



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Análise económica e mensuração da qualidade de vida em pessoas com DPOC submetidas a Reabilitação Respiratória

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Junho de 2012

Agradecimentos

Este trabalho constitui a última etapa de um ciclo de estudos deveras importante.

Resta-me agradecer a todos aqueles que me rodeiam e diretamente se empenharam no apoio e orientação deste trabalho, rumo à concretização de mais uma etapa marcante, no meu percurso académico.

O meu bem-haja a todos.

Resumo

A Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma patologia que se caracteriza por uma limitação crónica ao fluxo aéreo, com efeitos sistémicos consideráveis, que originam incapacidade, traduzindo-se numa deterioração progressiva da qualidade de vida do doente. A par do tratamento farmacológico, a reabilitação respiratória constitui um dos pilares fundamentais no seu tratamento.

O termo qualidade de vida tem adquirido cada vez mais importância no contexto científico, expressando o grau de limitação e desconforto motivado por determinada doença.

A par disto, têm surgido instrumentos específicos que permitem avaliar a qualidade de vida de pessoas com patologias do foro respiratório, sendo a sua utilização crescente.

Este estudo teve como principal objetivo mensurar o nível de qualidade de vida de doentes com DPOC submetidos a reabilitação respiratória e respetivo impacto económico. A investigação empírica assentou num estudo transversal, perfilhando uma orientação correlacional, baseado numa abordagem de natureza quantitativa, tendo por base a aplicação do questionário específico SGRQ a cada participante.

Foram incluídos neste estudo 80 indivíduos com DPOC, dos quais 38 realizam reabilitação respiratória, e 42 não. Os resultados foram tratados no programa estatístico SPSS (versão 19).

Dos 80 doentes que participaram do estudo, 65 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino. A média de idade foi de 70,89 anos.

Os resultados obtidos com o questionário SGRQ revelaram que todos os participantes neste estudo apresentam um comprometimento da sua qualidade de vida em todos os domínios (sintomas, atividades, impacto). Na qualidade de vida total, apuraram-se valores médios percentuais de qualidade de vida de 60,38%. Paralelamente, apurou-se existir um maior comprometimento da qualidade de vida nos doentes que não foram submetidos a reabilitação respiratória, apresentando, valores médios percentuais superiores em todos os domínios: sintomas (58,87%); atividade (78,31%); impacto (53,58%) e QDV total (62,16%).

Palavras-chave:

Doença Pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), Reabilitação respiratória, Qualidade de vida, Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease characterized by chronic airflow limitation, with significant systemic effects, which cause disability that result in the progressive deterioration of the patients' quality of life. In addition to the pharmacological treatment, respiratory rehabilitation is one of the fundamental pillars of their treatment.

The term quality of life has gained increasing importance in the scientific context, expressing the degree of limitation and discomfort caused by a particular disease.

At the same time, specific instruments have been used to assess the quality of life of those people who suffer from respiratory diseases, and their use is increasing more and more.

This study aimed to measure the quality of life level from patients with COPD, who are undergoing pulmonary rehabilitation as well as its economic impact. The empirical research was based on a cross-sectional, with correlation guidance, based on a quantitative approach and on the application of the SGRQ questionnaire to each participant.

The study included 80 patients with COPD. From these, 38 did respiratory rehabilitation and 42 did not. The results were processed in SPSS (version 19).

Among the 80 patients who participated in the study, there were 65 male and 15 female. The average age was 70.89 years.

The results obtained with the SGRQ showed that all the participants in this study have decreased their quality of life in all domains (symptoms, activity, impact). In general, the quality of life, according to its average values, corresponds to 60.38%. In addition, there is a greater decrease of quality of life in those patients who did not undergo pulmonary rehabilitation. These present average values higher in all domains: symptoms (58.87%), activity (78.31%), impact (53.58%) and total quality of life (62.16%).

Keywords

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), respiratory rehabilitation, Quality of life, Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Índice

Lista de Figuras.....	vii
Lista de Quadros.....	vii
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Acrónimos.....	x
1 - INTRODUÇÃO	1
1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 - QUALIDADE DE VIDA.....	7
2.1 - CONCEITO.....	7
2.2 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	10
2.3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	11
2.4 - QUALIDADE DE VIDA E PATOLOGIA RESPIRATÓRIA.....	12
3 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA.....	13
3.1 - CONCEITO.....	13
3.2 - DIAGNÓSTICO.....	15
3.3 - CLASSIFICAÇÃO.....	16
3.4 - TRATAMENTO.....	16
4 - REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	18
4.1 - BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	19
2ª PARTE - TRABALHO EMPÍRICO	
5 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	22

5.1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	22
5.2 - DEFINIÇÃO E ARTICULAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	23
5.2.1 - Variável dependente.....	24
5.2.2 - Variáveis independentes.....	25
5.3 - OBJECTIVOS.....	25
5.4 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	26
5.5 - METODOLOGIA.....	27
5.5.1 - Tipo de estudo.....	27
5.5.2 - Amostra.....	28
5.5.3 - Procedimento e método de colheita de dados.....	29
5.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	34
6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
6.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	36
6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	48
7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
8 - CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados nas instalações da ULS da Guarda

ANEXO II - Instrumento de Colheita de Dados

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas.....	24
---------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Quadros

Quadro 1 - Custos com Internamentos Hospitalares por DPOC (1998-2002)	15
Quadro 2- Classificação da Gravidade da DPOC	16
Quadro 3 - Indicações da Reabilitação Respiratória.....	19
Quadro 4 - Caracterização estrutural do instrumento de colheita de dados.....	29
Quadro 5 - Distribuição das partes e secções pelos domínios do SGRQ.....	32
Quadro 6 - Coeficiente para o cálculo do questionário SGRQ	33

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	37
Tabela 2 - Estatísticas relativas ao peso segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	37
Tabela 3 - Estatísticas relativas à altura segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	38
Tabela 4 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória	40

Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória	41
Tabela 6 - Estatísticas relativas à distância aos serviços de saúde segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	42
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico da doença segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	43
Tabela 8 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória	44
Tabela 9 - Estatísticas relativas ao tempo de exposição ao fumo segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	44
Tabela 10 - Estatísticas relativas ao número de internamentos no último ano segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória.....	45
Tabela 11 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e estado de saúde atual.....	45
Tabela 12 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e da QDV, segundo os domínios: sintomas, atividade, impacto psicossocial.....	46
Tabela 13 - Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em %)......	47
Tabela 14 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e condição atual de saúde.....	47
Tabela 15 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e estado de saúde atual em comparação com o ano anterior.....	48
Tabela 16 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e funcionalidade familiar.....	48
Tabela 17 - Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas.....	50
Tabela 18 - Relação entre qualidade de vida e variáveis de Contexto Circunstancial...	53
Tabela 19 - Relação entre qualidade de vida e variáveis clínicas.....	55
Tabela 20 - Relação entre qualidade de vida e a funcionalidade familiar.....	56

Lista de Acrónimos

AVD - Atividades de Vida Diária

DALY'S - Disability Adjusted Life Years

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPE - Entidade Pública Empresarial

FEV1 - Volume expiratório forçado no 1º segundo

FEV1/FVC - Índice de Tiffeneau

GDH - Grupo de diagnóstico homogéneo

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Kg - Kilograma

m - metro

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatórios Nacional das Doenças Respiratórias

PIB - Produto Interno Bruto

QDV - Qualidade de Vida

SPSS - Statistical Package For Social Science

SGRQ - Saint George's Respiratory Questionnaire

ULS - Unidade Local de Saúde

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

1 - INTRODUÇÃO

As alterações do sistema respiratório constituem as principais causas de patologias verificadas à escala mundial, da qual derivam grande número de morbilidades e mortalidade.

De acordo com o ONDR (2005), as doenças afetas ao aparelho respiratório constituem a terceira causa de morte em Portugal (por sistemas), apresentando nos últimos anos uma tendência decrescente, o que segundo a mesma fonte poderá traduzir uma melhoria nos cuidados a esses doentes.

Mercê dos distintos progressos tecnológicos, designadamente na área da oxigenoterapia é possível uma resposta mais eficaz às necessidades dos doentes com insuficiência respiratória crónica em contexto domiciliário. Efetivamente, doentes que habitualmente eram tratados em meio hospitalar passaram a poder ser tratados no domicílio, reduzindo custos e contribuindo para um maior conforto e qualidade de vida dos doentes e famílias.

A Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) pode ser definida como “uma doença prevenível e tratável com um componente pulmonar (caracterizado por uma limitação crónica ao fluxo aéreo) e com efeitos sistémicos significativos que contribuem para a gravidade das manifestações clínicas” (António et al, 2010). Concomitantemente, segundo as mesmas autoras, a DPOC provoca um conjunto de alterações que conduzem a uma limitação da tolerância ao exercício e se traduzem numa deterioração progressiva da qualidade de vida do doente.

Trata-se de uma doença incapacitante, que determina, frequentemente, transtornos psicológicos que podem culminar em ansiedade ou depressão, levando progressivamente à diminuição da sua qualidade de vida (Pagani, 2008)

Também o ONDR (2005) refere que o doente com DPOC vai, progressivamente agravando o seu estado de saúde, o seu estilo e qualidade de vida vão-se deteriorando, requerendo cuidados integrados e contínuos, tendentes a acompanhar a evolução da doença, de forma que, quando for necessário outro tipo de tratamentos mais diferenciados, este lhe traga algum bem-estar.

Efetivamente, a DPOC, é uma das “principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade” (DGS, 2005:3)

Na Europa, a DPOC, especificamente, surge como a 5ª causa de perda de anos de vida útil, e a 7ª causa de morte em Portugal (ONDR, 2005).

Para além de ser uma das principais causas de morte também a nível mundial, a DPOC compromete seriamente a qualidade de vida dos indivíduos portadores desta patologia (Vasconcelos et al, 2005).

Pese embora os distintos progressos científicos das últimas décadas, não é possível obter a cura para a maioria das doenças, e a aplicação de alguns tratamentos eficientes já disponíveis é barrada por imperativos económicos. Neste âmbito, houve importantes avanços em tratamentos capazes de prolongar a vida, o que conduziu a um aumento quantitativo da sobrevida dos doentes, que nem sempre correspondeu a um impacto qualitativo, que fosse garante da recuperação significativa do seu estado físico, emocional ou social. Neste sentido, medir este impacto, passou a ser determinante na seleção de tratamentos mais efetivos, bem como na afetação de recursos e implementação de programas de saúde (Ramos-Cerqueira e Crepaldi, 2000).

Neste contexto do aumento da esperança de vida e conseqüente prevalência de doenças crónicas, o termo qualidade de vida relacionada à saúde tem adquirido cada vez mais importância no contexto científico.

Existem diversos fatores que influenciam a percepção dos portadores de doença crónica sobre a sua saúde e qualidade de vida, estando alguns deles diretamente relacionados com os limites impostos pela própria doença e tratamento. Precisamente por isso, a avaliação da qualidade de vida constitui um valioso contributo tendente à verificação do impacto dos agravamentos da saúde e dos tratamentos implementados (Pagani, 2008; Couto, 2010).

Porém, embora seja “consensual a importância de medir qualidade de vida na avaliação e seleção de tratamentos, na prática isto tem ocorrido com muito pouca frequência” (Ramos-Cerqueira e Crepaldi, 2000).

Perante tal cenário, no seio das doenças crónicas, a DPOC emerge como preponderante, pelo que, estudos a realizar neste âmbito merecem particular atenção. De facto, torna-se imprescindível conhecer a qualidade de vida de doentes portadoras dessa doença crónica, sendo necessário o recurso a instrumentos que permitam verificar o impacto da doença na sua qualidade de vida. Paralelamente é necessário conhecer os fatores que influenciam a percepção desses indivíduos sobre esse conceito (Pagani, 2008).

Por outro lado, no contexto atual, de um aumento da despesa com a saúde, também relacionado com o tratamento de doenças crónicas, julga-se pertinente uma avaliação do impacto económico da mesma.

A este respeito, a DGS (2005) considera a DPOC responsável por uma elevada frequência de consultas médicas e serviços de urgência, bem como por um número de internamentos hospitalares bastante expressivo, frequentemente prolongados, aliado ao consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração. Por tudo isto, e segundo o ONDR (2005:93), “Portugal é o 5º país que mais gasta em despesas públicas com a saúde”.

Por conseguinte, dado que, o tratamento das exacerbações da DPOC, no domicílio é substancialmente (cerca de 40 vezes) mais económico do que em internamento (ONDR, 2005), urge o desenvolvimento de

estratégias de tratamento e acompanhamento destes doentes nos períodos inter-internamentos.

Efetivamente, doentes que habitualmente eram tratados em meio hospitalar exclusivamente no contexto de agudização da sua doença, passaram a poder ser tratados nos períodos inter-internamentos, reduzindo a frequência de internamentos hospitalares, com consequente redução de custos, contribuindo inequivocamente para um maior conforto e qualidade de vida dos doentes e famílias.

A este respeito, o ONDR (2005), aponta que a percentagem do PIB nacional atribuído à saúde, coloca Portugal em 7º lugar entre os países que mais hipotecam a saúde, requerendo, portanto, uma maior racionalização e rentabilização dos meios existentes.

