diagnóstico da doença, onde a correlação com a Qvd aparece apenas associada ao domínio dos sintomas, mas sem diferenças estatisticamente significativas. De acordo com mesma autora, estes resultados poderão ser explicados pelo facto dos doentes se adaptarem aos sintomas e limitações da doença ao longo do tempo, percecionando unicamente o seu impacto quando ocorre um aumento da sua frequência ou da intensidade.

Constou-se também que os doentes da amostra seguidos em consulta são os que manifestam melhor Qvd em todos os domínios e fator global, com diferenças estatisticamente significativas no domínio das atividades ($X^2=120,500$; $p=0,038$) e no fator global ($X^2=108,000$; $p=0,017$). Os dados, na sua globalidade, são consistentes com os obtidos noutros estudos (Lima, Peluso & Virgínio, 2007).

Em relação á **caracterização das intervenções do EEER**, procurou-se saber se os doentes realizam algum tipo de RR, tendo-se constatado que na 1ª avaliação a maioria refere que sim (60,0%), e (55,0%) referem que a RR é realizada por um EEER, a 2ª avaliação, toda a amostra (100%) realiza RR, como já foi devidamente explicado no relato dos dados.

A maioria dos doentes nunca tinha realizado anteriormente RR (57,5%), A principal causa na muito deficiente acessibilidade a programas de RR, reside na quase inexistente oferta de Programas de RR, nomeadamente em Centros de proximidade, fora do ambiente hospitalar. Hoje, em Portugal, só um pequeno número de doentes respiratórios crónicos é privilegiado ao terem acesso a um tratamento global com Programa de Reabilitação incluído. Os programas existentes são sobretudo do tipo hospitalar, com componente de internamento e ambulatório. Existem programas domiciliários apenas em 5 centros. (DGS, 2015)

Enquanto 42,5% admitem já ter realizado RR antes, 20,0% dizem ter recorrido a um EEER, 12,5% a um fisioterapeuta e 10,0% a um psicomotricista. O que não vai de encontro aos dados da DGS (2015), em que as equipas técnicas envolvidas são multidisciplinares envolvendo o Fisioterapeuta (88% dos programas), o Fisiatra (75%), o Enfermeiro de

Reabilitação (67%) e o Terapeuta Ocupacional (17%). Onde se conclui que maioritariamente a população portuguesa recorre a um fisioterapeuta para realizar RR.

A maioria dos doentes admite estar muito satisfeita com a intervenção do EEER após o programa de RR (67,5%). Todos os doentes consideram que o mesmo os ajudou e que voltariam a recorrer aos seus serviços (100,0%). De acordo com Lynes (2007), a avaliação efetuada pelos doentes com patologias respiratórias envolvidos em programas de reabilitação são cada vez mais importantes nos cuidados de saúde e na investigação dos mesmos, pois facultam dados relevantes para a gestão dos recursos humanos, bem como acerca dos benefícios dos tratamentos envolvidos. Uma apreciação dos benefícios destes programas por parte dos doentes é uma parte essencial de todo o processo de avaliação. Assim, tendo em conta os resultados obtidos, pode dizer-se que os doentes relataram que o EEER os ajudou e que voltariam a recorrer aos seus serviços significará que os mesmos sentiram melhorias no seu estado de saúde, o que reforça a efetividade da intervenção do EEER.

Procurou-se saber se o profissional a quem recorrem os doentes para realizar RR influencia a sua Qvd, os resultados indicam que são os doentes que recorrem a um EEER os que apresentam melhor perceção da Qvd em todos os domínios e fator global, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Importa salientar que no serviço de pneumologia da ULS Guarda, a RR em internamento, é apenas e somente realizada por EEER. O que revela, que o EEER é um dos cuidadores fundamentais, uma vez que se trata do elemento da equipa que mais tempo permanece junto do utente, atuando de forma a tornar a pessoa mais autónoma, incentivando o autocuidado com base nas necessidades individuais de cada um fatores que poderão justificar os resultados obtidos.

A intervenção do EEER traz benefícios, aumenta a Qvd, reduz a dispneia e melhora a capacidade física. Todos os utentes com sintomatologia aparentam ter benefícios com a sua atuação. (Fernandes, 2009).

Quanto **á avaliação da Qvd**, na avaliação do seu estado de saúde atual nos dois momentos de avaliação, verificou-se que antes do programa de RR, a maioria dos doentes classificou o seu estado de saúde como mau (37,5%), (32,5) como muito mau e (30%) como moderado. Após o programa de RR, houve uma melhoria do estado de saúde dos doentes, pois verifica-se que 72,5% o classificaram como bom até 7,5 % como muito bom.

Vai de encontro ao encontrado por Martins (2011), quando avaliados num primeiro momento, 66,7% classificou o seu estado de saúde como moderado, 20% como bom e 13,3% classificou como mau. Num segundo momento, evidencia-se de igual modo que

maioritariamente 73,3% classificou o seu estado de saúde como moderado, 16,7% como bom e 10% como mau.

Contrariamente ao encontrado por Rocha (2011), em que a análise dos dados permitiu verificar que a maioria dos inquiridos (63,3%) perceciona o seu estado de saúde atual como moderado, (26,7%) consideram-no mesmo bom, e apenas (6,7%) como mau. Farias (2011) verificou que (80%) dos doentes considera o seu estado de saúde moderado.

No que se refere à existência de diferenças estatisticamente significativas entre a Qvd da pessoa com patologia respiratória na 1ª e na 2ª avaliação, constatou-se que houve uma melhoria da Qvd após o programa de RR, no que se refere ao domínio dos sintomas, do impacto psicossocial e na Qvd global, tendo em conta que os valores médios registados são mais baixos, com diferenças estatisticamente significativas (domínio dos sintomas=0,019; domínio do impacto psicossocial $p=0,003$; fator global $p=0,001$). Verifica-se que a Qvd no domínio das atividades se manteve igual nos dois momentos de avaliação.

Tendo-se verificado ganhos no domínio dos sintomas, do impacto psicossocial e na Qvd global, considera-se que contribuíram muito, provavelmente, para esses resultados a utilização das técnicas de gestão de energia aplicadas durante a concretização das AVD, que foram trabalhadas durante a implementação do programa. Os programas de RR têm uma abordagem muito abrangente, dotando as pessoas de estratégias para atingir o maior grau de funcionalidade possível e de independência na realização das AVD (Marques et al., 2016).

Estes resultados não corroboram os encontrados por Martins (2013), cujo estudo revelou que, após a avaliação comparativa da percepção de Qvd antes e após o programa de RR, não houve evolução positiva, ou seja, a autora observou pior percepção de Qvd por parte dos doentes. A melhoria da percepção da Qvd por parte dos doentes da amostra em estudo poderá ser justificada pelo facto destes doentes não terem tido exacerbações durante o período do programa de RR. Por conseguinte, a ausência de exacerbações talvez possa justificar uma melhor percepção da Qvd, uma evidência igualmente documentada noutros estudos (Ansari Shamsain, Keaney, Zimpel & Fleck, 2008).

