

1 – INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em conformidade, para este estudo traçamos os seguintes objectivos:

- Caracterizar a amostra sobre o ponto de vista sociodemográfico.
- Conhecer as variáveis clínicas dos elementos da amostra em estudo.
- Identificar as variáveis sócio-demográficas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.
- Identificar as variáveis clínicas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC da amostra em estudo.

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

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

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

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

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