No âmbito do tratamento da DPOC, a reabilitação respiratória surge como terapia coadjuvante do tratamento farmacológico, visando o alcance de uma melhoria efetiva no desempenho de AVD com tradução subsequente no aumento da qualidade de vida. Também Vettorazzi (2006) corrobora desta opinião, afirmando que de entre as terapêuticas indicadas, a reabilitação pulmonar é, inequivocamente, uma estratégia de tratamento multidisciplinar, que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, reintegrando-o à sociedade (Vettorazzi, 2006).

Tendo em vista o exposto acerca da patologia respiratória crónica, torna-se necessário o aprofundamento de conhecimentos e de recursos postos à disposição dos enfermeiros, particularmente dos especialistas de reabilitação, que objetivem a melhoria da sobrevida e qualidade de vida dos doentes acometidos por alterações do foro respiratório.

A este propósito, o ONDR (2009) atribui primordial importância ao reconhecimento de um papel ativo dos doentes na gestão da sua doença crónica, partilhada com os profissionais de saúde, participando na seleção de tratamentos mais apropriados, constituindo assim um novo paradigma de prestação de cuidados centrados no doente.

Efetivamente, nos dias de hoje, é por muitos amplamente reconhecida a influência da cronicidade de várias doenças na qualidade de vida dos indivíduos seus portadores.

Nesta linha de pensamento, a problemática do presente estudo centra-se na: "Análise económica e mensuração da Qualidade de vida do doente com DPOC submetido a Reabilitação Respiratória", visando alcançar o seguinte objetivo geral:

- Mensurar o nível da qualidade de vida de doentes com DPOC submetidos a Reabilitação Respiratória, e respetivo impacto económico.

Do objetivo geral emerge o enunciado dos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência,

convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral, profissão) da amostra de doentes com DPOC submetidos a Reabilitação Respiratória, e determinar a respetiva influência na sua qualidade de vida;

- Avaliar a importância das características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio) na qualidade de vida do doente com DPOC submetido a Reabilitação Respiratória;

- Determinar a influência das características clínicas (tempo de diagnóstico da doença, estágio da doença, oxigenoterapia domiciliária, hábitos tabágicos, número de internamentos) na qualidade de vida do doente com DPOC submetido a Reabilitação Respiratória;

- Estabelecer a influência da funcionalidade familiar na qualidade de vida do doente com DPOC submetido a Reabilitação Respiratória;

- Estabelecer o impacto de programas de reabilitação respiratória na qualidade de vida do doente com DPOC.

Com vista à concretização destes objetivos, realizar-se-á uma pesquisa não experimental de natureza quantitativa, correlacional e transversal, numa amostra não probabilística de indivíduos com DPOC, que realizam Reabilitação Respiratória e outra amostra de doentes com DPOC, que não realizaram Reabilitação Respiratória, e pertencem à área de influência do Hospital de Sousa Martins da ULS da Guarda, EPE.

O presente estudo terá por base a aplicação do questionário específico da doença respiratória, o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), o qual contém três componentes (sintomas, atividade e impactos).

A ordem do argumento do presente trabalho de investigação será estruturada em duas partes, sendo que, cada uma ficará dividida em capítulos e estes em sub-capítulos.

Após uma revisão da literatura, nos primeiros capítulos, reservados à fundamentação teórica, será posteriormente focado o contributo de outros investigadores, salientando aspetos relacionados com as premissas para as quais se tentará encontrar suporte.

Sendo assim, na primeira parte ou revisão teórica, encontram-se sequencialmente: o capítulo 2 - Qualidade de vida - no qual é feita uma abordagem acerca da evolução e enquadramento do conceito, e onde se insurge o estado da arte investigativa neste domínio; no capítulo 3 - DPOC - no qual é abordada a patologia propriamente dita; e o capítulo 4 - Reabilitação Respiratória - no qual se elabora uma revisão do conceito e síntese de diversos aspetos e particularidades relacionadas com o tratamento em si.

A segunda parte ou estudo empírico, destinada ao contributo pessoal, decompõe-se em quatro capítulos. Como tal, o capítulo 5 - Conceptualização da Investigação Empírica - obedece aos critérios e rigor metodológico, que um trabalho desta índole exige. No capítulo 6 - Apresentação dos resultados - onde se descrevem e mostram em tabela e quadros os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. O capítulo 7 - Discussão dos resultados - pretende traçar uma tentativa explicativa para a compreensão dos resultados encontrados, fazendo ainda referência a algumas limitações e dificuldades do estudo. Por último, são extraídas as principais conclusões, contributos e implicações investigativas, e apontadas as linhas orientadoras para futuras investigações.

Ao traçar-se a sucinta história do estudo desenvolvido, apraz aludir para os eventuais contributos dos resultados investigativos, pelo menos, no sentido de promover e conduzir novas investigações, para que se aspire aos melhores cuidados de saúde, tendo sempre presente a continuidade de cuidados com qualidade com vista ao aumento da qualidade de vida dos indivíduos.

1ª Parte
Fundamentação Teórica

2 - QUALIDADE DE VIDA

2.1 - CONCEITO

Os crescentes progressos da medicina permitiram alcançar, para grande número de doenças, o conhecimento de tratamentos, que não curando, permitem um controle dos seus sintomas, retardando a sua evolução natural. Na sequência disso, prolonga-se a vida, graças a uma forma abrandada ou assintomática das doenças. É neste contexto, que passou a ser de significativa importância dispor de “maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais” (Fleck et al., 2008, p.19).

O termo “qualidade de vida” tem sido amplamente abordado por estudiosos, revelando-se, o seu estudo, particularmente relevante num contexto do aumento da longevidade dos indivíduos com doenças crónicas, da qual deriva a necessidade de se valorizar a melhoria da sua qualidade de vida (Ferreira e Cukier, 2006; Dourado et al., 2004, cit. por Pagani, 2008, p.22).

Contudo, embora seja consensual a importância de avaliar a qualidade de vida, não existe um conceito adequado da mesma, constituindo ainda um amplo campo de debate (Fleck et al., 2008).

Efetivamente, nos últimos anos, emergiu uma preocupação com o conceito “qualidade de vida” no seio das ciências humanas e biológicas, valorizando aspetos mais vastos, que ultrapassam o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida (Fleck et al., 1999).

São vários os autores que abordam este conceito, considerando uma panóplia de aspetos, como a capacidade ou habilidade funcional, o desenvolvimento das funções ou papéis habituais, o grau de qualidade das interações sociais e comunitárias, o bem-estar psicológico, as sensações somáticas (como a dor) e a satisfação de vida (Bowling, 1998).

Segundo a mesma autora, o conceito de qualidade de vida representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença produz na vida de cada um.

Também no entender de Fleck et al (2008, p.21) a qualidade de vida apresenta intersecções com os conceitos de status funcional e incapacidade/déficiência, bem-estar, satisfação e felicidade e status de saúde, constituindo este último um domínio de importância superior.

De acordo com a Medical Subject Headings (2005), citada por FLECK et al., 2008, p.21), o conceito de status de saúde refere-se ao nível de saúde de um indivíduo ou grupo, avaliado de forma subjetiva pelo próprio indivíduo, ou através de medidas mais objetivas.

Paralelamente, se atendermos no conceito de saúde definido pela OMS (1946), citada por Fleck et al.,

2008, p.21), no qual se considera saúde como “um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, facilmente emerge que as medidas de status de saúde contêm muitos pontos de intersecção com as de qualidade de vida (Fleck et al., 2008, p.21).

Nesta perspectiva, Gill e Freinstein (1994), citados por Fleck et al., 2008, p.21), distinguem qualidade de vida de status de saúde, afirmando que “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status de saúde é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspetos não médicos da sua vida”.

Inerente a estes aspetos, a OMS (2001), citada por Fleck et al., 2008, p.21), expôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, integrando aspetos positivos, como a funcionalidade, e negativos, como a incapacidade, considerados sob três dimensões:

- Dimensão biológica, referindo-se à integridade funcional e estrutural, com implicações na atividade/limitação da atividade.
- Dimensão social, reportando-se à participação, com implicações na capacidade de participação/restricção da participação.
- Dimensão contextual ambiental, aludindo aos elementos facilitadores/barreiras.

A Organização Mundial de Saúde propôs uma definição, que traduz amplamente a abrangência deste conceito. Para tal, basta atentar na definição de qualidade de vida do grupo WHOQOL (1995), que a considera como sendo a percepção do indivíduo acerca da sua postura na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual se insere, bem como relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Inerente a este conceito, surgem incorporados aspetos como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspetos significativos do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

De acordo com Fleck et al (2008), poder-se-ão considerar três aspetos essenciais relacionados com o conceito de qualidade de vida, subjacente na definição do grupo WHOQOL. São eles:

- Subjetividade, uma vez que interessa fundamentalmente a perspectiva do próprio indivíduo;
- Multidimensionalidade, pois a qualidade de vida é constituída por várias dimensões;
- Presença de dimensões positivas e negativas. Desta forma, considerar uma “boa” qualidade de vida, é essencial que alguns aspetos se verifiquem (como por exemplo a mobilidade), e outros não (como por exemplo a dor).

Pese embora os valiosos contributos de vários estudiosos do tema, a conceção de qualidade de vida permanece controversa e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceite por todos, assim como não há consenso sobre os atributos que compõem o conceito.

Bucquet (1993) advoga uma abordagem centrada na perceção dos indivíduos, considerando que o conceito de qualidade de vida é composto por uma dimensão de bem-estar físico, mental e social, apreendido por cada indivíduo ou por cada grupo de indivíduos, bem como de felicidade, satisfação e gratificação envolvendo, conceitos não esotéricos, relativos à saúde, casamento, família, trabalho, situação financeira, oportunidades educacionais, auto-estima, e confiança nos outros.

Neste sentido, não é possível padronizar a qualidade de vida, pois ela tem uma conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e dos anseios de cada um.

De facto, esta temática constitui uma preocupação atual de todos os que se preocupam com o bem-estar das pessoas. Neste contexto, importa salientar que os cuidados de saúde não podem alterar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes, inevitavelmente, afetam o estado de saúde (Ferreira, 2000).

Spiriduso (1989), expõe a qualidade de vida, como sendo, o quanto as expectativas e ambições pessoais são preenchidas pela experiência de vida. Reforçando que considera ter melhor qualidade de vida, quem reduzir ou estreitar a diferença entre as expectativas de vida e aquilo que realmente acontece.

Na mesma ótica, Calman (1987) advoga que a “boa qualidade de vida” se verifica quando as expectativas e esperanças da pessoa são satisfeitas pela experiência, sendo que as mesmas sofrem mutações com a idade e experiência.

Por sua vez, Zhan (1992) define qualidade de vida como “o grau no qual as experiências de vida de alguém são satisfatórias”. De acordo com a autora, a história pessoal, a situação social, cultura, ambiente e idade influenciam a perceção individual sobre o significado de qualidade de vida.

Também Ferrans e Powers (1985) descrevem qualidade de vida como o sentimento de bem-estar, que decorre da satisfação ou insatisfação com áreas de vida que são importantes para cada pessoa, considerando, por conseguinte, que a essência da qualidade de vida reside na perceção do próprio indivíduo das experiências de vida, encarando-a como um conceito subjetivo e que, portanto, depende da perspetiva individual. Desta forma, a qualidade de vida, não pode ser medida, exclusivamente, por indicadores objetivos, como o funcionamento físico, mas também, pela perceção subjetiva e individual de bem-estar.

Fleck et al. (2008) consideram o conceito de qualidade de vida intimamente ligado ao que cada um sente e percebe, pelo que assume um valor intrínseco e intuitivo. Encontra-se aglutinado àquele que constitui um desejo básico do ser humano: viver e sentir-se bem.

Partilhando da mesma opinião, Joyce et al. (1988), citado por Fleck et al., (2008, p.30), coloca toda a ênfase no indivíduo, considerando que a qualidade de vida possa ser definida como aquilo que a pessoa ou doente diz que é, pois cada pessoa é um ser humano próprio.

Para Oleson (1990), o conceito subjetivo de qualidade de vida, baseia-se igualmente na percepção do significado que os indivíduos dão às suas experiências de vida. O julgamento subjetivo dos indivíduos sobre a sua qualidade de vida global determina-se fundamentalmente, pela percepção do nível de satisfação relativo a vários domínios de importância para eles. Cabe realçar que o conceito de satisfação com a vida, tem sido amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida, sendo o seu mais importante indicador (Ferrans e Powers, 1985).

2.2 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O termo “qualidade de vida relacionada à saúde” foi definido por Patrick et al. (1973), citados por Fleck et al. (2008, p.22) como sendo a capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária, tendo em conta a sua idade e papel social que desempenha. Consequentemente, essa incapacidade traduzir-se-ia numa menor qualidade de vida. Posteriormente, Patrick e Erikson (1993) consideraram-na como “o valor atribuído à duração da vida modificado por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano ou tratamento. Também Kaplan et al. (1985) definiram “qualidade de vida relacionada à saúde” como “o impacto do tratamento e da doença na incapacidade e no funcionamento diário”.

No entender de Ferreira (2000), a qualidade de vida relacionada com a saúde é um sub conjunto dos aspetos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde.

O estado de saúde tem sido cada vez mais referido como qualidade de vida, e restringindo a sua operacionalidade em estudos, a qualidade de vida é cada vez mais referida como a qualidade de vida relacionada com a saúde. A saúde relativa à qualidade de vida, como estado subjetivo, é baseado na pessoa doente, mas foca cada vez mais o impacto do estado de saúde percebido na aptidão de viver uma vida em pleno (Bullinger et al., 1993 cit. por Bowling, 1998).

