

## QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

## QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

GABRIELA MARIA DA SILVA FARIAS<sup>1</sup>  
ROSA MARIA LOPES MARTINS<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Portugal.

(e-mail: farias.gabi@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde  
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)

do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.

(e-mail: rmartins.viseu@gmail.com)

### Resumo

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

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

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

A população estudada é maioritariamente masculina, com uma idade média de 71,70 anos, casada, com baixos níveis de instrução e residente em zona rural. Encontram-se

profissionalmente inativos e inseridos em famílias altamente funcionais.

A maioria encontra-se no estágio IV da doença, tendo historial tabágico e baixo número de internamentos.

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

**Palavras-chave:** doença pulmonar obstrutiva crónica, qualidade de vida, SGRQ.

#### **Abstract**

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

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

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

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

We found out that the quality of life suffer significant changes in most of the participants. The limitations of physical activities were those who most contributed to the

biggest loss in QOL, followed by symptoms of the disease and finally, by the psychosocial impact. On the other hand, we found that a greater number of hospitalizations and a more advanced stage of COPD contributed to a lower QOL in these patients.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, SGRQ.

### **Introdução**

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 em consequência da própria doença ou das suas complicações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 80 milhões de pessoas no mundo convivem com a DPOC e cerca de 3 milhões morreram em decorrência da doença no ano de 2005. A DPOC é uma das maiores causas de morte e um enorme e crescente problema, não só médico, mas também social e económico, ou seja, um importante problema de saúde pública em todo o mundo (Silva, 2011).

A prevalência, morbidade e mortalidade da DPOC variam de acordo com os países e com os diferentes grupos em cada país, mas, geralmente, estão diretamente relacionados com a prevalência do tabagismo, apesar de que, em alguns países, a poluição do ar tem sido também apontada como fator de risco da DPOC.

De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência, em 2002, era de 11,6 doentes com DPOC por cada mil habitantes no sexo masculino e de 8,77 no sexo feminino. No entanto, estas estimativas incluem todos os grupos etários, subvalorizando-se a verdadeira dimensão desta doença, uma vez que esta é mais prevalente em grupos etários mais avançados. Prevê-se, assim, que atualmente, pelo menos 10% da população mundial com mais de 40 anos possa ter DPOC, isto é, que a patologia seja três vezes mais prevalente do que aquilo que se estima (Faria, Clemente & Rodrigues, 2006).

No que diz respeito à realidade nacional, e segundo dados do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2009, a prevalência da DPOC está igualmente subvalorizada, mas estima-se que seja no mínimo de 5,3% nos homens e 4,0% nas mulheres. Os internamentos hospitalares, medidos através dos doentes que tiveram alta com este diagnóstico, são outro indicador do peso desta doença em

Portugal. Pelo menos nas suas formas mais graves, e nas agudizações, a DPOC obriga frequentemente a internamento hospitalar. A análise dos dados do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) de 2008 revela que a DPOC foi, em 2007, a terceira causa de internamento por doença respiratória (ONDR, 2008).

Apesar de ser uma das principais causas de morte a nível mundial, é, no entanto, na morbilidade 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.

Ocasiona muitos transtornos físicos, que culminam com uma perda progressiva da capacidade para desempenhar atividades anteriormente realizadas, o que leva o doente a ter de encarar a perda de um corpo saudável e ativo 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 refletem as mais profundas consequências aos níveis do equilíbrio emocional, afetivo e relacional. Todo este conjunto de alterações faz com que os doentes com DPOC se percebam menos satisfeitos com as suas vidas, menos capazes de desempenhar atividades 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, e a sua qualidade de vida é bastante afetada.

Entendendo que a DPOC afeta múltiplos aspetos 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 aspeto central a saúde ao invés de doença (Silva, 2011).

