

## **II PARTE – TRABALHO EMPÍRICO**



## 4 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTUDO EMPÍRICO

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

### 4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.2 – VARIÁVEIS

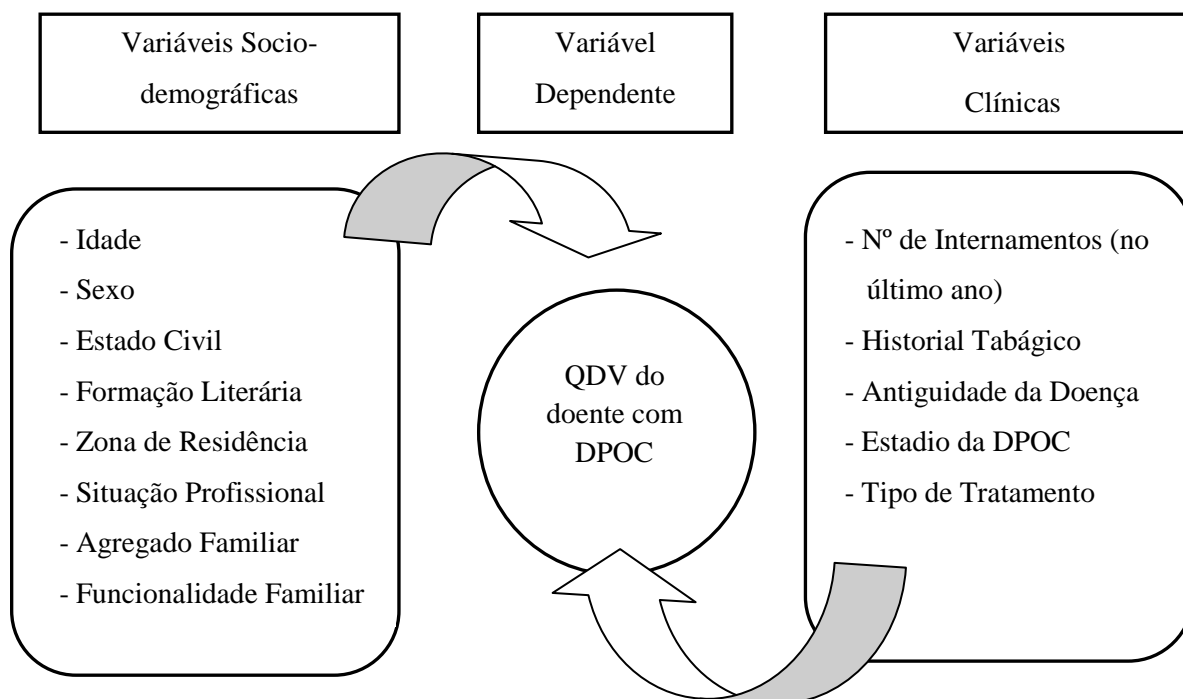
A selecção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objectivos do estudo, as questões de investigação elaboradas, não podendo desta forma, ser de livre escolha do investigador. Como a própria palavra nos diz, variável é qualquer coisa que varia, ou então, indo ao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

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

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

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

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



**Figura 1** – Modelo Conceptual do Estudo

#### 4.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

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

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

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

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

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

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

com DPOC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.4 – ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

##### 4.4.1 – Desenho da investigação

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

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

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

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

#### **4.4.2 – Localização do Estudo**

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

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

#### **4.4.3 - Selecção da Amostra Populacional**

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

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

#### **4.4.4– Procedimentos**

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

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

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

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

#### **4.4.5– Instrumentos de Recolha de Dados**

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

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

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

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

#### 4.4.5.1 – Escala de Apgar Familiar de Smilkstein

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

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

#### 4.4.5.2 – Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ)

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

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

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

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

Equação 1: Coeficiente para a pontuação do questionário SGRQ.

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

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

O questionário apresenta boa qualidade de vida quando os resultados são próximos de 0 (zero) e pior qualidade de vida com resultados próximos de 100. A pontuação de cada parte do questionário é, posteriormente, convertida em percentagem, seja para qualquer um dos três domínios ou para pontuação total. Valores obtidos até 10% mostram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, resultados acima de 10% indicam condição de anormalidade e alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma

total de pontos, indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes (SOUSA, JARDIM, JONES, 2000).