Numa perspetiva de saúde (ou doença) a qualidade de vida tem sido analisada, com referência ao bem-estar dos doentes, na sua vertente social, psicológica e física, aquando de um tratamento, espelhando a definição de saúde da OMS, assim como o impacto da doença e do tratamento na inaptidão e no funcionamento diário do indivíduo (Kaplan, 1985).

É um conceito de dupla face, incorporando aspetos positivos e negativos do bem-estar e da vida e é multidimensional, incorporando saúde social, psicológica e física. É também em última instância um conceito pessoal e dinâmico, que pode ser influenciado por diferentes fatores como: a deterioração do estado de saúde, perspetivas de vida, papéis, relacionamento e mudanças de experiências (Morris et

al., 1986).

O termo qualidade de vida como vem sendo utilizado na literatura não parece ter um único significado (Gill e Feinstein, 1994). Qualidade de vida relacionada com a saúde ("Health-related quality of life") e Estado subjetivo de saúde ("Subjective health status") são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva da pessoa, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Tal como ilustrado anteriormente, qualidade de vida é um conceito vago e multidimensional incorporando todos os aspetos da vida de um indivíduo.

Neste sentido, Fleck et al. (2008), considera que as avaliações da qualidade de vida são ímpares, pois cada avaliação exhibe uma experiência individual que pode ser modulada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico.

Dado que a qualidade de vida e a procura pela melhoria da qualidade de vida é incessante no ser humano, partindo do pressuposto de que uma das características fundamentais da espécie humana é a eterna necessidade de querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do quotidiano, de tentar superar as condições mais adversas, mesmo que esta tentativa possa ser vista pelas demais pessoas como inexpressiva, é pertinente a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos.

2.3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida constitui atualmente uma importante ferramenta para o tratamento e melhoria da saúde, particularmente pela possibilidade que proporciona de apurar o impacto da doença na vida das pessoas (Ciconelli, 2003).

Efetivamente, houve, na última década um acréscimo no interesse em se avaliar a relação saúde-qualidade de vida nos doentes do foro respiratório. Paralelamente assistiu-se à proliferação de instrumentos, que procurassem avaliar o estado de saúde e as repercussões que a doença causa, além de servirem como instrumento para comparar o efeito de uma dada intervenção (Pagani, 2008).

Para esse efeito são utilizados questionários, que podem ser divididos em genéricos e específicos (Dantas, Sawada e Malerbo, 2003). A utilização de questionários estruturados, confiáveis e validados para uma determinada população e idioma, têm permitido uma grande evolução no entendimento da qualidade de vida dos indivíduos (Seidl e Zannon, 2004).

De entre os instrumentos específicos destaca-se o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ),

surgindo como um dos questionários mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, em doentes respiratórios, abordando a parte clínica da doença nas atividades de vida diária, avaliando igualmente o bem-estar subjetivo e detetando mudanças na saúde sob o efeito da terapia (Pagani, 2008).

Este questionário doença-específico, desenvolvido por Jones, Quirk e Baveystock em 1991, contém três domínios: sintomas, atividade e impacto da doença, e constitui um instrumento fidedigno na mensuração do que a doença representa na vida desses doentes (Pagani, 2008).

Este instrumento específico ajuda a identificar o modo como a doença afeta o indivíduo, auxiliando consequentemente na procura de soluções adequadas para implementar o tratamento, proporcionando aos profissionais de saúde envolvidos, a focalização nos aspetos positivos da vida das pessoas (The WHOQOL group, 1995).

2.4 - QUALIDADE DE VIDA E PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

“A qualidade de vida relacionada á saúde é uma ferramenta cada vez mais importante para medir o impacto das doenças crónicas”. Através dela, poder-se-ão obter informações que permitem avaliar o impacto da doença respiratória, nomeadamente em relação à questão da dispneia e da função pulmonar (Martinez et al. (2000) e Mahler e Mackowiak (1995), cit. por Pagani, 2008, p.31).

É hoje conhecido que a insuficiência respiratória crónica e agudizada constitui um grave problema de saúde, com repercussões socioprofissionais, decorrentes da respetiva incapacidade, nos doentes acometidos por tais distúrbios (Gonçalves e Pinto, 2008).

Segundo os mesmos autores, os níveis de incapacidade, podem variar desde a simples necessidade de oxigenoterapia, passando pela VNI, podendo até chegar à VMI, como meio de suporte vital.

Decorrente das manifestações clínicas da patologia respiratória, e reportando especificamente à DPOC, a qualidade de vida é afetada, pela limitação do desempenho nas atividades diárias, com implicações pessoais e sociais, bem como a exclusão social que a clínica induz.

3- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

3.1 - CONCEITO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) revela-se um dos problemas de saúde pública de elevada magnitude, pois frequentemente acarreta significativa morbilidade e mortalidade, com perda de qualidade de vida dos seus portadores (DGS, 2005).

“A DPOC é definida como uma doença prevenível e tratável com um componente pulmonar (caracterizado por uma limitação crónica ao fluxo aéreo) e com efeitos sistémicos significativos que contribuem para a gravidade das manifestações clínicas” (GOLD, 2007:10).

O impacto individual da DPOC depende do grau de obstrução ao fluxo aéreo, determinado pelo Volume expiratório máximo no 1º segundo de uma expiração forçada (FEV1) e também da severidade dos sintomas em especial da diminuição progressiva da capacidade funcional para o exercício. (GOLD, 2007).

A doença pulmonar obstrutiva crónica caracteriza-se por uma limitação do débito aéreo que se mantém constante ao longo de vários meses. Esta limitação evolui de forma progressiva e irreversível, estando a sua génese geralmente associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões e à inalação de partículas ou gases nocivos. Ela evolui por exacerbações, cuja frequência aumenta com a gravidade da doença (DGS, 2005; GOLD, 2006; Rodrigues e Ferreira, 2003; Couto, 2010).

Na DPOC ocorre uma limitação ao fluxo de gases na fase expiratória, podendo ocorrer episódios de agudização, associados a obstrução ao fluxo expiratório, hiperinsuflação dinâmica levando à ocorrência de insuficiência respiratória aguda (Vasconcelos et al, 2005).

A este respeito, António et al (2010) referem que a DPOC provoca um conjunto de alterações que conduzem a uma limitação da tolerância ao exercício e se traduzem numa deterioração progressiva da qualidade de vida do doente.

Também a DGS (2005) considera que a DPOC origina incapacidade, com acentuado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e nos seus meios familiares, profissional e social. O Banco Mundial, citado pela DGS (2005) estima que a DPOC seja responsável por mais de 29 milhões de anos de incapacidade (DALY's) e por um milhão de anos de vida perdidos em todo o mundo.

No entender de Pagani (2008), trata-se de uma doença incapacitante, que determina, frequentemente, transtornos psicológicos que podem culminar em ansiedade ou depressão, levando progressivamente à

diminuição da sua qualidade de vida.

Segundo o ONDR (2005), 41%os indivíduos ativos faltaram ao trabalho, por longos períodos (semanas), em consequência direta da DPOC. A este respeito, também a DGS (2005) considera a DPOC responsável por uma elevada frequência de consultas médicas e serviços de urgência, bem como por um número de internamentos hospitalares bastante expressivo, frequentemente prolongados, aliado ao consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração.

Em consequência disto, e segundo o ONDR (2005:93), “Portugal é o 5º país que mais gasta em despesas públicas com a saúde”, sendo que entre 1994 e 2003, o nº de internamentos por DPOC subiu 99%, o que se traduziu num grande aumento da despesa nos hospitais, em termos de preços atribuídos aos GDH’s (ONDR, 2005).

Paralelamente, estima-se que em Portugal a DPOC atinja 5,3% dos indivíduos com mais de 35 anos, sendo que no grupo etário acima dos 60 anos, atinge 13% da população (ONDR, 2005).

Segundo a DGS (2005), a prevalência da DPOC aumenta com a idade, sendo mais elevada no sexo masculino, embora esteja a aumentar nas mulheres, relacionado com o aumento da prevalência de tabagismo entre aquele género. Neste contexto, o tabagismo, constitui-se como a principal causa de DPOC, contribuindo para a elevada prevalência da doença em Portugal.

Tal como foi já referido anteriormente, a DPOC acarreta um conjunto de alterações que conduzem a uma deterioração progressiva da qualidade de vida do doente, em grande parte devido às consequências que a mesma provoca, designadamente: “disfunção da musculatura periférica e respiratória, alteração nutricional, alteração cardíaca, doença osteo-esquelética, défices sensoriais (visual, auditivo) e psico-social” (António et al, 2010: 650).

Segundo as mesmas autoras, estas alterações resultam de diversos mecanismos desencadeados pela própria doença, como sejam: fadiga, hipoxémia, alteração mecânica pela hiperinsuflação, desequilíbrio hidroelectrolítico e ácido-básico, desnutrição, obesidade, caquexia, cor pulmonale, arritmias, osteoporose, cifoescoliose, miopatia, ansiedade, depressão, culpa, dependência, défice cognitivo, distúrbio do sono, disfunção sexual e isolamento social (António et al, 2010).

No seguimento do exposto, a DGS (2005:5) afirma que “a DPOC, como causa de incapacidade, ocupava internacionalmente o 12º lugar em 1990, prevendo-se que venha a ocupar o 5º lugar no ano de 2020, imediatamente a seguir à doença isquémica cardíaca, à depressão major, aos acidentes de viação e à doença cérebro-vascular”.

“ Na verdade, estima-se que pelo menos 10% da população mundial com mais de 40 anos de idade possa ter DPOC, isto é, que a doença seja três vezes mais frequente do que se estima atualmente” (DGS, 2005:5).

Em 2004, a mortalidade dos doentes internados com o DPOC (6,4%) foi muito superior à mortalidade da média dos internamentos (3,5%) (ONDR, 2005).

Paralelamente, em Portugal, os custos diretos relacionados com os internamentos hospitalares decorrentes da DPOC, assim como a taxa de letalidade intra-hospitalar, aumentaram significativamente, num período de 5 anos. De facto, nesse intervalo, o número de internamentos por DPOC, em Portugal, aumentou 5%, tendo crescido os seus custos de uma forma desproporcionada, representando um acréscimo de 10% (Quadro 1) (DGS, 2005).

Quadro 1 - Custos com Internamentos Hospitalares por DPOC (1998-2002)

	Nº de Internamentos	Nº de dias de internamento	Letalidade Intrahospitalar (% internamentos)	Custos
1998	12342	107786	5,5%	23992371
2002	12974	120694	6,4%	27668761

Fonte: Base de dados dos GDH, citado por DGS (2005)

3.2 - DIAGNÓSTICO

Decorrentes das alterações patológicas pulmonares, surgem alterações fisiológicas que caracterizam a DPOC, designadamente uma hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias das trocas gasosas, hipertensão pulmonar e cor pulmonale, e que geralmente se desenvolvem sequencialmente no processo de evolução da doença (DGS, 2005).

Desta forma, a presença de tosse, expetoração (frequente), dispneia, ou história de exposição a fatores de risco para a doença são os sintomas que concorrem para que o diagnóstico de DPOC deva ser considerado. Para a sua efetivação é exigida a realização de uma espirometria, a fim de confirmar a presença de limitação obstrutiva do fluxo aéreo, se se verificar que essa limitação ventilatória não é completamente reversível após administração de um broncodilatador. Portanto, considera-se que existe obstrução brônquica e, conseqüentemente, DPOC quando após a administração de um broncodilatador, o valor do Índice de Tiffeneau (relação FEV1/FVC) for menor que 70% do valor de referência, tendo em conta o sexo, idade, peso e altura. (GOLD, 2007).

Pelo exposto, ficou claro que a espirometria constitui efetivamente um exame complementar essencial no diagnóstico e na avaliação da DPOC, por ser o meio mais objetivo, padronizado e facilmente reproduzível de medir o grau de obstrução das vias aéreas. Desta forma, permite “inferir o estado de saúde do doente, a utilização de recursos de cuidados de saúde, o risco de exacerbações e o prognóstico da doença” (DGS, 2005:7).

De acordo com a mesma fonte, quanto mais precoce for o diagnóstico de DPOC, estabelecido através da espirometria, mais possibilidades haverá de se retardar a evolução natural da doença.

Efetivamente, a espirometria permite avaliar a gravidade da doença e orientar a adequada prescrição médica, criando, simultaneamente, “a oportunidade de adoção de medidas para o controlo de sintomas e prevenção de exacerbações, com redução de idas à consulta, de internamentos hospitalares e de absentismo laboral, associadas à redução da qualidade de vida do doente” (DGS, 2005:9).

3.3 - CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o projeto GOLD, a gravidade da doença pode classificar-se em 4 estádios tendo em conta os valores do FEV1 (Quadro 2).

Quadro 2- Classificação da Gravidade da DPOC

Classificação	Espirometria	Caracterização
Estadio 0 Risco de DPOC	Sem alterações	Tosse crónica e produção de expectoração em indivíduos expostos à inalação de partículas ou gases nocivos.
Estadio I DPOC Ligeira	FEV1/ FVC < 70% FEV1 < 80% (do predito)	Limitação ligeira do débito aéreo em regra acompanhada de sintomas
Estadio II DPOC Moderada	FEV1/ FVC < 70% 50% < FEV1 < 80%	Agravamento da limitação ventilatória e, geralmente, existe progressão de sintomas, desenvolvendo-se dispneia no esforço.
Estadio III DPOC Grave	FEV1/ FVC < 70% 30% < FEV1 < 50%	Limitação ventilatória mais grave. A repetição de exacerbações tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e requer controlo apropriado, podendo colocar a vida em risco.
Estadio IV DPOC Muito Grave	FEV1/ FVC < 70% 30% < FEV1 < 50% FEV1 < 50% + Insuf. Respiratória Crónica ou + Insuf. Cardíaca Direita	Limitação ventilatória muito grave, frequentemente associada a insuficiência respiratória crónica ou falência do coração direito.