Observando os resultados obtidos por Rocha (2011), verifica-se que o domínio do SGRQ que apresenta maior valor é o que mensura as atividades (93,37%), imediatamente seguido do impacto psicossocial (71,40%) e por fim o domínio referente aos sintomas (64,02%). Paralelamente, a Qvd total obtida apresenta um valor mínimo de 2,06 e máximo de 74,56, com uma média de 29,74. Os resultados obtidos por esta investigadora revelaram um comprometimento da Qvd em todos os domínios (sintomas, atividades, impacto). Na Qvd total,

apuraram-se valores percentuais de Qvd de 29,74%, revelando, por conseguinte, uma condição de anormalidade, á luz da interpretação do autor da escala.

No estudo de Farias (2011), avaliação da Qvd total com um valor de 7,40%, o que representa Qvd normal. Verificou que é no domínio das atividades que a Qvd dos doentes com DPOC é mais afetada (58,88), seguindo-se o domínio dos sintomas (47,89) e por último o impacto psicossocial (34,23). Os resultados coincidem com a maioria dos estudos que utilizaram este questionário, como os trabalhos de Pinto et al. (2010).

Também Rocha (2017) que estuda a Qvd de doentes com DPOC, (mas não utilizou o SGQR), verificou que a função física, que traduz o impacto na Qvd pela limitação na realização das atividades físicas. A mesma inferiu que, a realização do programa de RR influenciou de forma positiva na capacidade para a realização do cuidado pessoal, das atividades domésticas, da atividade física e do lazer. Contrariamente ao esperado, neste estudo, acima citado, os resultados obtidos não se traduziram numa melhoria efetiva da Qvd, uma vez que a autora verificou que não existiram diferenças estatisticamente significativas nos vários scores, quando comparados os dois momentos de avaliação.

Para a DGS (2009), são benefícios da RR, entre muitos outros, redução dos sintomas respiratórios de fadiga e dispneia; reversão da ansiedade e depressão associados à doença respiratória; melhoria da tolerância ao exercício com aumento da resistência ao esforço e melhoria na habilidade para a realização das atividades da vida diária.

Quem reabilita ambiciona a melhor Qvd possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são reduzidas, processo de RR ajuda a pessoa a atingir uma aceitável de Qvd com dignidade, autoestima e independência (Henbeen, 2003)

Como já foi descrito na parte teórica, a conceptualização da Qvd é diferente de pessoa para pessoa e em diferentes épocas, ou seja, cada pessoa tem o seu próprio conceito. (Dias, 2006) A Qvd está intimamente ligada ao que cada um sente e percebe, aquilo que a pessoa diz que é, pois, cada pessoa é um ser humano próprio.

Perante o apresentado, torna-se imprescindível o seguimento atento da pessoa com doença respiratória, uma vez que esta produz transformações que levam a uma progressiva alteração da Qvd. Nomeadamente pela sintomatologia, diminuição atividade física, disfunção dos músculos esqueléticos e conseqüente alteração da QVRS, poder-se-á assim dizer que o programa de RR parece apontar para um efeito favorável na saúde dos doentes, com um impacto positivo na sua percepção de Qvd.

4 - Conclusões e Sugestões

As doenças crónicas além de terem um grande impacto na mortalidade, possuem também forte influência nas morbilidades e são responsáveis por grande número de internamentos hospitalares, podendo interferir diretamente na Qvd e na perceção de saúde das pessoas acometidas. Exigem por esta razão, mais cuidados de saúde, e mais cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que são aqui indispensáveis, pois, possibilitam a recuperação social, a integração do doente na sociedade e reconquista da sua autonomia. Visam melhorar resultados, e para além das metas somáticas, devem atender ao impacto que a doença tem na vida da pessoa. É assim evidente a necessidade avaliar estes cuidados, com a intenção de determinar uma intervenção terapêutica. A abordagem tanto teórica quanto prática do tema Qvd deve interessar, portanto a todos os profissionais de saúde sem exceção.

A avaliação da QVRS tem como objetivos, a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população. É importante avaliar a Qvd, especialmente para facilitar a tomada de decisão clínica. (Pires 2009)

O presente estudo pretendeu conhecer a Qvd da pessoa com patologia respiratória, antes e após a intervenção do EEER em programa de RR, os e fatores que nela intervêm, com base num conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas. Pretende dar contributos para melhorar a prática especializada em enfermagem de reabilitação, especificamente na RR, disponibilizando-a em benefício desse grupo de doentes.

Realçar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final é o desafio que neste momento se coloca.

Assim, avaliou-se o resultado do programa RR com duração de 7 dias, de forma a verificar os efeitos na perceção que 40 doentes tinham da sua Qvd, mensurada através do SGRQ. Os benefícios provenientes da aplicação dos questionários para os participantes portadores de patologia respiratória, demonstraram ser relevantes e estabeleceram a aproximação necessária entre a perceção sobre a doença. O questionário específico SGRQ é capaz de demonstrar a perceção da Qvd dos portadores de patologia.

Foi possível confirmar uma melhor percepção na Qvd da amostra após a intervenção dos programas de RR. Assim, tendo em conta os objetivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, podemos inferir as seguintes conclusões:

- A maioria dos doentes é do género masculino (70,0%), com prevalência do que possuem idade superior aos 75 anos (55,0%), com uma média de idades de 72,15 anos ($\pm 12,64$);

- 57,5% dos doentes possuem mais do que uma patologia;

- As patologias associadas mais prevalentes foram as doenças cardíacas (45,0%) e as osteoarticulares (45,0%);

- Constatou-se que estão em igual valor percentual os doentes com um diagnóstico há menos de 1 ano (35,0%) e há mais de 5 anos (35,0%);

- A maioria dos doentes faz oxigenoterapia (65,0%), dos quais (32,5%) fazem 2 litros de oxigénio, com (60,0%) a fazerem oxigénio ao longo de 24 horas;

- Prevalcem os doentes que não fazem inaladores (55,0%);

- Quanto aos valores médios de SPO₂, na 1ª avaliação, registou-se um mínimo e um máximo de 92-100 (M=96,4 \pm 1,92) e na 2ª, o mínimo foi de 95 e o máximo de 100 (M=96,8 \pm 1,45), com diferença estatisticamente significativa (p=0,27);

- A maioria dos doentes 55,0% relata que a RR é efetuada por um EEER;

- 42,5% dos doentes admitem já ter realizado antes RR, com 20,0% a recorrerem a um EEER;

- 67,5% dos doentes estão muito satisfeitos com a intervenção EEER, após o programa de RR e todos consideram que o EEER os ajudou e que voltariam a recorrer aos seus serviços.