Embora não haja um consenso acerca da definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a subjetividade, a multidimensionalidade e as dimensões positivas e negativas são aspetos essenciais para a compreensão deste constructo. Assim, define a QDV como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, citado por Santos, 2006). Esta definição indicia a complexidade do conceito em causa. Percebe-se que este é um conceito amplo, abrangente e que cabe em todas as formas de trabalho, afetado de um modo complexo

pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (Martins, 2004).

A avaliação da qualidade de vida dos doentes crónicos não é uma preocupação recente. A vivência de uma doença crónica (em especial de início tardio) envolve um complexo processo de adaptação e traz consigo um leque de alterações que repentinamente podem desafiar a visão que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e do mundo (Matos & Machado, 2007)

O sofrimento físico e emocional que invade a vida dos doentes com DPOC é um impedimento para que, muitas vezes, beneficiem das capacidades ainda existentes, contribuindo desta forma para uma deterioração mais rápida da sua qualidade de vida (Silva, Romão, Pavão, Peredo & Reis, 2006). Na mesma linha de pensamento se situa Couto (2010) para quem nos doentes com DPOC os sintomas, sobretudo a dispneia, interferem em vários aspetos da vida do doente, tais como nas atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária e desencadeiam o aparecimento de quadros de ansiedade e depressão, além de limitações funcionais nas atividades quotidianas, restrição na participação do indivíduo na sociedade e significativa queda na sua qualidade de vida.

Existem vários fatores que influenciam a perceção dos portadores de doenças crónicas sobre a sua saúde e qualidade de vida, como a idade, sexo, estatuto social, nível educacional, emprego, apoio sóciofamiliar, ambiente cultural e personalidade (Dias, 2006). Para Cerqueira & Crepaldi (2000, p. 207), nas doenças pulmonares crónicas, “a qualidade de vida nunca é uma mera consequência da sua gravidade: múltiplos fatores que se interrelacionam estão envolvidos”.

É justamente por isto que a avaliação da qualidade de vida é uma ferramenta importante para verificar o impacto dos agravamentos da saúde e dos tratamentos implementados, tornando-se assim característica central nos estudos de DPOC (Pagani, 2008).

Partindo dos pressupostos atrás expostos, desenvolvemos o presente estudo tendo como objetivo geral conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e fatores que nela intervêm.

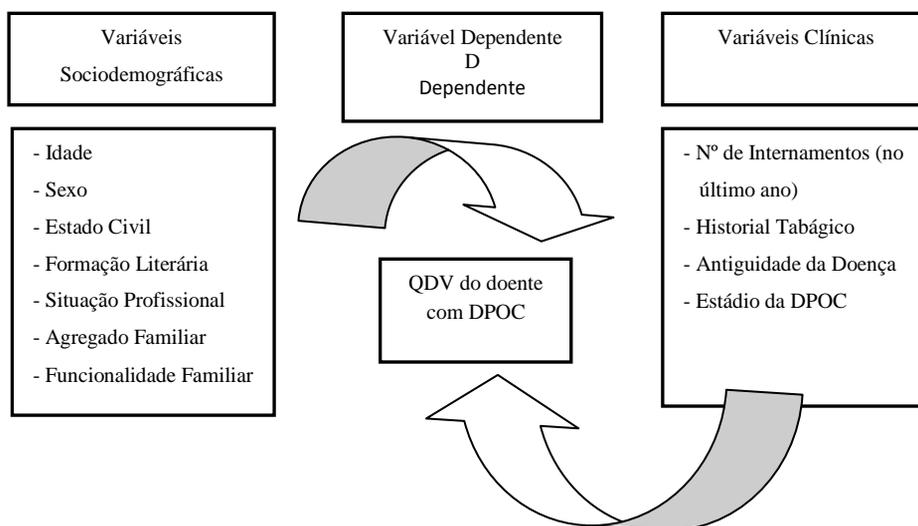
### **Metodologia**

O estudo realizado é de natureza quantitativa, e de carácter descritivo-correlacional uma vez que pretendemos descrever uma determinada amostra (doentes com DPOC) e estabelecer relação entre variáveis (qualidade de vida e vários fatores suscetíveis de a influenciar).