Adaptado de GOLD (2007), António et al (2010) e DGS (2005)

3.4 - TRATAMENTO

O tratamento da DPOC visa essencialmente contrariar e retardar ao máximo a progressão da doença, promover um alívio dos sintomas, prevenir e tratar as exacerbações e complicações, e diminuir a mortalidade associada à própria doença. Para a consecução destes objetivos, o tratamento assenta em

três pilares fundamentais: a cessação tabágica, o tratamento farmacológico e a reabilitação respiratória (António et al, 2010).

De acordo com as orientações do projeto GOLD (2007), os doentes com DPOC beneficiam de programas de treino com exercícios, através dos quais adquirem uma melhoria da tolerância ao exercício, reduzindo os sintomas de fadiga e dispneia.

4 - REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Nos últimos anos tem-se verificado uma tendência, para o aumento significativo, a médio e longo prazo, da perda de funcionalidade da população ativa, decorrentes de agudizações e internamentos hospitalares da DPOC, que urge contrariar (DGS, 2005).

A própria DGS, por intermédio do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, alude para que o investimento a ser feito, essencialmente ao nível da prevenção secundária e terciária, impondo um apelo especial à união de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, com vista a obter, o mais rapidamente possível, manifestos ganhos em saúde respiratória e qualidade de vida.

É neste contexto, que emerge a reabilitação respiratória, como um dos pilares fundamentais no tratamento da DPOC.

A este respeito, a American Thoracic Society Statement, citado por António et al (2010: 652) define reabilitação respiratória como um “Programa multiprofissional de cuidados a pacientes com alteração respiratória crónica, que é individualmente delineado e modelado para otimizar o desempenho físico e social e a autonomia de cada paciente”.

Idealmente, a fim de proporcionar uma contribuição o mais completa possível na recuperação do doente com DPOC, deveriam ser constituídas equipas multiprofissionais, que incluíssem um pneumologista, um enfermeiro especialista de reabilitação (ou fisioterapeuta), um nutricionista, um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional (António et al, 2010).

Antes do início de um programa de reabilitação respiratória, é necessário proceder a uma avaliação médica minuciosa, que contemple a história clínica, na qual são pesquisados os sintomas mais característicos da doença (dispneia crónica e tosse produtiva); bem como a história de exposição a fatores de risco, nomeadamente o tabaco; medicação/técnica inalatória; e co-morbilidades associadas. Deve ainda ser feito um exame físico cuidadoso, despistando eventuais sinais de dificuldade respiratória, a presença de cianose central e/ou periférica, o padrão ventilatório / assincronismos, bem como a auscultação pulmonar. A esta avaliação meticolosa, sucede-se a definição de objetivos realistas e alcançáveis, tendo em conta as capacidades físicas do doente (António et al, 2010).

Um programa de reabilitação respiratória, deverá ser, de acordo com António et al (2010) adequado a cada doente, e estruturado de forma a contemplar exercícios aeróbicos, de força e exercícios para melhorar os músculos respiratórios. Paralelamente, sobreleva-se como fundamental a educação/treino dos doentes, garantindo o sucesso da reabilitação respiratória, tendo em vista a manutenção dos seus benefícios a longo prazo. De acordo com as mesmas autoras, esse plano de educação/treino baseia-se em orientações sobre conservação de energia na realização de AVD, tendo em conta a postura, o planeamento de atividades, a organização do espaço físico, e técnicas de respiração mais adequadas.

Paralelamente, os autores de vários estudos recentes (Maltais et al, 2002; Linda et al, 2006; Clemente et al, 2006; Pamplona e Morais, 2007; António et al, 2010) têm-se referido às indicações da reabilitação respiratória e têm demonstrado e definido claramente os seus benefícios. Para maior facilidade de consulta, optou-se por apresentar as indicações da reabilitação respiratória num quadro, que se apresenta de seguida (Quadro 3):

Quadro 3 - Indicações da Reabilitação Respiratória

Doenças Obstrutivas	<ul style="list-style-type: none"> - DPOC - Asma brônquica - Bronquiectasias - Fibrose quística
Doenças Restritivas	<ul style="list-style-type: none"> - Doenças intersticiais - Doenças da caixa torácica - Doenças neuromusculares
Outras	<ul style="list-style-type: none"> - Pré e pós-operatório de transplante pulmonar e de pneumoplastia - Obesidade mórbida - Apnéia do sono

Fonte: António et al (2010)

4.1 - BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Parte integrante do tratamento dos doentes com DPOC, quer em fase estável da doença, quer nos períodos de agudização, a reabilitação respiratória, apresenta benefícios inequívocos, amplamente reconhecidos pela comunidade médica, dos quais se destacam: a redução dos sintomas respiratórios; o aumento da tolerância ao esforço, a diminuição do número de internamentos; a diminuição do número de dias de internamento; o aumento da sobrevivência, em especial dos doentes que utilizam oxigénio; a redução da ansiedade e depressão associadas à DPOC, e conseqüente melhoria dos sintomas psicossociais da qualidade de vida (António et al, 2010).

Tendo em conta o referido anteriormente, no que diz respeito à evolução da doença, através de agudizações, alguns estudos mostraram que no período de exacerbação da DPOC, ocorre uma diminuição significativa da atividade física. Após uma exacerbação, cerca de 25% dos doentes não recuperam funcionalmente ao fim de 3 meses e comumente o período de recuperação do anterior estado de saúde é longo (Pamplona e Morais, 2007). Neste sentido, autores de diversos estudos argumentam que um programa de reabilitação desenvolvido logo após o internamento condiciona uma melhoria substancial na capacidade para o exercício e no estado de saúde (Man et al, 2004; Pitta et al, 2006; Pamplona e Morais, 2007). Contudo, a prescrição de exercício deve ter em consideração as flutuações do estado clínico, com reavaliação frequente dos objetivos e riscos, pelo que deverá ser individualizada e flexível (António et al, 2010).

Também Pamplona e Morais (2007) referem a obtenção de resultados satisfatórios com a prática de

exercício, mesmo com treinos de baixa intensidade, sendo que exercícios com maior sobrecarga induzem ainda maior resposta. Semelhantes conclusões são referidas num estudo desenvolvido por Silva et al. (2011), quando demonstrou que o treino resistido foi capaz de melhorar a qualidade de vida de doentes com DPOC, mantendo-se durante 6 meses após o seu término.

De facto, e segundo a DGS (2005: 12), “existe evidência científica de que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercício físico, os quais melhoram os sintomas de dispneia e reduzem o grau de fadiga”.

Na mesma linha de pensamento, um significativo número de estudos, tem revelado que os benefícios da reabilitação respiratória são independentes do sexo, da idade e da gravidade da doença, sendo a prescrição do exercício mais adequado para cada doente, aquela que auxilia a mudança comportamental no sentido de uma melhoria da sua condição de saúde (António et al, 2010).

2ª Parte
Trabalho Empírico

5 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A definição de um modelo conceptual assume-se, no contexto de um estudo empírico, como elemento de importância major delineado de modo a estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia.

Ou, dito de outro modo, “a conceptualização ajuda a organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não equívoca” (Gauthier, p. 2003, p.121).

Neste âmbito, ao longo deste capítulo será delimitado o problema de investigação por forma a contextualizar o estudo que se pretende efetuar. Seguidamente serão definidas as variáveis, bem como o modelo conceptual que explicita a sua relação. À formulação dos objetivos seguir-se-á o enunciado das hipóteses de investigação. Por fim, serão abordadas a metodologia do estudo e o tratamento estatístico dos dados.

5.1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A elaboração do problema de pesquisa constitui o primeiro passo no desenrolar do processo científico de aquisição de conhecimento (Polit e Hungler, 1995).

Neste âmbito, e de acordo com Fortin (2003, p. 48), “para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um domínio ou um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática”.

Dadas as repercussões que as doenças do foro respiratório que exigem (não raras vezes) oxigenoterapia domiciliária de longa duração acarretam nos vários domínios da vida do indivíduo, considera-se que tem todo o interesse a realização de estudos científicos subjacentes a esta problemática.

Por conseguinte, o desenvolvimento deste estudo pretende dar um contributo (ainda que modesto) para demonstrar o impacto de programas de reabilitação respiratória na qualidade de vida de doentes com DPOC.

Enquanto profissão de saúde, a Enfermagem concentra uma parte substancial da sua atenção ao indivíduo e família, no contexto do processo de doença. Por sua vez, a Enfermagem de Reabilitação, sendo uma área especializada, tem uma especial afinidade para a readaptação e reabilitação dos indivíduos às novas condições impostas por diversos processos patológicos.

Neste âmbito, facilmente se compreende a relevância de conhecer a qualidade de vida do doente com

DPOC submetido a reabilitação respiratória. Isso permitirá ao Enfermeiro de Reabilitação direcionar a sua intervenção para os verdadeiros problemas desses doentes e, juntamente com eles encontrar as soluções mais adequadas orientadas no sentido da melhoria dessa qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento, a problemática do presente estudo centra-se na mensuração da qualidade de vida do doente com DPOC submetido a reabilitação respiratória.

Feito o enquadramento do domínio de investigação interessa agora precisar a questão de investigação.

Nas palavras de Fortin (2003, p. 51) “questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

De acordo com Gauthier (2003), a questão de investigação representa o alicerce para a construção de toda a pesquisa. Como tal, é imperioso colocar a questão certa, em conformidade com o problema em estudo, sendo que é este o processo que confere à investigação as suas bases, o seu sentido e o seu alcance.

Tendo por base o contexto anteriormente descrito, assim como as investigações já desenvolvidas nesta área, formula-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a influência das características sócio-demográficas, das características circunstanciais, das características clínicas, da funcionalidade familiar, e de programas de reabilitação respiratória na determinação da qualidade de vida do doente com DPOC?

5.2 - DEFINIÇÃO E ARTICULAÇÃO DAS VARIÁVEIS

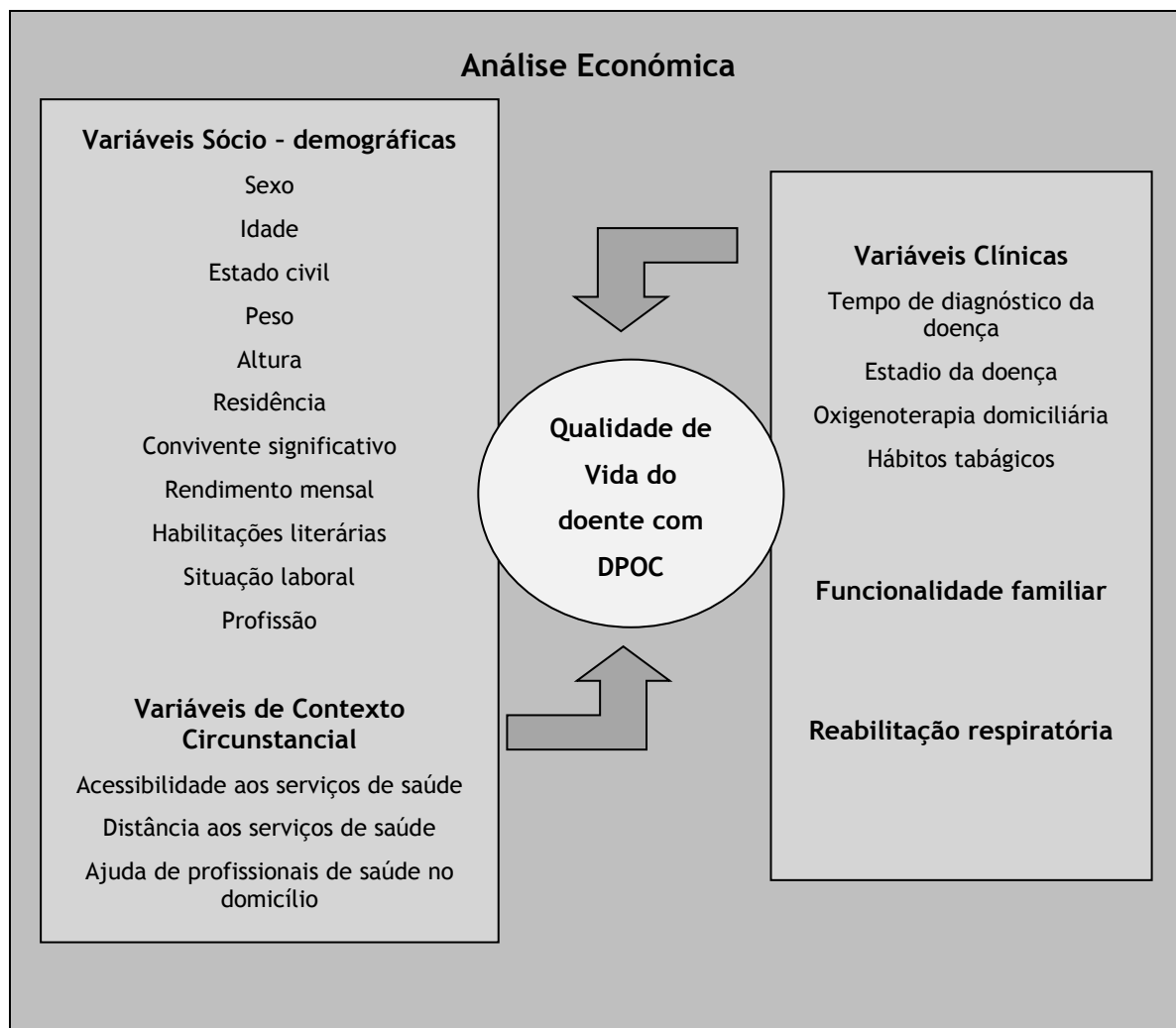
O termo variável está inteiramente ligado à investigação, e é utilizado na oposição a “constante”, já que aponta para qualquer característica suscetível de variar entre as unidades (GAUTHIER, 2003).