No que diz respeito à validação das hipóteses formuladas, concluiu-se que: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os fatores sociodemográficos e a percepção da Qvd da pessoa com patologia respiratória (H1). Mas pôde aferir-se que são as mulheres que revelam melhor Qvd no domínio dos sintomas, no domínio das atividades e na Qvd global. Os doentes com idade igual ou inferior aos 65 anos apresentam melhor Qvd no domínio dos sintomas, e os da faixa dos 66-75 anos, melhor no domínio das atividades e Qvd global. Apurou-se que os doentes casados ou em união de facto manifestam melhor Qvd no domínio das atividades e domínio do impacto psicossocial e que são os solteiros que têm

melhor Qvd no domínio dos sintomas e no fator global. Tem pior Qvd o doente institucionalizado, em todos dos domínios e fator global.

Os residentes em meio urbano e com curso superior que apresentam valores de OM mais baixos, o que equivale a melhor Qvd. E, por estranho que possa parecer, são os doentes que afirmam que quase nunca têm apoio familiar, que têm melhor Qvd em todos os domínios. Provavelmente por não dependerem de outros, manifestem mais interesse e preocupação com o seu estado de saúde.

No confronto dos resultados supramencionados, aceita-se parcialmente a hipótese de que os fatores clínicos, nomeadamente o tempo de diagnóstico, ser seguido em consultas, e os valores de SPO₂, influenciam a Qvd do doente com patologia respiratória. (H₂). São os doentes com diagnóstico há menos de 1 ano e os que são seguidos em consultas os que apresentam melhor Qvd. Os doentes com mais de uma patologia têm melhor Qvd no domínio das atividades, do impacto psicossocial e no fator global. Exceto nos sintomas, provavelmente por coexistirem várias patologias, a pessoa sinta pior Qvd por ter diferentes e diversos sintomas ao mesmo tempo.

Os doentes que recorrem a um EEER apresentam mais Qvd em todos os domínios e fator global, mas sem diferenças estatisticamente significativas, pelo que não se aceita a hipótese H₃. Considera-se no entanto que o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante no processo de cuidados do doente e, por esse motivo, os dados obtidos neste estudo permitem, na nossa ótica, enriquecer a prestação de cuidados, abrindo portas para a reflexão de estratégias e intervenções que sejam mais direcionadas a suprir as necessidades específicas do doente com o intuito de melhorar a Qvd percebida por ele.

Houve uma melhoria da percepção Qvd após o programa de RR no que se refere ao domínio dos sintomas, domínio do impacto psicossocial e na Qvd global, este resultado leva à aceitação da hipótese de que há diferenças na Qvd da pessoa com patologia respiratória na 1^a e 2^a avaliação, isto é melhoria da Qvd após a intervenção do EEER com programa de RR. (H₄).

A maioria dos estudos evidenciaram como principais benefícios dos Programas de RR com participação do EER, a melhoria na Qvd, na redução da ansiedade e depressão, a melhoria na tolerância ao exercício, a redução da dispnéia e outros sintomas associados e a habilidade melhorada para a realização de AVD's. Pelo que se torna imperativo a avaliação da Qvd na área da saúde.

Um dos motivos que está na origem da avaliação da QVRS é a preocupação económica. A escassez de recursos de saúde tem sido amplamente discutida e a Qvd tem

sido considerada como um critério possível para a tomada de decisão no contexto dos cuidados de saúde. Posto isto, as medidas de Qvd têm vindo a tornar-se ferramentas importantes, uma vez que podem ser replicadas na prática clínica, na investigação, na avaliação económica e na monitorização das populações. O outro motivo, está associado ao aumento da longevidade e ao aumento da esperança média de vida, provocados por alterações e progressos sociais, económicos, políticos, levando por sua vez á prevalência de doenças crónicas. Estas levam a que o BES da pessoa seja cada vez mais valorizado bem como a melhoria da sua Qvd. (Bowling e Brazier, 1995 citado em Neto & Conde, 2008).

Tendo em conta o exposto, o enfermeiro de reabilitação tem um papel importante no encaminhamento da pessoa com patologia respiratória no sentido de a dotar de *knowledge* e *empowerment*, com o intuito de promover a resolução dos seus problemas e, assim, permitir uma melhor adaptação à doença.

Como limitações, gostaríamos de referir que o curto espaço de tempo decorrido entre os dois momentos de avaliação, pode ter condicionado os resultados. Ao responder uma segunda vez ao questionário, os participantes tinham ainda muito presentes as suas respostas pelo que poderão ter respondido mais em função da sua primeira avaliação do que propriamente da percepção do momento. Consideramos que num próximo estudo, este período deve ser mais alargado.

Outro fator limitador, é o facto de o questionário SGRQ, ser demasiado extenso e por vezes de difícil interpretação pelos doentes da amostra, face à idade avançada e baixa escolaridade.

A duração do programa de RR, que no nosso caso foram apenas 7 dias, (apesar de ir de encontro à literatura encontrada) pode ter sido um curto período de modo a obter resultados mais significativos. A RR convencional de longa duração faz-se, habitualmente, com duração entre as 8 e as 12 semanas. Apesar de poderem surgir benefícios ao fim de 1 semana, os programas mais longos poderão ter efeitos mais prolongados. É fundamental um programa de manutenção. Sempre que o mesmo não seja possível, os doentes devem ser estimulados a caminhar diariamente, pelo menos, 30 a 60 minutos. (DGS, 2009)

Outra limitação, nomeadamente na definição da amostra, não permitiram generalizar resultados, sugere-se que o estudo possa ser continuado com uma amostra mais representativa da população, de modo a explorar as relações entre as variáveis e, assim, se possam generalizar os resultados.

Por fim, deixamos algumas **sugestões** que podem contribuir para a melhoria dos cuidados junto aos doentes com patologia respiratória:

- ✓ Incluir o maior número possível de doentes em programas de RR, quer a nível hospitalar, quer em contexto de domicílio, com a elaboração de um plano de cuidados de RR adaptado a cada pessoa;
- ✓ Estimular uma melhoria na intervenção dos prestadores de cuidados aos vários níveis de reabilitação, numa perspetiva de cuidados integrados, interligando as unidades hospitalares com o domicílio desses doentes, visto se tratarem de DRC;
- ✓ Divulgar os resultados dos estudos junto dos cuidadores, dos profissionais e dos gestores, partilhando conhecimentos, que poderão contribuir para a construção de novos saberes cruciais para proporcionar melhor Qvd destas pessoas;
- ✓ Seria ainda desejável a utilização de escalas mais específicas para a avaliação das pessoas com esta patologia respiratória, como por exemplo o SGRQ, poderão servir de ferramenta importante para ajudar numa melhor gestão dos serviços.

Paralelamente, julga-se importante a promoção e incentivo ao desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação neste domínio da Qvd dos doentes com patologia respiratória, visto a grande maioria se focar apenas no estudo da DPOC. Acredita-se que a investigação em saúde, mais especificamente na área da Qvd constitui alicerces fundamentais para a promoção de melhores práticas em saúde, oxalá seja esse o caminho a percorrer, e que este trabalho possa contribuir, ainda que de uma forma humilde, para essa melhoria tão desejada.