Traçámos como objetivos deste estudo:

- Caracterizar a amostra sobre o ponto de vista sociodemográfico.
- Conhecer as variáveis clínicas dos elementos da amostra em estudo.
- Identificar as variáveis sociodemográficas 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.

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 sociodemográficas e as variáveis clínicas. Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e também para avaliar da sua interferência na variável dependente (fig. 1)



**Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo**

Para o nosso estudo foi selecionada uma amostra não probabilista, por conveniência, constituída por 50 indivíduos com DPOC (48 do sexo masculino e 2 do sexo feminino), seguidos em consulta externa pelo Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra e no Ginásio de Cinesiterapia Respiratória do mesmo hospital. 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;

Foi aplicado um questionário constituído, numa primeira parte, por questões que permitiram a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, e por duas escalas, a Escala de Apgar Familiar criada por Smilktein e adaptada à população portuguesa por Azeredo & Matos (1998), que permitiu avaliar a funcionalidade familiar e o SGRQ (Saint George's Respiratory Questionnaire), utilizado para avaliar a Qualidade de Vida da pessoa com DPOC. Este questionário é constituído por 50 itens e 76 “pesos” de resposta, distribuídos por 3 domínios: o domínio “Sintomas” que reflete a interferência dos sintomas respiratórios na prática diária; o domínio “Atividades” que avalia a limitação que a doença impõe na atividade quotidiana; e o domínio “Impacto Psicossocial” que permite perceber a disfunção socio-emocional ligada à doença e às expectativas do doente. Para calcular o comprometimento da QDV de cada indivíduo é feita a soma de cada questão equivalente para cada domínio e depois é divide-se pela possibilidade máxima que pode ser alcançada, que é de 662,5 para o domínio dos “Sintomas” 1209,1 para o domínio das “Atividades” 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 a 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).

### **Apresentação e Análise dos Resultados**

Os dados sociodemográficos que caracterizam a amostra mostram grandes discrepâncias na repartição por sexos, uma vez que 96% dos indivíduos inquiridos são do sexo masculino e 4% são do sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com vários estudos nacionais e internacionais. Antonelli-Incalzi *et al.* (2003), Dourado, Antunes, Carvalho & Godoy (2004), Noeli Pagani (2008), Moreira *et al.* (2009) e Couto (2010) são alguns dos autores que comprovam, nos respetivos estudos, o predomínio da DPOC no sexo masculino. Os fatores que contribuem para esta tendência prendem-se sobretudo com a questão da DPOC ter como fator de risco o tabagismo, característica muito comum entre os homens, embora esta tendência esteja a mudar. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2008 (INE, 2009), a proporção de fumadores no período de 2005/2006 era mais elevada nos homens (28,9%, face a 11,2% nas mulheres). Do mesmo modo, a proporção de ex-fumadores era também mais elevada nos homens (24,4%) que nas mulheres (6,5%) (INE, 2009).

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

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

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

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

Quanto à funcionalidade familiar, 96% dos inquiridos encontra-se inserido numa família altamente funcional, 2% numa família com moderada disfunção e 2% numa família altamente disfuncional. Em relação a esta questão, só encontrámos na bibliografia um estudo realizado em Espanha onde esta variável foi avaliada em doentes

com DPOC. Vargas *et al.* (2001) registam no seu estudo que 79,7% dos participantes se encontra inserido numa família funcional, 17,4% tinham disfunção familiar moderada e 2,9% disfunção acentuada.

Os resultados encontrados no nosso estudo em relação à funcionalidade familiar podem não ser os mais corretos, uma vez que, durante o preenchimento/leitura do questionário, estava presente uma pessoa que acompanhava o doente, não necessariamente seu familiar, o que o pode ter inibido a falar da sua vida íntima familiar, que envolve sempre terceiros, e que o pode ter condicionado na sua resposta.