De acordo com a posição assumida na relação entre elas, as variáveis podem ser classificadas como dependentes ou independentes designação que advém das características do próprio desenho de investigação (Ribeiro, 1999).

A articulação das variáveis em estudo na presente investigação é apresentada de forma esquematizada no modelo conceptual representado na Figura 1.

A unidade de análise, são os doentes com DPOC pertencentes à área de influência do Hospital de Sousa Martins, da ULS da Guarda.

Figura 1 - Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas



Interessa salientar que o modelo conceptual exposto pretende essencialmente identificar as variáveis que, hipoteticamente podem estabelecer relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida do doente com DPOC submetido a reabilitação respiratória. Contudo, tal não permite caracterizar o tipo e força da relação entre as variáveis em análise.

A sua principal finalidade é servir de referencial orientador da investigação permitindo igualmente um enquadramento estrutural lógico aos que consultam o trabalho.

5.2.1 - Variável dependente

Segundo Polit e Hungler (1995) variável dependente diz respeito ao que o investigador está interessado em compreender, explicar ou predizer. Dito de outro modo, “a variável dependente é toda aquela que se supõe ser influenciada por outras variáveis” (Gil, 1995, p.81).

No caso particular da presente pesquisa, a variável dependente é a Qualidade de Vida do doente com DPOC.

A operacionalização desta variável assenta no SGRQ (Saint George's Respiratory Questionnaire) cujos critérios de mensuração serão apresentados mais à frente no capítulo dedicado ao método de colheita de dados.

5.2.2 - Variáveis independentes

Uma variável independente é aquela que causa ou influencia a variável dependente, atuando desta forma como causa antecedente ou influência presumível no que concerne à relação com a variável dependente (Polit e Hungler, 1995).

Como tal, apoiado na revisão bibliográfica efetuada e de acordo com o modelo conceptual previamente definido, elegem-se como variáveis independentes da presente pesquisa, as que a seguir se indicam: sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral, profissão, acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de diagnóstico da doença, estadio da doença, oxigenoterapia domiciliária, hábitos tabágicos, programa de reabilitação respiratória e funcionalidade familiar.

À semelhança da variável dependente, também neste âmbito os procedimentos de operacionalização serão descritos mais adiante no espaço reservado ao procedimento e método de colheita de dados.

5.3 - OBJETIVOS

“O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003, p. 100).

Dito de outro modo, os objetivos especificam a intenção das orientações, traduzindo-se em termos concretos e prevendo um prazo definido de execução, incluindo resultados finais quantificáveis. Pressupõem a disponibilidade de determinados recursos a serem usados, de esforços a serem dispendidos, bem como o desenvolvimento e a implementação de estratégias específicas (Imperatori, 1999).

O foco de atenção do presente estudo centra-se, precisamente no indivíduo portador de DPOC submetido a reabilitação respiratória.

Interessa particularmente, analisar algumas questões relacionadas com a perceção do doente face ao seu estado de saúde atual, bem como, perceber como o seu problema respiratório afeta a sua vida, e

quais os aspetos da sua doença que lhe causam mais problemas.

Não obstante as limitações da investigação relacionadas fundamentalmente com a escassez de tempo e de recursos financeiros ao dispor, considera-se estar em condições de atingir o objetivo geral seguidamente apresentado:

- Avaliar a qualidade de vida de doentes com DPOC submetidos a reabilitação respiratória.

Da formulação do objetivo geral emerge o enunciado dos seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a influência das características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral, profissão) da amostra de doentes com DPOC submetidos a reabilitação respiratória, na sua qualidade de vida;
- Avaliar a importância das características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio) na qualidade de vida de doentes com DPOC submetidos a reabilitação respiratória;
- Determinar a influência das características clínicas (tempo de diagnóstico da doença, estadio da doença, oxigenoterapia domiciliária, hábitos tabágicos) na qualidade de vida do doente com DPOC submetido a reabilitação respiratória;
- Estabelecer a influência da funcionalidade familiar na qualidade de vida do doente com DPOC submetido a reabilitação respiratória.
- Estabelecer o impacto de programas de reabilitação respiratória na qualidade de vida do doente com DPOC.

5.4 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De um modo genérico poder-se-á definir hipótese, como sendo uma resposta ao problema a ser investigado. O seu papel fundamental na pesquisa é sugerir explicações para os factos. Como tal, é uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada (GIL, 1999).

Neste contexto, é “uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis. Por outras palavras, uma hipótese traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados” (Polit e Hungler, 1995, p.76).

Atendendo ao problema e aos objetivos do estudo e na sequência dos fundamentos teóricos, que

sustentam a ideia de que a qualidade de vida do doente com DPOC submetido a reabilitação respiratória é condicionada por variáveis de contexto sócio-demográfico e circunstancial e clínico, formularam-se as seguintes hipóteses que pretendem testar o modelo conceptual proposto:

1 - As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral, profissão) influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC.

2 - As características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio) influenciam qualidade de vida do doente com DPOC.

3 - As características clínicas (tempo de diagnóstico da doença, estadió da doença, oxigenoterapia domiciliária, hábitos tabágicos) influenciam qualidade de vida do doente com DPOC.

4 - A funcionalidade familiar exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC.

5 - A reabilitação respiratória exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC.

5.5 - METODOLOGIA

A seleção do instrumental metodológico deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objeto da pesquisa, às hipóteses levantadas e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos e Marconi, 1996).

Assim sendo, este sub-capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da pesquisa, incorporando o contexto do desenho da investigação, da seleção da amostra e do procedimento e método de colheita de dados.

5.5.1 - Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003, p. 132) “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses colocadas”.

Assim sendo, para esta investigação, conceptualizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa e procedeu-se a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (PEDHAZUR e SCHMELKIN, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess e Bloomquist, 1985), ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efetuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

5.5.2 - Amostra

O processo de seleção de uma amostra, no âmbito de uma qualquer investigação, requer alguns cuidados metodológicos que a tornem representativa da população a que pertence, como forma de permitir a generalização dos resultados ao universo populacional de que foi retirada. Embora o objeto de generalização seja, segundo alguns autores, sobretudo valorizado em aferição de provas psicológicas, julgou-se importante, para o estudo do problema em questão, ter uma amostra significativa.

Assim, optou-se por recorrer a uma amostra de doentes com DPOC, pertencentes à área de influência geográfica do Hospital de Sousa Martins, da ULS da Guarda, EPE.

Esta escolha foi essencialmente motivada por dois fatores: conhecimento pessoal derivado de relações profissionais com muitos dos elementos da equipa de saúde da instituição citada, por um lado e ser uma instituição situada na minha área de residência, por outro.

Porém, deste universo ou população, serão selecionados dois subgrupos - duas amostras.

De acordo com Fortin, (2003: 202) “uma amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Amostra traduz-se, por conseguinte, numa réplica em miniatura da população alvo, devendo ser representativa da população visada, de forma a serem observadas as características da população.

Subjacente a isto, impõe-se a definição de critérios de seleção dos elementos para a composição da amostra, uma vez que a população é extensa, sendo difícil abranger todos os seus elementos (Ghiglione e Matalon, 1993).

Assim, neste estudo, da amostra de doentes com DPOC serão formados dois subgrupos, de forma intencional, um que contemple elementos que tenham sido submetidos a reabilitação respiratória, e outro com elementos que não tenham realizado essa terapia.

O tipo de amostragem escolhido será a amostragem não aleatória acidental. Isto porque, de acordo com Fortin (2003), se verificam duas condições em simultâneo: cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para a amostra, e a amostra é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso sendo incluídos no estudo à medida até a amostra atingir o tamanho desejado.

De modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem estabeleceram-se critérios de elegibilidade considerando-os, tal como Polit e Hungler (1995), as características que delimitam a população de interesse. Assim, foram incluídos no estudo doentes que cumprem, em concomitância, dois requisitos fundamentais: serem portadores de DPOC e alguns terem realizado reabilitação

respiratória.

5.5.3 - Procedimento e método de colheita de dados

Atualmente as disposições ético-legais que conferem respaldo aos direitos fundamentais das pessoas são parte integrante de qualquer trabalho de investigação.

Como tal, foi elaborado o pedido de autorização à instituição de saúde, no caso, a ULS da Guarda, de modo a permitir a aplicação do instrumento de recolha de dados nas instalações da referida unidade (Anexo I).

Por outro lado, houve a preocupação em obter o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes no estudo bem como garantir o anonimato e confidencialidade relativamente aos dados recolhidos.

De acordo com Fortin (2003) a escolha do método de colheita de dados está intimamente relacionada com o objetivo do estudo. No contexto de um estudo de cariz quantitativo, como é este, o recurso ao formulário satisfaz amplamente essa premissa.

Este formato de instrumento de medida assenta numa lista formal de questões, cujo preenchimento é da responsabilidade do próprio investigador.

Sob outro ponto de vista, a opção pelo formulário foi motivada pela sua extensão e complexidade, evitando desta forma erros e omissões no seu preenchimento. Contudo, têm-se consciência do efeito pernicioso que a presença do investigador poderá ter no sentido de algumas respostas.

Estruturalmente, o instrumento de colheita de dados é constituído por 5 Secções: uma destinada à caracterização sócio-demográfica, seguindo-se da caracterização circunstancial e caracterização clínica, outra especificamente diz respeito à escala da qualidade de vida, e por fim a funcionalidade familiar.

Apesar de integralmente apresentado no Anexo I, o quadro seguinte (quadro 4) resume as principais características do formulário de forma a facilitar a sua compreensão.

Quadro 4 - Caracterização estrutural do instrumento de colheita de dados

SECÇÃO	DOMÍNIO EM ESTUDO
A	Caracterização sócio-demográfica
B	Caracterização circunstancial
C	Caracterização Clínica
D	Questionário do Hospital St. George na doença respiratória (SGRQ)
E	Funcionalidade familiar (Apgar familiar)

Secção A - Caracterização sócio-demográfica

Com o conjunto de questões que incorporam esta secção pretende-se obter elementos que permitam efetuar uma caracterização específica no que respeita ao sexo, idade, estado civil, peso, altura, contexto residencial, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral e profissão.

A operacionalização da variável sexo é realizada com a inclusão de uma pergunta dicotómica fechada, em que as alternativas de resposta contextualizam a separação do sexo em masculino e feminino.

Na avaliação da idade foi utilizada uma pergunta aberta, com a sua quantificação a ser efetuada em anos. A operacionalização da variável idade efetivou-se através do agrupamento dos elementos da amostra em quatro grupos etários.

Quanto ao convivente significativo, a sua caracterização é efetuada através da inclusão de uma questão com sete alternativas de resposta: marido/esposa, pai/mãe, filho(a), genro/nora, sobrinho(a), outro grau de parentesco, sem parentesco.

Relativamente à situação laboral foi apresentada uma questão fechada com três opções de resposta, a saber: empregado, desempregado, reformado.

De modo a caracterizar a amostra relativamente à profissão adotou-se a classificação segundo os sectores de atividade: primário, secundário e terciário.

No que respeita ao peso e altura, foi incluída uma pergunta aberta, com a sua quantificação a ser efetuada em kilogramas e metros, respetivamente.

As restantes perguntas incluídas nesta secção do formulário serviram para a caracterização geral da amostra em estudo, no que diz respeito ao estado civil, residência, habilitações literárias e profissão e

rendimento mensal. Para o efeito foram apresentadas 5 questões, das quais 3 são fechadas e 2 abertas.

Secção B - Caracterização circunstancial

As questões incluídas nesta secção destinam-se a permitir a caracterização geral da amostra em estudo relativamente à acessibilidade aos serviços de saúde, a distância ao serviço de saúde mais próximo, bem como a ajuda de profissionais de saúde no domicílio. Para tal foram apresentadas três questões das quais duas são fechadas, e uma aberta.

Secção C - Caracterização Clínica

Nesta secção, estão incorporadas questões que pretendem efetuar a caracterização clínica da amostra, no que respeita ao tempo de diagnóstico da doença, ao estágio da doença (grau de gravidade), a realização de oxigenoterapia domiciliária, os hábitos tabágicos, a medicação habitual, o número de internamentos no último ano, e a realização de reabilitação respiratória.

Para a variável “tempo de diagnóstico da doença”, recorreu-se a uma questão aberta em que o tempo é expresso em anos e meses.

A operacionalização da variável tempo de diagnóstico efetivou-se através do agrupamento dos elementos da amostra em três grupos.

Relativamente ao “estádio da doença”, foi colocada uma pergunta aberta.

No que concerne à realização de oxigenoterapia domiciliária, utilizou-se uma pergunta mista que pretende aferir se o doente realiza ou não esta terapia, e no caso da resposta afirmativa, permite a quantificação do número de horas por dia.