Devido ao seu inegável valor, a enfermagem de RR, e reabilitação em geral, está presente no panorama atual da saúde como parte essencial e inquestionável para a saúde dos indivíduos e sociedade, onde os enfermeiros especialistas são reconhecidos pelas suas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados gerais e específicos da área da reabilitação, surgindo como fundamental para a recuperação, readaptação, reinserção e Qvd do indivíduo e família na sociedade.

As conclusões deste estudo, são, mesmo assim, um contributo que reforçam a legitimidade das investigações na área da Qvd dos doentes com patologia respiratória. Apesar das dificuldades sentidas na concretização deste trabalho, pensamos de alguma forma, ter contribuído para esse conhecimento.

Referências Bibliográficas

- AACPR (2006). *American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 173: 1390-1413
- Albert, R., Spiro, S., & Jett, J. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia.
- 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 em:
http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar__tesem.pdf
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Revista: Medicina Clínica, 104, 771-776.
- American Thoracic Society [ATS] (2006). *European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 173(12), 1390–1413.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. Millennium, 40: 185-199.
- Ansari, K., Shamssain, M., Keaney, N.P., Burns, G., & Farrow, M. (2007). Predictors of quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients with different frequency of exacerbations. Pakistan Journal of Medical Sciences, 23(4), 490-496.
- Araújo, A. (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão. Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Acedido em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf.
- Araújo, A. T. (2008). *Observatório nacional das doenças respiratórias*. Acedido em: <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf>
- Araújo, I. M. B. (2006). *Saúde, Doença e Educação para a Saúde: Uma Perspectiva*. Revista Sinais Vitais, 67:13-16.

- Arenas, V.G. (2006). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por diálise peritoneal automatizada e hemodiálise utilizando o instrumento SF-36*. Dissertação de mestrado da faculdade de medicina de São Paulo. Acedido em [http:// file:///C:/Users/anara/Downloads/ValquiriaGrecoArenas.pdf](http://file:///C:/Users/anara/Downloads/ValquiriaGrecoArenas.pdf)
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Porto: Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. Porto.
- Azeredo, Carlos. (2000). *Fisioterapia Respiratória no Hospital Geral*. São Paulo: Editora Manole. ISBN 85-204-0971-7.
- Azeredo, C. A. C. (2009). *Fisioterapia Respiratória Moderna*. 4ed, São Paulo: Manole.
- Azevedo, P. (2008). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Adulto com Necessidade de Cinesiterapia Respiratória*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.
- Barros, M., Zanchetta, L.M., Moura, E., %Malta, C. (2009). *Auto-avaliação da saúde e factores associados, Brasil*. Revista Saúde Pública. 43,27-37.
- Bento, M. (2006). *Cuidados e formação em Enfermagem: Que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições.
- Burton CR. (2000). *A description of the nursing role in stroke rehabilitation*. J Adv Nurse; 32(1): 174-81.
- Branco et al (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto. Medesign
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Editora Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, M., & Neto, J. (2008). *Qualidade de vida: um instrumento para a promoção da saúde*. Revista Baiana de saúde publica, 32(2), 232-234.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL*. Alicerces, 3(3), 243-268.
- Canteiro, C., Heitor, C., Gomes, I., Melo, I., Moita, J., Ferreira, M., Fernandes, M. & Santos, J. (1997). *Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 3(3), 331-362.

- Canteiro, M., & Heitor, M. (2003). *Reabilitação Respiratória*. In: Gomes, M. João Marques; Sottomayor, Renato. *Tratado de Pneumologia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1785-1896.
- Carneiro, R., Sousa, C., Pinto, A., Almeida, F., Oliveira, J.R., & Rocha, N. (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5), 759-777. ISSN 0873-2159
- Casado, S., Novo, A. & Preto, L. (2012). *Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação Respiratória Domiciliaria em utentes com DPOC*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança, da Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7700/1/implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20programa%20de%20enfermagem%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20d.pdf>
- Catarino, D.N.E. (2011). *Percepção e satisfação com o bem-estar e a qualidade de vida em idosos do sexo masculino* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20022>
- CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão 2)*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- China, M., Oliveira, C. & Mariz, M. (2015). *Avaliação do Impacto da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação com Utilização da Reeducação Física Respiratória no Doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em [http://file:///C:/Users/anara/Downloads/D2014_10001222017_21010013_1%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/anara/Downloads/D2014_10001222017_21010013_1%20(1).pdf)
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Praticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, F., Morais, C. & Pimenta, R. (2016). *Ganhos em Saúde com a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação em Doentes com DPOC*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança, da Escola Superior de Saúde. Acedido em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8784/1/Fernando_Costa_MGO_2015-2016_ramogestaounidadesdesaude.pdf
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

- Couto, T., & Marques, A. (2010). *Características da Qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro secção de ciências da saúde. Acedido a 4 março de 2018 em:
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3312/1/2010001275.pdf>
- Dantas, R., Sawada, N., & Malbero, M. (2003). *Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol 11. Pp. 532-538.
- Dias, M. A. (2006). *Qualidade de Vida relacionada com saúde e satisfação com a vida. Um estudo em indivíduos amputados do membro superior*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre, apresentada á Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Acedia em
http://sigarra.up.pt/fadeup/publs_pesquisa.FormView?P_ID=4922.
- Diogo, M. (2000). *O papel da enfermeira na reabilitação do idoso*. Revista Latino-americana de Enfermagem; 8(1): 75-81. 15.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. (1ª Ed.) Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Falé, M., & Cordeiro, R. (2016) - *Na especificidade, a evidência do impacto das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente com patologia respiratória crónica, no serviço de urgência*. Dissertação de mestrado do Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14591/1/ESSTFC591.pdf>
- Farias, G., & Martins, R. (2011). *Qualidade de vida da pessoa com DPOC*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, da Escola Superior de Saúde. Acedido em
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1625/7/FARIAS%20Gabriela%20Maria%200Silva05_Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20an%C3%A1lise%20dos%20resultados%2bConclus%C3%B5es%2bLimita%C3%A7%C3%B5.pdf
- Farias, G., & Martins, R. (2013). *Qualidade de vida da Pessoa com Doença Pulmonar Crónica*. Revista Milenium, vol 45, 195-209.
- Faro A. (2005). *O Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. Revista da Escola de Enfermagem. USP; 39(1): 92-6.
- Faustino, C.M.R. (2014). *Bem-estar subjetivo e o ajustamento emocional no idoso*. (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias).