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

No que toca ao historial tabágico, verificámos que 72% dos inquiridos era ex-fumador e 12% era ainda fumador ativo, o que perfaz um total de 84% da amostra com historial tabágico. Estes valores em nada nos surpreenderam, dado estar comprovado ser o tabagismo o grande fator de risco para a DPOC. Os vários estudos consultados durante a pesquisa bibliográfica comprovam que a maior percentagem corresponde aos ex-fumadores, o que coincide com os resultados do nosso estudo (Arregui, Ezquerra & López, 2007; Carneiro *et al.*, 2010; Pagani, 2008; Pinto, González, Arenillas, Noguerras & Gómez, 2010).

No que diz respeito à antiguidade da doença definimos cinco grupos para cinco períodos de tempo distintos: 1) inferior a um ano; 2) entre um e cinco anos; 3) entre 5 e 10 anos; 4) entre 10 e 15 anos; 5) superior a 15 anos. Foi neste último grupo que encontramos o maior número de inquiridos, 34%, o que demonstra o carácter progressivo e crónico da DPOC e traduz um tempo médio da doença bastante elevado. Mas este resultado está em sintonia com os estudos de Carneiro *et al.* (2010), Kerkoski, Borenstein & Silva (2010) e Pereira, Pinto, Alcantara, Medeiros & Mota (2009).

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

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

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

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

**Relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, formação literária, situação profissional, agregado familiar e funcionalidade familiar) e a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC.**

Para testar a primeira hipótese do nosso estudo que pretende estabelecer uma relação entre variáveis sociodemográficas e a QDV dos doentes com DPOC, foram criadas algumas sub-hipóteses, e utilizado o teste U de Mann-Whitney. Devido às características (do *n* baixo) da nossa amostra, no que diz respeito à variável sexo, optámos por não testar a primeira sub-hipótese formulada.

Embora fosse esperado que a idade avançada dos inquiridos provocasse uma diminuição da QDV, tal não foi verificado no nosso estudo. Este resultado deve ser interpretado com alguma reserva na medida em que existem autores que reforçam a existência de uma relação negativa entre a idade e a QDV dos doentes com DPOC, como é o caso de Arregui, Ezquerria & López (2007) e Pinto *et al.* (2010). Talvez possamos explicar estes resultados, tal como Ketelaars *et al.* (1996), citado por Havlucu *et al.* (2005), pelo facto de existir uma maior tolerância dos doentes com idade avançada

às limitações sentidas no desempenho das atividades diárias, ao assumirem este comprometimento como algo “normal” na idade avançada.

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas em estudo, importa referir que foram poucos os estudos consultados que divulgam dados relativos à influência destas na QDV dos doentes com DPOC. No que concerne ao estado civil, apenas Silva (2011) confirma a não relação entre esta variável e a QDV. No entanto, no que diz respeito à formação literária, o mesmo autor refere que esta se comporta como uma preditora da qualidade de vida nos indivíduos com DPOC. Os resultados do nosso estudo, mostram que nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas exerce influência sobre a QDV dos doentes com DPOC.

### **Relação entre as variáveis clínicas (número de internamentos no último ano, historial tabágico, antiguidade da doença e Estádio da doença) e a Qualidade de Vida dos doentes com DPOC.**

Para testar a segunda hipótese do nosso estudo que pretende estabelecer uma relação entre variáveis clínicas e a QDV dos doentes com DPOC, foi também necessário subdividi-la em algumas sub-hipóteses, tendo sido utilizados o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

Ao analisarmos o conjunto de variáveis clínicas com a QDV dos doentes com DPOC, avaliada pelo SGRQ, encontrámos apenas diferenças significativas ao nível das variáveis: número de internamentos no último ano e estágio da DPOC.