Da mesma forma se procedeu para com os “hábitos tabágicos”, na qual a pergunta mista pretende averiguar se o doente possui estes hábitos na atualidade ou somente os teve no passado. No caso da resposta afirmativa, permite a mensuração do número de anos em que teve hábitos tabágicos.

As outras questões incluídas nesta secção destinam-se a permitir a caracterização geral da amostra em estudo relativamente à medicação habitual, ao número de internamentos no último ano, relacionados com o problema respiratório, bem como ao cumprimento de programas de reabilitação respiratória.

Secção D - SGRQ (Saint George’s Respiratory Questionnaire)

A autoria do SGRQ é atribuída a Jones, Quirk e Baveystock (1991), tendo sido validado para a língua portuguesa por Sousa e seus colaboradores (2000) e traduzido para a população portuguesa por Taveira e Ferreira.

O Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) é o questionário de avaliação da qualidade de vida específico para a doença respiratória mais utilizado e o mais indicado (DGS, 2009).

Este questionário aborda a parte clínica da doença respiratória nas atividades de vida diária, avalia o bem-estar subjetivo e deteta mudanças na saúde sob o efeito da terapia (Hillers et al., 1994; OLDRIDGE et al., 1998; Sousa et al., 2000; Santos, 2000).

O instrumento acima designado é constituído por 50 itens, com 76 pesos de respostas, distribuído por três domínios (JONES et al., 1991):

- O domínio “*Sintomas*” - corresponde à primeira parte do questionário, é composto por 8 itens e avalia os sintomas respiratórios, a frequência e a severidade;

- O domínio “*Atividade*” - corresponde à secção 2 e secção 6 da segunda parte do questionário, sendo composta por 16 itens. Este domínio avalia as atividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório;

- O domínio “*Impacto psicossocial*” que corresponde às secções 1, 3, 4, 5, 7 da segunda parte do questionário, é composto por 26 itens e avalia o controlo da doença, as expectativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar.

A forma como as secções que integram as duas partes se agrupam nos diferentes domínios encontra-se esquematizada no quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição das partes e secções pelos domínios do SGRQ

DOMÍNIOS	PARTE	SECÇÃO
Sintomas	1	
Atividade	2	2,6
Impacto Psicossocial	2	1,3,4,5,7

Para calcular a qualidade de vida de cada indivíduo, é feita a soma dos pesos de cada item pertencente a cada domínio e depois é dividido pela possibilidade máxima que pode ser alcançada. A pontuação de cada domínio é dada em percentagem, calculada pelo coeficiente, visível na seguinte equação (Quadro 6) (Jones et al., 1991):

Quadro 6 - Coeficiente para o cálculo do questionário SGRQ

$$\text{Score} = \frac{\Sigma \text{valor obtido}}{\Sigma \text{possibilidade máxima}} \times 100$$

O questionário revela uma boa qualidade de vida quando os resultados são próximos de 0 (zero) e pior qualidade de vida com resultados próximos de 100 (Rodrigues et al., 2002, Pagani, 2008). Por conseguinte, a pontuação de cada parte que integra o questionário é, posteriormente, convertida em percentagem.

Segundo Jones, Quirk e Baveystock (1991) e Sousa et al. (2000), valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, resultados acima de 10% indicam uma 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 doentes.

Secção E - Funcionalidade familiar

Para a avaliação da funcionalidade familiar adotou-se a escala de Apgar familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo e Matos (1998).

Este instrumento baseia-se em cinco perguntas que pretendem avaliar a perceção do sujeito acerca da qualidade do seu relacionamento familiar.

Concretamente, integra as seguintes dimensões:

- Adaptação intra-familiar - assente na utilização dos recursos, dentro e fora da família, enquanto fonte de resolução de problemas;
- Convivência e comunicação - diz respeito à partilha da tomada de decisões e responsabilidades pelos seus membros;
- Crescimento e desenvolvimento - baseado na maturidade física, psíquica e emocional e na realização obtida pelos elementos da família, através de mútuo apoio e orientação;
- Afeto - orienta para as relações de ternura entre os diversos membros;
- Dedicção à família - alude ao compromisso assumido por cada elemento em dedicar tempo aos outros, no sentido de os encorajar física e emocionalmente.

As questões admitem três tipos de resposta. Assim, o “quase sempre” tem uma cotação de 2; para a resposta “algumas vezes” obtém-se a cotação de 1; e 0 pontos no caso de a resposta ser “quase nunca”.

O resultado final da escala resulta do somatório das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas e é suscetível de variar entre os 0 e 10 pontos, sendo que, uma pontuação entre 7 a 10 corresponde a uma família altamente funcional, de 4 a 6 podemos referir-nos à família como tendo moderada disfunção, e no caso do score total obtido se situar entre 0 a 3 pontos, tal facto é sugestivo de uma família com disfunção acentuada.

5.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A análise estatística abrange uma ampla variedade de técnicas e procedimentos desde os mais simples até outros, mais complexos e sofisticados (Polit e Hungler, 1995).

“As estatísticas mais apropriadas ao resumo dos dados dependem da escala de medida das variáveis classificadas nas respostas do inquérito” (Pestana e Gageiro, 2003, p.62). Assim, a estatística permite, através da análise descritiva, resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Por outro lado, com a ajuda da inferência estatística, é possível determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população (Fortin, 2003).

Em termos de estatísticas descritivas foram utilizados, na presente investigação, os seguintes indicadores de medida: Frequências : Absolutas (N), Relativas ou percentuais (%), Mínimo (Mn), Máximo (Mx); Medidas de tendência central: Médias (\bar{X}); Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvios padrão (Dp), Coeficientes de variação (CV).

Saliente-se que “o coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis mesmo se elas não têm a mesma unidade de medida” (Fortin, 2003, p. 283). Resulta do quociente entre o desvio padrão e a média, multiplicando-se o valor obtido por cem de forma a obter uma percentagem.

De acordo com os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2003, p.89), a dispersão pode assumir os seguintes graus:

- $CV \leq 15\%$ dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ dispersão média;
- $CV > 30\%$ dispersão elevada.

A estatística inferencial, conforme já acima foi referido, permite a generalização dos resultados obtidos à população de onde a amostra foi retirada através da verificação de hipóteses (Fortin, 2003).

Em termos práticos este procedimento torna-se possível graças ao emprego de testes estatísticos.

Na presente investigação recorreu-se a testes paramétricos (Anova e test t) e não paramétricos (Mann Whitney e Kruskal-Wallis) para estabelecer as relações entre as variáveis.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese, se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Desta forma, foram utilizados os seguintes níveis de significância, conforme refere D'Hainaut (1990, p.162):

- $p < 0,05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0,05$ ns - não significativo

O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando o programa informático SPSS 19.0 - Statistical Package For Social Science.

O SPSS é uma ferramenta informática bastante útil no domínio das ciências sociais uma vez que permite ao investigador proceder ao tratamento dos dados recolhidos obtendo com rapidez os respetivos resultados.

A apresentação dos resultados será efetuada no próximo capítulo, através do recurso a tabelas de onde ressaltam os dados mais relevantes da pesquisa.

6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de uma investigação decorrem dos factos observados na colheita de dados sendo apresentados de maneira a estabelecer uma ligação lógica com o problema de investigação. Deste modo, pode-se considerar que “apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p. 330).

No entanto, a apresentação dos resultados deve limitar-se à descrição narrativa estando a sua interpretação reservada para outro capítulo: a discussão.

No contexto da presente pesquisa, apresentam-se os resultados recorrendo a tabelas de forma a possibilitar uma visualização simples e rápida. De seguida apresentam-se os resultados obtidos com a análise descritiva e, posteriormente, os decorrentes da aplicação das técnicas de estatística inferencial.

6.1- ANÁLISE DESCRITIVA

Através da análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos (Fortin, 2003). Ou seja, a principal preocupação do pesquisador é descrever as características gerais da amostra.

Em termos práticos, apresenta-se a análise descritiva em função da estrutura do instrumento de colheita de dados, o qual integra cinco secções: caracterização sócio-demográfica; caracterização circunstancial; caracterização clínica; sintomas, atividade e impacto da doença respiratória percebidas pelo doente, e funcionalidade familiar, sendo que todas elas se reportam a indivíduos portadores de DPOC (entre os quais um grupo foi submetido a reabilitação respiratória e outro não).

Secção A - Caracterização sócio-demográfica

Nesta secção pretende-se efetuar a caracterização da amostra no que respeita às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, peso, altura, contexto residencial, convivente significativo, rendimento mensal; habilitações literárias, situação laboral e profissão.

◇ Sexo

Do total de 80 indivíduos portadores de DPOC que constituem a amostra, 65 pertencem ao sexo masculino e 15 ao feminino.

◇ Idade

No que respeita à idade, verifica-se estar compreendida entre os 45 e os 92 anos, sendo a média de 70,89 anos, o desvio padrão de 10,52 e o coeficiente de variação de 14,84%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV \leq 15\%$).

Analisando a idade em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória, constata-se que os doentes que cumpriram programa de reabilitação são em média mais novos (67,24) que os doentes que não realizaram. A diferença é estatisticamente bastante significativa ($t = -3,110$) ($p = 0,003$) (tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Idade	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	45	92	67,24	11,81	17,56	-3,110	0,003
Sem Reabilitação	45	89	74,19	7,99	10,76		
TOTAL	45	92	70,89	10,52	14,84		

$p < 0,05$ sig

◇ Peso

Em relação ao peso, verifica-se estar compreendido entre os 44 e 109 Kg, sendo a média de 68,58 Kg, o desvio padrão de 12,05 e o coeficiente de variação de 17,57%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$).

Analisando o peso em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória, constata-se que os doentes que cumpriram programa de reabilitação respiratória são em média mais pesados (68,87 Kg) que os doentes que não cumpriram (68,31 Kg), não existindo diferença estatisticamente significativa ($t = 0,206$) ($p = 0,837$) (tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas relativas ao peso segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Peso	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	44	109	68,87	15,39	22,35	0,206	0,837
Sem Reabilitação	44	95	68,31	8,12	11,89		
TOTAL	44	109	68,58	12,05	17,57		

$p < 0,05$ sig

◇ Altura

Relativamente à altura, verifica-se estar compreendida entre os 1,50m e 1,76m, sendo a média de 1,64m, o desvio padrão de 5,65 e o coeficiente de variação de 3,44%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV \leq 15\%$).

Analisando a altura em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória, constata-se que os doentes que cumpriram programa de reabilitação respiratória são em média mais baixos (163,66cm) que os doentes que não cumpriram (164,55cm), não havendo diferença estatisticamente significativa ($t = -0,701$) ($p = 0,485$) (tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas relativas à altura segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Altura	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	150,00	176,00	163,66	6,49	3,96	-0,701	0,485
Sem Reabilitação	155,00	175,00	164,55	4,80	2,92		
TOTAL	150,00	176,00	164,13	5,65	3,44		

$p < 0,05$ sig

◇ Estado civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos doentes é casada (81,2%). O menor percentual recai sobre os doentes solteiros (5%).

Os dados estatísticos referentes à distribuição em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória evidenciam uma clara predominância de doentes casados, sendo este percentual ligeiramente mais representativo naqueles que cumpriram o referido programa (81,6%) comparativamente àqueles que não cumpriram (81,0%), tal como se observa na tabela 4.

◇ Contexto residencial

Os doentes são maioritariamente residentes em meio urbano (50%), distribuindo-se os restantes pela aldeia (36,2%) e vila (13,8 %) (tabela 4).

◇ Convivente significativo

A análise dos dados expressos na tabela 4 permite verificar que a grande maioria dos inquiridos (78,8%) coabita com o respetivo cônjuge. Dos restantes, 8,7% vivem com os filhos, ou sozinhos. Existem ainda 3,8% que vivem com os pais (tabela 4).

◇ Rendimento Mensal

Pela análise da tabela 4, constata-se que a grande maioria dos doentes (85%), auferem um rendimento mensal atual inferior a 419,22 euros sendo que apenas 5% recebe um valor superior a 628,83 euros.

◇ Habilitações literárias

Relativamente ao nível de escolaridade (tabela 4) verifica-se que a maior parte dos doentes (43,87%) possui 4 anos de escolaridade; 27,5% possui menos que 4 anos de escolaridade, e 25% não possui nenhum grau de escolaridade. Dos restantes, apenas 3,7% possui 4 a 6 anos de escolaridade.

◇ Profissão

Relativamente à profissão exercida apura-se que as profissões mais representativas se enquadram no sector primário (87,5%), sendo as restantes pertencentes ao setor secundário.