Acedido em

<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6347/tese%20final%20cl%C3%A1udia%20faustino.pdf?sequence=1>

- Feliz, J. (2012). *A relação entre a qualidade de vida dos idosos e os cuidados continuados - contributos para (re) pensar a dimensão social da Qualidade de Vida*. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i- Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4591/1/Julietta%20Feliz_A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20a%20qualidade%20de%20vida%20dos%20idosos%20e%20os%20cuidados%20continuados.pdf
- Feitosa, P., Mesquita, J., Pires, F., & Queiroz, S. (2007). *Reabilitação Pulmonar na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Brasília Médica; 44(4), 253-259.
- Ferreira, M., & Albuquerque, C. (2016). *Determinantes do Bem-Estar Subjetivo da Pessoa Idosa*. Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3377/1/MarisaFilipaAfonsoFerreira%20DM.pdf>
- Ferreira, P., & Anes, E. J. (2010). *Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicas: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF*. Revista de Saúde Pública. 28.1. 35-39.
- Ferreira, P., & Ferreira, L. (2006). *A medição de preferências em saúde na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública, 24, 2 5-14.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). *Perceção de Estado de saúde e de qualidade*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 21, pp. 15-30.
- Fernandes, A. B. S. (2009). *Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica*. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, 1.
- Fernandes, A.C., & Bezerra, O. M. (2006). *Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 32(5), 461-71.
- Figueiredo, D. (2007) – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. p.236.
- Fishman, A. P., Elias, J. A., Fishman, J. A., Grippi, M. A., Senior, R. A., & Pack, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* (Fourth Edition ed.). Philadelphia.

- Fleck M. et al. (2008). *A avaliação da qualidade de vida – guia para profissionais de saúde*. Artmed editora. 1º ed.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freitas, M., & Scheicher, M. (2010). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. vol.13. n 3. Rio de Janeiro. ISSN 1809-9823. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Fórum Internacional de Sociedades Respiratórias. (2017). *O Impacto Global da Doença Respiratória*. 2ª edição. Acedido em www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). *História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Galinha, I. C. (2008). *Bem estar subjectivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Garrido, P.C., Díez, J.M., Gutiérrez, J.R., Centeno, A.M., Vázquez, E.G., Miguel, A.G. et al. (2006). Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the healthrelated quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *International journal for equity in health*, 4(31), 1-9.
- Garrett et al. (2002). *Quality of Life measurement: bibliographic study of patients assessed health outcomes measures*. *British Medical Journal*, 324, 1417-1432.
- Gi, Maria; Gomes. M. (2012). *Doença pulmonar obstrutiva crónica. Identificação de fenómenos específicos de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação*. Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7681/1/Manuela%20Gi%20Corrigido%20julho.pdf><https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7681/1/Manuela%20Gi%20Corrigido%20julho.pdf>
- Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 28(3), 523-32.

- Godoy, I., Paiva, S. e Campana, A. (2008). Nutrição da reabilitação pulmonar. Em: S. Rodrigues (Ed.). Reabilitação Pulmonar. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2007). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – GOLD Executive Summary*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 176(6), 532-555.
- Halbert, R. J., Natoli, J. L., Gano, A., Badamgarav, E., Buist, A.S. & Mannino, D. M. (2006).
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência
- Hoeman S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo*. 2º (Ed.) Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatísticas [INE] (2014). Projeções de População Residente-2012-2060. Acedido em file:///C:/Users/Acer/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf
- Jones, P.W., & Forde, Y. (2009). *St George Respiratory Questionnaire Manual*. St George's University of London. (Version 2.3) Acedido em http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ_download/SGRQ%20Manual%20June%202009.pdf
- Kluthcovsky, A.C. & Takayanagui, A. M. (2007). *Qualidade de Vida - Aspetos Conceptuais*. Revista Salus-Guarapuava-PR, 1 (1), 13-15.
- Leal, Carla Manuela da Silva (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. [s.l.] Universidade dos Açores. Acedido em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>
- Leite, V.B.E., & Faro, A.C.M. (2005) - *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. Brasil: Revista Escola de Enfermagem universidade de São Paulo. 2005; 39 (1) p. 92-96. Acedido em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf
- Lima, F., Peluso, A., & Virgínio, F. (2007). *Ventilação Não Invasiva com pressão positiva na insuficiência respiratória aguda: prevenção da intubação e reintubação*. Brasil.
- Litvoc, J., & Romano, M. A. (2007). *Avaliação da Qualidade de Vida*. In: Greve, J. M. A. (1ª Ed.), Tratado de Medicina de Reabilitação, (pp.233-236). São Paulo: Roca
- Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London.

- Machaqueiro Sílvia. (2011). *A reabilitação respiratória para doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9354/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20S%C3%ADvia%20Machaqueiro.pdf>
- Maia, J., Morais, C., & Ferreira, P. (2016). *Qualidade de Vida do Idoso – Um contributo para a melhoria de uma IPSS*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, da Escola Superior de Saúde. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1938/1/Joana_Maia.pdf
- Mancussi & Faro, A. C. (2006). *Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes*. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 128-133.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Metodologia do trabalho científico* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Márties, M. A. (2003). *Sobre Saúde, a Doença e os cuidados de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais, 51, 41-43: Lusociência, 2012. ISBN 9789728930783
- Marques, F., & Albuquerque, C. (2015). *Qualidade de Vida dos Indivíduos com Patologia Cardíaca*. Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3227/1/FatimaEdvigesCarvalhoMarques%20DM.pdf>
- Marôco, João. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª ed. Pero Pinheiro: Report Number. ISBN 978-989-96763-2-9.
- Martins, Carla. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS. Saber Decidir, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições. ISBN 978-989-8333-08-7.
- Martins, C. M. (2011). *Bem-estar subjetivo em doentes cardíacos: fatores determinantes* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1525/1/MARTINS,%20Cristina%20Maria%20Costa%20Moreira,Bem%20estar%20subjetivo%20em%20doentes%20card%C3%ADacos.pdf>
- Martins, M.I.F. (2012). *O envelhecimento e a capacidade funcional dos idosos* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Acedido em <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/3131>

- Martins, A., & Amorim, M. (2013). *Qualidade de Vida na Pessoa com DPOC Contributos da Cinesiterapia Respiratória*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, da Escola Superior de Saúde. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1211/1/Ana_Martins.pdf
- Martins, R., & Mestre, M. (2014). *Esperança e qualidade de vida em idosos*. Millenium, 47, 153- 162. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>
- Meleis, Afaf; et al. (2000). *Experiecing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science. USA Vol. 23, nº 1 (2000) p. 12-28.
- Menoita, E. (2012). - *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Odivelas
- Mestre, M., & Martins, R (2014). *Esperança e Qualidade de vida na terceira idade*. Dissertação de Mestrado do Instituto Superior Miguel Torga. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/148/1/A%20Esperan%C3%A7a%20e%20a%20QDV%20na%20Terceira%20Idade.pdf>
- Mónico, L.S.M, Frazão, A.A., Clemente, D.F.F, & Lucas, H.M.O. (2012). *Subjetive well-being of elderly in social responses seniors home and home support servisse*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(3), 33-42. Acedido em http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD_020124_33-42.pdf
- Neto, A. M., & Conde, D. M. (2008). *Qualidade de Vida*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30 (11), 535-6.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2008). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2006-2008*. Porto alegre, Artmed.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde* (2ª. Ed.). Lisboa: Editora McGraw-hill.
- Oliveira, R., & Orsini, M. (2009). *Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico*. Revista Neurociência, 17, 255-262.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *“REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros”*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *“Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem”*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2003) Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. Lisboa, dezembro.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Proposta core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- ONDR - *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2007). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, (Relatório de Pesquisa/2007)*, Lisboa, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 1-160. Acedido em https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf
- Organização Mundial De Saúde (OMS). (1989). – *Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens*. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde (2007). *Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas. Uma abordagem integradora*. Acedido em http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf
- Pagani, N. (2008). *Perceção sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre apresentada á Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Acedido em http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/5245/1/2008_NoeliPagani.pdf