Tal como referimos anteriormente, verificámos a existência de estudos onde a avaliação da readmissão hospitalar em pacientes com DPOC foi contemplada. Apesar da diferença de épocas, os trabalhos de Osman *et al.* (1997) e de Carneiro *et al.* (2010), apontam para uma relação entre o número de readmissões hospitalares e a má qualidade de vida, avaliada pelo SGRQ. Estes dados vêm reforçar os resultados apresentados no nosso estudo, onde o número de internamentos influencia diretamente os valores elevados do SGRQ (isto é, indicativos de pior QDV). Podemos verificar que existem diferenças muito significativas entre os doentes com DPOC que registaram internamentos no último ano e os que não registaram, nomeadamente nos domínios “Atividades” ( $p=0,007$ ), “Impacto Psicossocial” ( $p=0,001$ ) e “QDV total” ( $p=0,002$ ). Em relação ao domínio dos “Sintomas” verificaram-se diferenças significativas.

A influência do consumo de tabaco no desenvolvimento e no prognóstico da DPOC é tão evidente que a Organização Mundial de Saúde, através do programa GOLD (2006), recomenda a implementação de programas de controlo de tabagismo e a criação de consultas de desabitação tabágica acessíveis a todos os indivíduos fumadores. De acordo com Jones (1995), citado por Paganini (2008), os doentes, mesmo após anos de cessação tabágica, apresentam diminuição da função pulmonar, o que pode restringir

significativamente o desempenho das atividades diárias. No entanto, apesar desta influência, não encontramos no nosso estudo diferenças significativas entre os doentes com e sem historial tabágico e a sua QDV percebida. Estes dados vão ao encontro daqueles que são apresentados por Ståhl *et al.* (2005), Pinto *et al.* (2010) e Silva (2011). Segundo Wijnhoven *et al.* (2001), citado por Ståhl *et al.* (2005), o tabagismo ativo aparece mesmo associado a melhores níveis de QDV, o que só pode ser explicado, segundo o autor, porque os indivíduos fumadores são aqueles que geralmente se encontram numa fase menos grave da doença.

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

O estágio da DPOC foi das variáveis que mais influenciou a QDV dos doentes com DPOC. Os resultados mostram diferenças muito significativas entre os doentes com estádios da DPOC mais avançados e o domínio “Atividades” ( $p=0,008$ ), e diferenças significativas para os domínios “Impacto Psicossocial” ( $p=0,036$ ) e “QDV total” ( $p=0,031$ ). No entanto, não se verificaram diferenças entre os doentes no domínio dos “Sintomas” ( $p=0,466$ ). Os resultados aqui apresentados aproximam-se dos de outros estudos realizados nesta área, como é exemplo a investigação desenvolvida por Pinto *et al.* (2010), onde também se verificou uma relação entre os domínios “Atividades” e “QDV total” e o estágio da doença. Ståhl *et al.* (2005) identificaram que os graus de gravidade de 168 sujeitos com DPOC, classificados segundo a GOLD, afetaram o nível total da pontuação do SGRQ. Havlucu *et al.* (2005) observaram também que o valor de SGRQ aumentava (pior QDV) à medida que o estágio da doença progredia. Oliveira, Vale, Guimarães, Batista & Dantas (2009) comparou os resultados da avaliação da QDV pelo SGRQ entre indivíduos com diferentes graus da doença, concluindo que o domínio das “Atividades” era o que apresentava sempre pontuações mais elevadas ou seja, pior QDV.

### Conclusão

Ao olhar para os resultados desta investigação e considerando os seus eixos orientadores, verificámos que a amostra estudada é maioritariamente masculina, apresentando uma média de idades de 71,70 anos, encontrando-se na sua maioria profissionalmente inativos.

Apesar da média de internamentos no último ano ser baixa, verificámos que esta variável e o estágio da DPOC, foram as únicas que contribuíram para uma menor QDV nos doentes com DPOC.