◇ Situação laboral

Em termos de situação laboral, constata-se que 83,3% dos inquiridos estão aposentados, sendo que 14,1% desenvolvem uma atividade profissional. Os restantes 2,6% não desenvolvem nenhuma atividade (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória

<i>Variáveis</i>	<i>Reabilitação Respiratória</i>		<i>Não</i>		<i>Total</i>	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>						
Masculino	30	78,9	35	83,3	65	81,2
Feminino	8	21,1	7	16,7	15	18,8
<i>Estado Civil</i>						
Casado	31	81,6	34	81,0	65	81,2
Solteiro	2	5,3	2	4,8	4	5,0
Viúvo	5	13,1	6	14,2	11	13,8
<i>Residência</i>						
Aldeia	18	47,4	11	26,2	29	36,2
Vila	4	10,5	7	16,7	11	13,8
Cidade	16	42,1	24	57,1	40	50,0
<i>Convivente Significativo</i>						
Marido/esposa	31	81,6	32	76,2	63	78,8
Pai/mãe	1	2,6	2	4,8	3	3,8
Filho/a	4	10,5	3	7,1	7	8,7
Sozinho	2	5,3	5	11,9	7	8,7
<i>Rendimento Mensal</i>						
<419,22 euros	29	76,3	39	92,9	68	85,0
419,22 -628,83 euros	7	18,4	1	2,3	8	10,0
>628, 83	2	5,3	2	4,8	4	5,0
<i>Habilitações Literárias</i>						
Nulas	5	13,2	15	35,7	20	25,0
< 4ª classe	7	18,4	15	35,7	22	27,5
4ª classe	24	63,2	11	26,2	35	43,8
4-6 anos escolaridade	2	5,2	1	2,4	3	3,7
<i>Profissão</i>						
Setor primário	32	84,2	37	88,1	69	86,2
Setor secundário	6	15,8	5	11,9	11	13,8
<i>Situação laboral</i>						
Empregado	7	19,4	4	9,5	11	14,1
Desempregado	2	5,6	0	0,0	2	2,6
Reformado	27	75,0	38	90,5	65	83,3

Secção B - Caracterização circunstancial

No que respeita à caracterização circunstancial englobaram-se os seguintes aspetos: acessibilidade aos serviços de saúde, distância ao serviço de saúde mais próximo e ajuda de profissionais de saúde no domicílio.

◇ Acessibilidade aos serviços de saúde

No que se reporta à acessibilidade aos serviços de saúde, a maior parte dos sujeitos da amostra (43,8%)

desloca-se aos serviços de saúde através de transporte de familiares. Dos restantes, 38,8% utilizam transporte próprio, e 11,2% utilizam transporte com bombeiros. Existem ainda 6,2% que recorrem a transportes públicos (tabela 5).

◇ Ajuda de profissionais de saúde no domicílio

Observando os resultados obtidos no que concerne à ajuda de profissionais de saúde obtida no domicílio, constata-se que 93,8% dos doentes não dispõem de nenhuma ajuda no domicílio. Dos restantes, 6,3% dispõem de apoio assistencial (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória

<i>Variáveis</i>	<i>Reabilitação Respiratória</i>					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Acessibilidade ao serviço saúde</i>						
Transporte próprio	21	55,3	10	23,8	31	38,8
Transporte familiares	10	26,3	25	59,5	35	43,8
Transporte público	2	5,3	3	7,1	5	6,2
Bombeiros	5	13,1	4	9,6	9	11,2
<i>Ajuda no domicílio</i>						
Nenhuma	37	97,4	38	90,5	75	93,8
Assistencial	1	2,6	4	9,5	5	6,2

◇ Distância ao serviço de saúde mais próximo

Com referência aos resultados expressos na tabela 6, constata-se que os indivíduos da amostra têm uma distância ao serviço de saúde mais próximo compreendida entre os 500m (0,5) e 50Km, sendo a distância média de 7,39 Km, o desvio padrão de 7,05 e o coeficiente de variação de 95,39 %. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão elevada (CV > 30%).

De salientar ainda que os doentes que cumpriram programa de reabilitação respiratória são os que possuem, em média uma maior distância ao serviço de saúde mais próximo (7,83Km), não existindo diferença estatisticamente significativa (t= 0,530; p=0,598).

Tabela 6 - Estatísticas relativas à distância aos serviços de saúde segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Distância	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	0,5	50,0	7,83	9,20	117,49	0,530	0,598
Sem Reabilitação	1,0	20,0	6,99	4,37	62,52		
TOTAL	0,5	50,0	7,39	7,05	95,39		

p < 0,05 sig

Secção C - Caracterização Clínica

Para proceder à caracterização clínica incluíram-se os seguintes aspetos: tempo de diagnóstico da doença, estadió da doença, oxigenoterapia domiciliária, medicação habitual, hábitos tabágicos e número de internamentos no último ano.

◇ Tempo de diagnóstico da doença

Pela observação da tabela 7, constata-se que os indivíduos da amostra apresentam um tempo de diagnóstico da sua doença compreendido entre 5 meses (0,5) e 41 anos, sendo o tempo médio de 7,53 anos, o desvio padrão de 7,47 e o coeficiente de variação de 99,2%. Esta última medida estatística aponta para a existência de uma dispersão elevada (CV > 30%).

Fazendo uma análise em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória, verifica-se que os doentes que não cumpriram reabilitação respiratória apresentam um tempo máximo de diagnóstico da doença de 41 anos e os doentes que cumpriram o referido programa, apresentam um tempo máximo de 32 anos. Em ambos os casos possuem igual tempo de diagnóstico mínimo (5 meses).

De salientar ainda que são os doentes que não cumpriram reabilitação respiratória aqueles que possuem um tempo médio de diagnóstico mais elevado (8,08 anos), não existindo diferenças estatisticamente significativas (t = - 0,693; p = 0,491).

Tabela 7 - Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico da doença segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Tempo de diagnóstico	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	0,5	32	6,92	7,59	109,68	- 0,693	0,491
Sem Reabilitação	0,5	41	8,08	7,39	91,46		
TOTAL	0,5	41	7,53	7,47	99,20		

p < 0,05 sig

◇ Estadio da doença

Com referência a este item, e pela análise da tabela 8, constata-se que a maior parte dos doentes (45%) possui uma DPOC grau IV. Seguidamente, 32,5% possui uma DPOC grau II e 22,5% possui uma DPOC grau III.

Os dados estatísticos referentes à distribuição em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória evidenciam uma clara predominância de doentes com DPOC grau IV, sendo este percentual mais representativo naqueles que não cumpriram o referido programa (50,0%) comparativamente àqueles que cumpriram (39,5%). Paralelamente também se verifica que o grupo de doentes com DPOC grau II que cumpriu programa de reabilitação respiratória é mais representativo (44,7%) do que aquele que não cumpriu (21,4%), tal como se observa na tabela 9.

◇ Oxigenoterapia domiciliária

No que se reporta á realização de oxigenoterapia domiciliária, verificou-se, através da análise da tabela 8, que 55% dos doentes não tem necessidade de realizar esta terapia. Paralelamente, constata-se que 45% dos doentes necessita de oxigenoterapia domiciliária, sendo o grupo mais representativo o que se encontra entre os doentes que cumpriu programa de reabilitação respiratória (47,4% para 42,9%). Em média, estes doentes realizam 16,24 horas de oxigénio por dia.

◇ Medicação habitual

Sendo este item parte integrante de uma questão aberta que constou do questionário, de referir que 54 pessoas tomam medicação de forma habitual, maioritariamente dirigida ao aparelho respiratório, cardio-vascular e distúrbios metabólicos.

◇ Hábitos tabágicos

Relativamente a esta questão, e pela análise da tabela 8, pode verificar-se que a maioria dos doentes (68,8%) não possui hábitos tabágicos na atualidade. Porém, 80% dos doentes foram perentórios em afirmar que possuíram esses hábitos anteriormente, sendo o grupo que realizou reabilitação respiratória o mais representativo (81,6%, para 78,6%).

Tabela 8 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória

<i>Variáveis</i>	<i>Reabilitação Respiratória</i>		Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Estadio da doença</i>								
II	17	44,7	9	21,4	26	32,5		
III	6	15,8	12	28,6	18	22,5		
IV	15	39,5	21	50,0	36	45,0		
<i>Oxigénioterapia domicílio</i>								
Sim	18	47,4	18	42,9	36	45,0		
Não	20	52,6	24	57,1	44	55,0		
<i>Hábitos tabágicos atuais</i>								
Sim	12	31,6	13	31,0	25	31,2		
Não	26	68,4	29	69,0	55	68,8		
<i>Hábitos tabágicos anteriores</i>								
Sim	31	81,6	33	78,6	64	80,0		
Não	7	18,4	9	21,4	16	20,0		

◇ Tempo de exposição ao fumo

Com referência a este item, e pela análise da tabela 9 constata-se que em média os doentes estiveram expostos ao fumo do tabaco ao longo de 23,10 anos. De salientar ainda que são os doentes que não cumpriram reabilitação respiratória aqueles que possuem um tempo médio de exposição ao fumo mais elevado (24,50 anos), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($t = -0,758$; $p = 0,451$).

Tabela 9 - Estatísticas relativas ao tempo de exposição ao fumo segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Tempo de exposição ao fumo	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	0,0	57,00	21,55	15,84	73,50	- 0,758	0,451
Sem Reabilitação	0,0	57,00	24,50	18,65	76,12		
TOTAL	0,0	57,00	23,10	17,33			

$p < 0,05$ sig

◇ Número de internamentos no último ano

Pela análise da tabela 10 verifica-se que em média os doentes tiveram 0,98 internamentos no último ano, relacionados com o seu problema respiratório. De realçar que são os doentes que não cumpriram reabilitação respiratória aqueles que possuem um número médio de internamentos mais elevado (1,31) no último ano, existindo diferenças estatísticas altamente significativas ($t = -4,284$; $p = 0,000$).

Tabela 10 - Estatísticas relativas ao número de internamentos no último ano segundo a execução de programa de Reabilitação Respiratória

Nº de internamentos	Mn	Mx	\bar{X}	Dp	CV (%)	t	p
Com Reabilitação	0,0	3,0	0,61	0,82	134,42	- 4,284	0,000
Sem Reabilitação	0,0	3,0	1,31	0,64	48,85		
TOTAL	0,0	3,0	0,98	0,81			

$p < 0,05$ sig

Secção D - Qualidade de Vida (SGRQ)

◇ Estado de Saúde Atual

A análise dos dados expressos na tabela 11 permite verificar que a maioria dos inquiridos (55%) perceciona o seu estado de saúde atual como moderado, sendo o maior percentual referente aos doentes que cumpriram reabilitação respiratória (60,5% para 50,0%). Dos restantes elementos constituintes da amostra, 31,2% consideram-no mesmo mau, sendo este percentual mais significativo no grupo de doentes que não cumpriu reabilitação respiratória (38,1% para 23,7%).

Tabela 11 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e estado de saúde atual

<i>Reabilitação Respiratória</i> <i>Estado de saúde atual</i>	Sim		Não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito bom	0	0,0	1	2,4	1	1,2
Bom	4	10,5	3	7,1	7	8,8
Moderado	23	60,5	21	50,0	44	55,0
Mau	9	23,7	16	38,1	25	31,2
Muito Mau	2	5,3	1	2,4	3	3,8
TOTAL	38	100,0	42	100,0	80	100,0

A caracterização da qualidade de vida baseia-se no Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), cuja análise se efetua de seguida, discriminando os três domínios que ele contempla: sintomas, atividades, e impacto psicossocial.

◇ Qualidade de Vida

Com referência aos dados expressos na tabela 12, constata-se que o grupo mais representativo corresponde aos doentes que têm maior média percentual (75,32%) associada ao domínio atividades, sendo mais representativo no grupo de doentes que não realizou reabilitação respiratória (78,31%) comparativamente ao grupo que cumpriu a referida terapia (72,02%), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($t = -1,499$) ($p=0,138$).

Por sua vez, no domínio sintomas, verifica-se que os doentes apresentam um valor médio percentual de 58,62%, sendo que o grupo mais representativo corresponde aos doentes que não realizaram programa de reabilitação respiratória (58,87 para 58,35%). Neste caso, a diferença não é estatisticamente significativa ($t = -0,115$) ($p=0,909$).

No que respeita ao domínio impacto, constata-se que os doentes apresentam um valor médio percentual de 52,19%, com maior representatividade no grupo de doentes que não cumpriu programa de reabilitação respiratória (53,58% para 50,65%), não sendo estatisticamente significativo ($t = -0,697$) ($p = 0,488$).

No que concerne à qualidade de vida total, apura-se que os doentes apresentam um percentual médio de 60,38, sendo mais representativo no grupo de doentes que não cumpriu programa de reabilitação respiratória (62,16% para 58,41%), não sendo estatisticamente significativo ($t = -1,022$) ($p = 0,310$).

Tabela 12 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e da QDV, segundo os domínios: sintomas, atividade, impacto psicossocial

<i>Domínios</i>	<i>Reabilitação Respiratória</i>		<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>Total</i>		
	<i>Nº</i>	<i>\bar{X}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{X}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{X}</i>	<i>Nº</i>	<i>\bar{X}</i>	
<i>Sintomas</i>	38	58,35	42	58,87	80	58,62			$t = -0,115$ $p = 0,909$
<i>Atividades</i>	38	72,02	42	78,31	80	75,32			$t = -1,499$ $p = 0,138$
<i>Impacto</i>	38	50,65	42	53,58	80	52,19			$t = -0,697$ $p = 0,488$
<i>Qualidade de Vida Total</i>	38	58,41	42	62,16	80	60,38			$t = -1,022$ $p = 0,310$

Observando os resultados obtidos na tabela 13, verifica-se que o domínio do SGRQ que apresenta maior valor médio é o que mensura as atividades (75,32%), imediatamente seguido dos sintomas (58,62%) e por fim o domínio referente ao impacto (52,19%). Paralelamente, a QDV total obtida apresenta um valor mínimo de 3,48 e máximo de 93,40, com uma média de 60,38.