- Pais-Ribeiro, J. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Pamplona, P. & Morais, L. (2007). *Treino de exercício na doença pulmonar crónica*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(1), 101-128.
- Paschoal, S. P. (2011). *Qualidade de vida na velhice*. In E. V. Freitas, L. Py, A. Nery, F. X. Cançado, J. Toll, & M. L. Gorzoni (eds). Tratado de geriatria e gerontologia (pp. 99-106). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Paskulin, L. G., Córdova, F. P., Costa, F. M., & Vianna, L. C. (2010). *Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 101-107. doi:10.1590/S0103-21002010000100016.
- Pastó, M., Gea, J., Blanco, M., Orozco-Levi M., Pallás O., Masdeu, M., & Broquetas, J. (2001). *Actividad metabólica del músculo intercostal externo en pacientes con EPOC*. *Archivos de Bronconeumología*, 37(3), 108-114.
- Paula, M.G.M., Frota, R. I. B., Rocha, A.M., Matos, C.R.O., & Tolentino, G.P. (2010). *Associação entre o bem-estar subjetivo e nível de atividade física em idosos institucionalizados*. *Revista Mineira de Educação Física*, 5(Ed. Especial), 105-114. Acedido em <http://www.revistamineiradeefi.ufv.br/artigos/arquivos/d9ef8b4205d765f25815dd43139d0228.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 3.^a Edição. Lisboa. Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (5.^a ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Pereira, Ângela Maria Correia de Figueiredo Abreu (2009). *Benefícios do treino de exercício físico na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Treino Combinado versus Treino Aeróbio*. Dissertação de Doutoramento no ramo da Motricidade Humana na especialidade de Fisioterapia de Lisboa. Acedido em: <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1748>
- Pereira et al (2006). *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 27-38.

- Phipps, W. J., Sandy, J.K., & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica*. 6ª edição. Loures, Lusociência.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e Oncologia*. Coimbra: Editora Almedina.
- Pinheiro, E.A.D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola 94 Superior de Saúde. Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13039/1/Qualidade%20de%20vida%20dos%20utentes%20em%20Unidades%20de%20Cuidados%20Continuados%20%281%29.pdf>
- 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
- Pires, M.J. (2009). *Fatores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1432/1/Tese%20pdf%20final.pdf>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação de Conhecimento Científico*. Lisboa: LIDEL
- Polit, Denise F., Hungler, & Bernardette P. (2005). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatísticas [INE] (2014). *Projeções de População Residente-2012- 2060*. Acedido em file:<http://C:/Users/Acer/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012- 2060.pd>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013). Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). *Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação*. Lisboa: Direção de Serviços de Planeamento.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 04/ DGCG. (2005). “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”. Acedido em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-04dgcg-de-17032005.aspx>Portugal,
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde - Circular Informativa nº 40A/DSPCD. (2009). “Orientações Técnicas Sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC)”. Acedido em: <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma nº 028/2011. (2011)” Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica. (2011). Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circularinformativa-n-51dspcd-de-28122009-pdf.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2011), Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../normas-e...normativas/norma-n-0542011-de-27122011-ipcq.asp>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias* (2012-2016). Lisboa, DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pd>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Acedido em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseaoresumo_maio20133.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses - Perspetivas 2015*. Lisboa DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-desauade/estatisticas-de-sauade/publicacoes/a-sauade-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal. (2016). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. (2017-2020). Lisboa, DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880758-pdf.aspx?>

- Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. (4ª Ed.), Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lta.
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Direção Geral da Saúde. (2015). *Relatório de análise da capacidade instalada de reabilitação respiratória nos hospitais do serviço nacional de saúde*. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica...saude/.../por-serie-506885-pdf.aspx?v>
- Queirós, P. (2010). *Autocuidado, transições e bem-estar*. Revista investigação em Enfermagem, 21, 5-7.
- Regulamento nº 125/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª serie – nº35, pp.8658-8659. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Reilly, J. Silverman, E., & Shapiro, S. (2012). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. In Harrison's: Principles of Internal Medicine, (18ª Ed.), (pp. 2151-2170), Rio de Janeiro: Ed McGraw-Hill interamericana.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde: Bem-estar e qualidade de vida*. Contributos da Psicologia da saúde. Lisboa: Texto e verso.
- Ribeiro, K. et al. (2005). *Efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)*. Revista biociências, Taubaté, 11(1-2), 63-68.
- Ries, A., Bauldoff, G., Carlin, B., Casaburi, R., Emery, C., Mahler, D., Make, B., Rochester, C., ZuWallack, R. & Herrerias, C. (2007). *Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. Chest, 131(5), 4S-42S.
- Rocha, P., & Saraiva, H. (2011). *Qualidade de Vida do Doente submetido a VNI*. Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1666/1/SARAIVA%20Paula%20Cristina%20Dias%20Rocha%20Cavaleiro%20Qualidade%20de%20vida%20do%20doente%20com%20VNI.pdf>
- Rocha, S., Lima, L., & Rocha, M. (2017). *Impacto de um Programa de Reabilitação na Qualidade de Vida e nas AVD das pessoas com DPOC*. Dissertação de Mestrado da

Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em

<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18659/1/Tese%20Sónia%20Rocha%20RR%20e%20DPOC%2008-06%20-2017%20Final2.pdf>