Concluimos que a limitação das atividades físicas contribui para o maior prejuízo na QDV, seguida pelos sintomas da doença e, por fim, o impacto psicossocial. Apenas um participante apresentou valores inferiores a 10% nos três domínios avaliados, assim como na avaliação da QDV total com um valor de 7,40%, o que representa QDV normal.

As conclusões deste estudo são um contributo que reforça a legitimidade das investigações na área da qualidade de vida dos doentes com DPOC. Pelo impacto que a DPOC tem, acreditamos que a prossecução da investigação nesta área é fundamental.

As doenças crónicas ou incapacitantes, nas quais encontramos a DPOC, exigem mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. R. C. (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. Acedido a 23 de Maio, 2011, em: <[http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar\\_\\_tesem.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar__tesem.pdf)>.
- Antolnelli-Incalzi, R.; Imperiale, C.; Bellia, V.; Catalano, F.; Scichilone, N.; Pistelli, R. & Rengo, F. (2003). Do Gold stages of Copd severity really correspond to differences in health status? *Respiratory Journal* 22: 444-449. UK. Acedido a 4 de Junho, 2011, em: <<http://www.ersj.org.uk/content/22/3/444.full.pdf>>.
- Arregui, M. A. A. ; Ezquerro, K. L. & López, F. C. (2007). Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*, 24(10): 473-477. Acedido a 1 de Junho, 2011, em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci_abstract)>.
- Azeredo, Z. & Matos, E. (1998). Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*. 2(20): 28-30.
- Camelier, A.; Rosa, F. W.; Salmi, C.; Nascimento, O. A.; Cardoso, F. & Jardim, J. R. (2006). Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica: validação de uma nova versão para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32 (2): 114-122. Acedido a 1 de Junho, 2011, em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1806-37132006000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1806-37132006000200006&script=sci_arttext)>.
- Carneiro, R.; SOUSA, C.; PINTO, A.; ALMEIDA, F.; OLIVEIRA, J. R.; ROCHA, N. (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5), 759-777.
- Cerqueira, A. T. A. R. & Crepaldi, A. L. (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crónicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 26(4): 207-213. São Paulo. Acedido a 9 de Novembro de 2010 em: <<http://www.scientificcircle.com/pt/75089/qualidade-vida-doencas-pulmonares-chronicas-aspectos/>>.