- Rodrigues, M., Nina, S., Matos, L. (2014) *Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 30, pp. 16-22.
- Rodrigues, S.R., Viegas, C.A., & Lima, T. (2002). *Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Jornal de Pneumologia, 28(2):65-70
- Rua, M. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral. (Dissertação de Mestrado)*. Viseu: Escola Superior de Saúde. Acedido em:
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1659/1/RUA%20Maria%20Augusta%20Gon%C3%A7alves%20Alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Sampaio, A, C, L. (2007). *Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos*. Dissertação de licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14431/2/38536.pdf>.
- Santos, A.C.T. (2013). *Análise de projetos pessoais: Adaptação para o contexto brasileiro e sua relação com o bem-estar subjetivo* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23981/1/tese%20Ana%20Carolina%20Santos.pdf>
- Santos, C., Martins, T., & Ferreira, T. R. (2009). *Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Scattolin, F.A. (2006). *Qualidade de vida. A evolução do conceito e os instrumentos de medida*. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 8(4), 1-5.
- Seidl, E. M., & Zannon, C. M. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos*. Cadernos de saúde publica, 20 (2), 580-588.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Serra, V. S. (2010). *Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In & A. In M. Canavarro, Qualidade de vida e Saúde: Significados e Níveis de Análise* (pp. 23-39). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Silva, L.M.G. (2001). *Breve reflexão sobre autocuidado no planeamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso*. Revista latino-americana 9 (4), 75-82.
- Silva, I.M. S. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22933>.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., Cardos, R. & Ramos, H. (2003). *Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes*. Análise psicológica. 2, 185-194.
- Silva, C. e Rodrigues, S. (2003). *Educação na reabilitação pulmonar*. Em: S. Rodrigues (Ed.). Reabilitação Pulmonar. 1ª edição. Editora Manole. São Paulo
- Silva, C.A.G., Martins, B.L., Porto, C.P., Scherer, R.M.P., & Areosa, S.V.C. (2011). *Institucionalização: relações dos idosos com a família*. Comunicação apresentada nas 4ª jornadas de pesquisa em psicologia, Santa Cruz do Sul, Brasil. Acedido em http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10212
- Silva, E; Martins, M. (2013). *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem de reabilitação – Doentes dependentes*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Porto. Acedido em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9418/1/TeseMestradoEduardoSilva_2013.pdf
- Simão, P., & Almeida P. (2001). *Reabilitação Respiratória: Uma estratégia para a sua implementação*. Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol xv, suplemento de 1 março.
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A, Lima, M.P., Pinheiro, M.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2000). *O Bem-estar subjetivo: o estado actual dos conhecimentos*. *Psicologia Educação e Cultura*. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/268035177_O_bemestar_subjectivo_estado_actual_dos_conhecimentos
- Siqueira, M.M.M, & Padovam, V.A.R. (2008). *Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt

- Sposito, G., Diogo, M.J.E., Cintra, F.A., Neri, A.L., Guariento, M.E., & Sousa, M.L.R. (2010). *Relações entre bem-estar subjetivo e mobilidade e independência funcional por função de grupo de faixas etárias e de gêneros em idosos*. Acta. Fisiátrica 17 (3), 103-108. Acedido em http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=44
- Sousa, M., Magalhães, P., & Saraiva, C. (2009). *Apontamentos da Unidade Curricular Enfermagem de Reabilitação I – Módulo II - “Respirar, uma energia Vital”, no âmbito do 4º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação*, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Sousa T., Jardim, C., & Jones, P. (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. 26 (3), 119-128. Acedido em <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>. ISSN 0102-3586
- Velez, R. R. (2007). *Calidad de Vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Revista Ciências de la Salud. Bogotá (Colômbia),5 (1), 90-100.
- Wilkins, R. L., Solter, J. K., & Kackmarek, R. M. (2009). *Fundamentos de Terapia Respiratória* (9º ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Lda.
- WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization*. Social Science and Medicine, vol. 41 nº 10, pp1403-1409.
- World Health Organization. (1993). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.
- World Health Organizations (1998) *Health Promotion Glossary, Report of a Committe*. Geneva: Technical Report: Series 970.
- Zimpel, R., & Fleck, M.P. (2008). *Qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS: conceitos gerais e resultados de um estudo brasileiro*. In: Fleck, M.P. & Colaboradores. (1ª ed.), Avaliação de Qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde, (pp.157- 168). Porto Alegre: Artmed.

Anexos

**Anexo I - Pedido de autorização para a colheita de dados na ULS Guarda –
Serviço de Pneumologia**

Exma. Sr^a. Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde da Guarda

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação e aplicação de método de colheita de dados.

Eu, Ana Raquel Crespo Fernandes, enfermeira na ULS Guarda e aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2016/2018, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, e a professora doutora Rosa Martins, estamos a desenvolver um estudo intitulado "Bem-estar e Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Respiratória: Contributos das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação". Neste sentido, vimos solicitar a Vossa Excelência, autorização para a aplicação de um questionário (cf. Anexo –questionário *Hospital Saint George na doença respiratória* – questionário da qualidade de vida) aos utentes internados no serviço de Pneumologia. Pensamos que este estudo seja pioneiro na instituição e por isso de importância elevada, pois poderemos constatar a evolução dos utentes que tenham estados internados nos referidos serviços da ULS Guarda.

Os objetivos deste estudo são: avaliar o bem-estar e a qualidade de vida do doente internado com patologia respiratória sujeito a um programa de reabilitação respiratória e quais os contributos das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, comparando dados antes do programa de reabilitação e após a sua execução. Face aos objetivos propostos é forçosa, para sua execução, a aquisição de informação individual alusiva á população alvo do estudo. Tal observação só pode ser obtida através de um questionário direto ao utente e consulta do processo clínico do utente em S-clínico.

Os dados recolhidos com o respetivo questionário são absolutamente confidenciais e anónimos e que serão utilizados apenas para realização do estudo em causa.

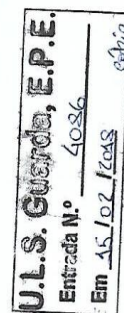
Agradecemos desde já a atenção dispensada á solicitação pedida.
Pede deferimento

Guarda, 15 de fevereiro 2018

Ana Raquel Crespo Fernandes

(Ana Raquel Crespo Fernandes)

Contacto: telemóvel 963349300 – email: anaraquel_fernandes@hotmail.com



Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema Bem-estar e Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Respiratória: Contributos das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:
_____ (localidade), ___/___/___

Nome _____
Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____,

data/validade ___/___/___

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida-

Nome do investigador _____

Assinatura _____

Anexo III - Instrumento de colheita de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ÁREA CÍNTIFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**“BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA:
CONTRIBUTOS DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

_____ / _____ / _____

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se proceder a uma caracterização sócio demográfica, clínica, caracterização das intervenções enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e aplicação do questionário de St. George's Respiratory Questionnaire, Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) – qualidade de vida.
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário escrever o seu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA**1. Género:**Masculino (1) Feminino (2) **2. Idade:** _____ anos**3. Estado Civil:**Casado/União de Facto Solteiro Divorciado/Separado Viúvo **4. Área de residência**Rural Urbana **5. Agregado familiar**Vive sozinho Vive com o cônjuge Vive com familiares Institucionalizado/a **6. Número de membros do Agregado Familiar:** _____**7. Sente que tem apoio familiar?**Quase sempre Algumas vezes Quase nunca **6. Habilitações Literárias:**Não sabe ler e escrever 1º Ciclo Escolar (4ª Classe) 2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) 3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) 12º ano ou equivalente Curso Médio Curso Superior **7. Situação Profissional**Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a)

II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

8. Diagnóstico _____

9. Há quanto tempo foi diagnosticado? Menos de 1 ano Há 1 ano Entre 2 a 3 anos Entre 3 a 4 anos Há mais de 5 anos

10. É seguido em consultas? sim Não

11. Tem outras patologias associadas?

- Cardíacas
- Neurológicas
- Osteoarticulares
- Oftalmológicas
- Dermatológicas
- Oncológicas

12. Faz oxigénio? Sim Não

13. Se sim, quantos litros? _____

14. E quantas horas? _____

15. Grupo Farmacológico, da medicação que realiza habitualmente.

- Benzodiazepinas
- Sedativos
- Neurolépticos
- Antidepressivos
- Digitálicos
- Diuréticos
- Anti. Hipertensores

16. Faz inaladores? Sim Não

17. Faz aerossolterapia? Sim Não

18. Valores de SPO2:

Início internamento _____

Fim internamento _____

III – CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

19. Realiza algum tipo de reabilitação respiratória? Sim Não

20. Se respondeu sim, à questão anterior, refira a que profissional recorre para realizar a mesma?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Psicomotricista
- Osteopata
- Terapeuta da Fala
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

21. Se respondeu sim á questão 19, são usadas técnicas de limpeza das vias aéreas? Sim Não

22. Já tinha realizado reabilitação respiratória antes? Sim Não

23. Se respondeu sim á questão anterior, refira a que profissional recorreu para realizar a mesma?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Psicomotricista
- Osteopata
- Terapeuta da Fala
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

24. Como avalia a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação?

Numa escala de 0 a 10:

- 0 é nada satisfeito
- de 1 a 3 é pouco satisfeito
- de 4 a 6 é satisfeito
- de 7 a 10 é muito satisfeito

25. Acha que o ajudou? Sim Não

26. Voltaria a recorrer aos seus serviços? Sim Não

IV – QUESTIONÁRIO DO HOSPITAL SAINT GEORGE NA DOENÇA RESPIRATÓRIA (SGRQ)

Este questionário foi desenvolvido para nos ajudar a saber mais sobre os problemas que sua respiração tem lhe causado e a maneira como isto afeta sua vida. Usamos o questionário para saber que aspetos de sua enfermidade que lhes causam mais problemas.

Por favor, leia cuidadosamente as instruções e pergunte o que não entender.

Assinale com X a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde atual:

Muito Bom Bom moderado Mau Muito Mau

PARTE 1

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

Assinale um só quadro para cada pergunta.

Marque com um X somente uma resposta em cada pergunta.	Maioria dos dias da semana	Vários dias da semana	Alguns dias no mês	Só em caso de 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, houve expetoração:	<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, teve 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 vezes <input type="checkbox"/> (4)	3 vezes <input type="checkbox"/> (3)	2 vezes <input type="checkbox"/> (2)	1 vez <input type="checkbox"/> (1)	Nenhuma vez <input type="checkbox"/> (0)
6. Quanto tempo durou a pior das suas crises respiratórias? (Passe à pergunta 7 se não teve crises graves)	Uma semana ou mais <input type="checkbox"/> (3)	3 dias ou mais <input type="checkbox"/> (2)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (1)	Menos de um dia <input type="checkbox"/> (0)	
7. Durante os últimos 3 meses, numa semana normal, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios)?	Nenhum dia bem <input type="checkbox"/> (4)	1 ou 2 dias bem <input type="checkbox"/> (3)	3 ou 4 dias bem <input type="checkbox"/> (2)	Quase todos os dias estive bem <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias estive bem <input type="checkbox"/> (0)
8. Se tem pieira (chiadeira ou “gatinhos”) no peito é pior pela manhã?	Não <input type="checkbox"/> (0)	Sim <input type="checkbox"/> (1)			

PARTE 2

Assinale um só quadro para descrever a sua doença respiratória.

Seção 1	É meu maior problema <input type="checkbox"/> (3)	Causa-me muitos problemas <input type="checkbox"/> (2)	Causa-me poucos problemas <input type="checkbox"/> (1)	No me causa problema nenhum <input type="checkbox"/> (0)
Se alguma vez houve um trabalho remunerado, marque com um X uma das seguintes opções:	A minha doença respiratória obrigou-me a deixar de trabalhar <input type="checkbox"/> (2)	A minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho <input type="checkbox"/> (1)		A minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) meu trabalho <input type="checkbox"/> (0)

Seção 2 Perguntas sobre as atividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar.
Assinale com X a resposta concordo ou na concordo de acordo com o seu caso:

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

Seção 3 Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, **nos últimos dias**.
Assinale X a resposta concordo ou não concordo de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não Concordo (0)
A minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico muito cansado com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 4 Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória.
Assinale X a resposta concordo ou não concordo de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não Concordo
Minha tosse ou falta de ar envergonha-me em publico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença respiratória é um incomodo para minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho receio ou mesmo pânico quando ano consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinto que não tenho controlo sobre a minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não espero melhoras da minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tornou-me fisicamente diminuído/a ou inválido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercícios 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"/>

Seção 5 Perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória.
Caso não tenha medicação, passe para a secção 6.

Assinale X a resposta concordo ou não concordo de acordo com o seu caso:

	Concordo (1)	Não Concordo (0)
A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho vergonha tomar os meus medicamentos em publico	<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"/>

Seção 6 As perguntas seguintes referem-se a atividades que podem ser afetadas **pela sua doença respiratória**. Assinale X a resposta concordo se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não assinale não concordo:

	Concordo (1)	Não Concordo (0)
Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 de casa, ou, então, tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lanço de escadas vou muito devagar ou tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado ou se caminho mais depressa tenho que parar ou diminuir a velocidade do passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratoria tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar á 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, 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, praticar desportos muitos cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 7

Gostaríamos de saber como é que a **sua doença respiratória afeta habitualmente o seu dia a dia**. Assinale X a resposta concordo ou não concordo. (não se esqueças que concordo só se aplica quando não puder fazer a atividade devido á sua doença respiratória.

	Concordo (1)	Não Concordo (0)
Não posso praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 de 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 com outras atividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer.

Não tem de assinalar nenhuma atividade. Pretende-se apenas lembrá-lo/a das atividades que pode ser afetada pela sua falta de ar.

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

Escreva outras atividades importantes que tenha deixado de fazer devido á sua doença respiratória.

Assinale com X (só um) a resposta que melhor define a forma como é afetado/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 que eu gostaria de fazer
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

O preenchimento do questionário terminou.

Muito obrigado

Anexo IV – Autorização da Comissão Ética da ULS Guarda



Exmo. Senhor
Dr. Prof. Doutor Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
n.º 102
3500-843 Viseu

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA 14.05.2018
----------------	--------------------	--	--------------------

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema “Bem-estar e Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Respiratória: Contributos das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor ao desenvolvimento do trabalho e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

Dr.ª Isabel Coelho
Presidente do Conselho de Administração
U.L.S. da Guarda, E.P.E.

(Dra. Isabel Coelho)

IC/IM