- Couto, T. M. B. (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Acedido a 4 de Abril, 2011, em: <<http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010001275>>.
- Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a vida. Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de especialização em Actividade Física Adaptada, apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto. Acedido a 29 de Maio de 2011 em: <[http://sigarra.up.pt/fadeup/publs\\_pesquisa.FormView?P\\_ID=4922](http://sigarra.up.pt/fadeup/publs_pesquisa.FormView?P_ID=4922)>.
- DGS - Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* – Circular Normativa n.º 4/DGCG. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 4 Fevereiro, 2011, em <<http://www.dgs.pt/>>.
- Dourado, V. Z.; Antunes, L. C. O.; Carvalho, L. R. & Godoy, I. (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30 (3): 207-214. Acedido a 3 de Junho, 2011, em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a05.pdf>>.
- Faria, I.; Clemente, S. & Rodrigues, F. (2006). O Treino de Exercício e o Doente com DPOC – Uma Corrida para a Saúde. *Boletim do Hospital Pulido Valente*, 19(4): 173-175. Lisboa: Edidocus.
- GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006). *Estratégia Global para o Diagnóstico Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Acedido a 12 de Maio, 2011, em <<http://www.goldpoc.com.br/documentos.php>>.
- Havlucu, Y.; Pinar, Ç.; Gönül, D.; Aysin, S. & Arzu, Y. (2005). Assessment of Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkish Respiratory Journal*, 6 (2): 78-83. Acedido a 3 de Junho, 2011, em <[http://toraks.dergisi.org/trj/pdf/pdf\\_TRJ\\_425.pdf](http://toraks.dergisi.org/trj/pdf/pdf_TRJ_425.pdf)>.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2009). *Anuário Estatístico de Portugal 2008*. Lisboa: INE.
- Kerkoski, E.; Borenstein, M. S. & Silva, D. M. G. V. (2010). Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crónica sobre a qualidade de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(4): 825-832. Rio de Janeiro. Acedido a 3 de Junho, 2011, em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a24.pdf>>.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura, Departamento de Psicologia y Sociología de la Educación. Badajoz.
- Matos, A. P. S. & Machado, A. C. C. (2007). Influência de Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2): 139-148. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Acedido a 7 de Dezembro de 2010 em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722007000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000200004&lng=en&nrm=iso)>.
- Moreira, G. L. et al. (2009). Versão em português do Chronic Respiratory Questionnaire: estudo da validade e reprodutibilidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35(8): 737-744. Acedido a 16 de Maio, 2011, em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000800004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800004)>.
- Oliveira, F. B.; Vale, R. G.; Guimarães, F. S.; Batista, L. A. & Dantas, E. H. M. (2009). Efeitos do grau de DPOC sobre a qualidade de vida de idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 22(1): 87-93. Curitiba. Acedido a 2 de Junho de 2011 em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM/view/?dd1=2620>>.
- ONDR - Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2008). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008*. Lisboa [s.n.]. Acedido a 16 de Abril, 2011, em: <<http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf>>.
- Osman, I. M.; Goldden, D. J.; Legge, J.S. & Douglas, J. G. (1997). Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1): 67-71. Acedido a 4 de Junho, 2011, de <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>>.
- Pagani, N. (2008). *Percepção sobre Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Acedido a 1 de Junho, 2011, em: <[http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5245/1/2008\\_NoeliPagani.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5245/1/2008_NoeliPagani.pdf)>.
- Pereira, Â. M. C. F. A. (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, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Acedido a 4 de Abril, 2011 em: <<http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1748>>.

- Pereira, E. D. B.; Pinto, R.; Alcantara, M.; Medeiros, M. & Mota, R. M. S. (2009). Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(8): 730-736. Acedido a 3 de Junho, 2011, em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000800003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800003)>.
- Pessoa, C. L. C. & Pessoa, R. S. (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*, 1(1): 7-12. Rio de Janeiro. Acedido a 17 de Abril, 2011, em: <[http://www.sopterj.com.br/atualizacoes\\_tematicas/2009/02.pdf](http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/02.pdf)>.
- Pinto, J. M. S.; González, J. R.; Arenillas, J. I. C.; Nogueiras, A. M. M. & Gómez, F. P. G. (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.
- Santos, S. V. (2006). Qualidade de Vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(1): 89-94. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Acedido a 26 de Maio, 2011, em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S164500862006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S164500862006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.
- Silva, A.; Romão, C.; Pavão, D.; Peredo, F. & Reis, R. P. (2006). A Adaptação Psicológica do doente com DPOC. *Boletim do Hospital Pulido Valente*, 19(3): 127-130. Lisboa: Edidocetus.
- Silva, M. S. (2011). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. Acedido a 13 de Junho, 2011, em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01062011-093604/fr.php>>.
- Sousa, T. C.; Jardim, J. R. & 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. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Acedido a 12 de Maio, 2011, em: <<http://www.jornaldepneumologia.com.br/>>.
- Ståhl, E. *et al.* (2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (56): 1-8. Acedido a 8 de Junho, 2011, em: <<http://www.springerlink.com/content/f302143v07q61r4n/fulltext.pdf>>.
- Vargas, A. M F.; Zafra, M. J. B.; Fernández, F. L.; Crespo, F. M.; Ruíz, A. J. G. & Alarcón, F. S. C. (2001). Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*. 11(9): 530-539. Acedido a 3 de Junho, 2011, em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/original1.pdf>>.

Recebido: 15 de fevereiro de 2012.

Aceite: 31 de julho de 2012.