Tabela 13 - Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em %)

	N	Mn	Mx	\bar{X}	Dp
Sintomas	80	5,49	95,49	58,62	19,83
Atividade	80	0,0	100,0	75,32	18,87
Impacto	80	0,0	89,74	52,19	18,69
QDV - Total	80	3,48	93,40	60,38	16,39

◇ Condição Atual de Saúde

A análise dos dados expressos na tabela 14 permite verificar que a maioria dos inquiridos (56,3%) percebe a sua condição atual de saúde como razoável, sendo o grupo dos doentes que cumpriu reabilitação respiratória o que contribui com maior percentual (68,4% para 45,2%). Dos restantes, 35% consideram-na mesmo fraca, sendo o grupo de doentes que não realizou a referida terapia que contribuiu com maior percentual (52,4% para 15,8%).

Tabela 14 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e condição atual de saúde

<i>Reabilitação Respiratória</i> <i>Condição atual de saúde</i>	Sim		Não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito boa	1	2,6	0	0,0	1	1,3
Boa	5	13,2	1	2,4	6	7,5
Razoável	26	68,4	19	45,2	45	56,3
Fraca	6	15,8	22	52,4	28	35,0
TOTAL	38	100,0	42	100,0	80	100,0

◇ Estado de saúde atual em comparação com o ano anterior

Pela análise da tabela 15 constata-se que uma parte significativa dos doentes (45%) considera que o seu estado de saúde atual está aproximadamente igual há um ano atrás, sendo o grupo dos doentes que cumpriu reabilitação respiratória o que contribui com maior percentual (63,2% para 28,6%). Dos restantes, igual percentagem de doentes (45%) julgam que o seu estado de saúde atual está um pouco

piores, sendo o grupo de doentes que não realizou a referida terapia que contribuiu com maior percentual (66,7% para 21,1%).

Tabela 15 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e estado de saúde atual em comparação com o ano anterior

<i>Reabilitação Respiratória</i> <i>Comparação</i>	Sim		Não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com algumas melhoras	6	15,8	2	4,8	8	10,0
Aproximadamente igual	24	63,2	12	28,6	36	45,0
Um pouco pior	8	21,1	28	66,7	36	45,0
TOTAL	38	100,0	42	100,0	80	100,0

Secção D - Funcionalidade familiar (Apgar familiar)

A caracterização da funcionalidade familiar, que seguidamente se passa a analisar, assenta na *Escala de Apgar Familiar*.

Com referência aos dados expressos na tabela 16, constata-se que uma parte significativa (37,5%) dos doentes considera fazer parte de uma família altamente funcional. Uma percentagem próxima (36,2%), considera ter uma família com moderada disfunção. Os restantes 26,3% dos doentes considera fazer parte de uma família com disfunção acentuada.

Tabela 16 - Distribuição da amostra em função da execução de programa de Reabilitação Respiratória e funcionalidade familiar

<i>Reabilitação Respiratória</i> <i>Funcionalidade Familiar</i>	Sim		Não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfunção acentuada	13	34,2	8	19,0	21	26,3
Moderada disfunção	16	42,1	13	31,0	29	36,2
Altamente funcional	9	23,7	21	50,0	30	37,5
TOTAL	38	100,0	42	100,0	80	100,0

6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2003).

A análise inferencial dos dados é o que, de acordo com Fortin (2003, p. 283) permite ao investigador “estar em condições de inferir a partir de uma amostra de sujeitos para o total da população”.

Já Polit e Hungler (1995) entendem que é este conjunto de procedimentos estatísticos que possibilita explicar a relação entre as variáveis descritas nas hipóteses formuladas.

Na análise dos resultados serão, sobretudo, referenciados os dados estatisticamente significativos em conformidade com os coeficientes e níveis de significância já descritos no capítulo reservado ao tratamento estatístico.

Assim sendo, apresentam-se seguidamente os resultados da análise inferencial efetuada, tendo em conta as hipóteses anteriormente estabelecidas.

➤ Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas

Hipótese 1 - As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral, profissão) influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC.

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, peso, altura, residência, convivente significativo, rendimento mensal, habilitações literárias, situação laboral e profissão.

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos (tabela 17).

Denota-se que o domínio atividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes do **sexo** feminino os que apresentam um maior valor (76,49% para 75,05%). Contudo, as diferenças não são significativas, tal como demonstrou o teste de Mann-Whitney.

Analisando os **grupos etários** verifica-se que a maior média percentual do domínio atividades (84,95%), do domínio impacto (64,08%) e da QVD total (69,89%) corresponde aos doentes com idade igual ou superior a 79 anos. Paralelamente, a menor média percentual (44,43%) diz respeito ao domínio impacto, e corresponde aos doentes com idade inferior ou igual a 65 anos. Neste caso, as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, no domínio atividades e QVD total, e bastante significativas no domínio impacto, o que é comprovado pelo teste ANOVA.

Quanto ao **estado civil**, constata-se que a maior média percentual do domínio atividades corresponde aos doentes solteiros (94,88%), sendo as diferenças entre os três grupos estatisticamente significativas, neste domínio, tal como revelou o teste de ANOVA.

No que se reporta ao **peso**, apura-se que a maior média percentual do domínio atividades diz respeito

aos doentes que têm um peso compreendido entre 65 e 70 kg. Neste caso, o peso não é estatisticamente significativo, tal como demonstrou o teste de ANOVA.

No que concerne à **altura**, verifica-se que são os doentes que medem entre 1,63 e 1,66m que apresentam um valor médio percentual mais elevado no domínio sintomas, sendo as diferenças estatisticamente significativas neste domínio, o que é comprovado pelo teste de ANOVA.

Relativamente à **residência**, constata-se que os doentes que moram na aldeia são os que apresentam maior média percentual no domínio atividade (81,99%), sendo a diferença estatisticamente significativa neste domínio, tal como revelou o teste ANOVA.

No que respeita ao **convivente significativo**, os dados apresentados na tabela 17 revelam que são os doentes que vivem com pai/mãe que apresentam maior média percentual no domínio atividade (95,22%) Neste caso, as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, no domínio atividades, impacto e QVD total, o que é comprovado pelo teste de Kruskal - Wallis.

No que se reporta ao **rendimento mensal**, apura-se que maior média percentual do domínio atividades (76,84%) diz respeito aos doentes que auferem um rendimento inferior a 419,22 euros. Porém, as diferenças não são estatisticamente significativas, tal como demonstrou o teste de Kruskal - Wallis.

No que concerne às **habilitações literárias**, denota-se que são os doentes com habilitações literárias nulas, que apresentam maiores valores médios percentuais relativamente a todos os domínios (sintomas, atividades e impacto), bem como na QDV total, não sendo estes resultados estatisticamente significativos, tal como revelou o teste de Kruskal - Wallis.

Quanto à **profissão**, constata-se que a maior média percentual do domínio atividades corresponde aos doentes que desenvolvem uma atividade no setor primário, não sendo, no entanto, estes resultados estatisticamente significativos, o que foi comprovado pelo teste de Kruskal - Wallis.

Em relação à **situação laboral**, verifica-se que os doentes que atualmente se encontram desempregados apresentam um valor médio percentual mais elevado no domínio atividades, ao passo que os doentes que atualmente desenvolvem uma atividade profissional, são os que apresentam um valor médio percentual mais baixo em todas as dimensões e na QDV total. Neste caso, as diferenças entre os três grupos são estatisticamente significativas, no domínio impacto e QDV total, tal como revelou o teste de Kruskal - Wallis.

Estes resultados conduzem à aceitação parcial da hipótese de que as variáveis sócio-demográficas influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC.

Tabela 17 - Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas

Variáveis	Domínio Sintomas		Domínio Atividades		Domínio Impacto		QDV Total		
	\bar{X}	Dp	X	Dp	X	Dp	X	Dp	
Sexo	Masculino	58,17	20,65	75,05	19,55	51,33	19,15	59,79	17,02
	Feminino	60,60	16,25	76,49	16,16	55,89	16,63	62,92	13,49
		U=463,000 p=0,763		U=484,000 p=0,965		U=420,000 p=0,405		U=438,000 p=0,542	
Idade	<= 65 anos	54,06	22,44	71,85	21,02	44,43	18,69	54,34	16,97
	66-71 anos	59,58	20,08	70,19	14,65	49,51	16,96	57,86	14,43
	72-78 anos	59,52	15,98	73,83	21,04	49,75	17,24	58,67	16,52
	>=79 anos	60,99	20,97	84,95	16,05	64,08	17,07	69,89	14,45
			F=0,454 p=0,715		F=2,767 p=0,047		F=4,776 p=0,004		F=3,825 p=0,013
Estado Civil	Casado	57,68	20,23	73,06	19,34	50,22	18,88	58,52	16,71
	Solteiro	56,69	8,18	94,88	6,79	65,06	14,09	72,71	8,83
	Viúvo	64,91	20,39	81,60	13,33	59,10	16,60	66,89	13,43
			F=0,640 p=0,530		F=3,423 p=0,038		F=2,118 p=0,127		F=2,514 p=0,088
Peso	<= 64 kg	56,74	21,34	73,31	19,82	48,99	19,14	57,64	16,94
	65-70 kg	61,01	15,91	79,84	15,08	57,28	17,18	65,05	14,19
	>= 71 kg	58,21	22,06	72,99	20,99	50,48	19,28	58,61	17,39
			F=0,311 p=0,733		F=1,106 p=0,336		F=1,490 p=0,232		F=1,615 p=0,206
Altura	<= 1,62 m	66,00	16,74	75,69	16,15	53,78	15,12	62,45	12,83
	1,63 - 1,66 m	58,19	20,56	76,80	16,07	53,23	18,86	61,50	15,85
	>= 1,67 m	50,82	19,86	73,30	24,34	49,28	22,24	56,84	20,17
			F=4,189 p=0,019		F=0,227 p=0,797		F=0,440 p=0,646		F=0,869 p=0,423
Residência	Aldeia	59,95	22,47	81,99	15,78	56,79	17,52	64,96	14,94
	Vila	49,99	21,02	67,88	28,37	48,84	24,12	54,80	22,59
	Cidade	60,12	17,32	74,08	14,59	50,91	16,58	59,69	13,63
			F=1,214 p=0,303		F=3,283 p=0,043		F=1,406 p=0,251		F=2,061 p=0,134
Convivente Significativo	Marido/esposa	58,29	20,39	74,23	18,34	51,18	18,47	59,49	16,14
	Pai/mãe	49,81	10,51	95,22	8,28	60,89	13,75	69,45	7,82
	Filho	67,59	21,72	85,24	10,58	65,87	10,17	72,02	8,82
	Sozinho	56,32	17,17	75,59	17,87	50,43	19,62	59,03	16,96
			$\chi^2=2,112$ p=0,348		$\chi^2=6,725$ p=0,035		$\chi^2=5,857$ p=0,053		$\chi^2=5,859$ p=0,053
Rendimento Mensal	<419,22 euros	58,12	19,97	76,84	18,62	54,47	18,17	61,99	16,13
	419,22 - 628,83 euros	55,96	22,33	74,02	15,11	45,28	16,16	55,75	13,97
	>628, 83	72,36	11,28	68,88	11,47	40,42	16,44	54,35	12,11
			$\chi^2=2,135$ p=0,344		$\chi^2=0,839$ p=0,657		$\chi^2=3,755$ p=0,153		$\chi^2=2,416$ p=0,299
Habilitações Literárias	Nulas	59,82	16,72	78,88	15,87	58,82	14,71	65,06	12,39
	<4º Ano	57,95	18,19	77,49	22,51	52,41	21,06	61,32	19,22
	4º Ano	58,86	22,82	73,79	15,96	50,47	17,72	58,94	15,37
	4-6 Anos	52,86	26,11	75,27	23,38	41,99	19,36	53,88	14,85
			$\chi^2=0,397$ p=0,941		$\chi^2=2,020$ p=0,568		$\chi^2=5,112$ p=0,164		$\chi^2=3,769$ p=0,288
Profissão	Sector primário	57,86	20,97	76,20	18,30	53,46	18,44	61,21	16,21
	Sector secundário	63,28	11,45	75,81	16,42	48,81	16,45	59,39	13,40
			$\chi^2=0,612$ p=0,434		$\chi^2=0,024$ p=0,877		$\chi^2=0,478$ p=0,489		$\chi^2=0,108$ p=0,743
Situação Laboral	Empregado	50,61	23,55	70,26	14,64	39,61	14,81	50,73	13,09
	Desempregado	55,25	37,65	77,97	31,16	44,13	14,15	56,23	10,69
	Reformado	60,09	18,87	77,09	18,22	55,31	17,89	62,84	15,77
			$\chi^2=1,309$ p=0,520		$\chi^2=2,075$ p=0,354		$\chi^2=7,600$ p=0,022		$\chi^2=6,573$ p=0,037

U refere-se ao teste de Mann-Whitney; F refere-se ao teste ANOVA; χ^2 refere-se ao teste de Kruskal - Wallis

➤ Relação entre qualidade de vida e variáveis de Contexto Circunstancial

Hipótese 2 - As características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde e ajuda de profissionais de saúde no domicílio) influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC.

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as características circunstanciais: acessibilidade aos serviços de saúde, distância aos serviços de saúde e ajuda de profissionais de saúde no domicílio. Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos (tabela18).

No que se reporta à **acessibilidade aos serviços de saúde**, os dados expressos na tabela 18 revelam que são os doentes que se deslocam em transporte com bombeiros, os que apresentam o maior valor médio percentual no domínio atividades (84,56%). Paralelamente, são os doentes que se deslocam em transporte próprio, os que apresentam o menor valor médio percentual no domínio impacto (46,73). Neste caso, as diferenças são estatisticamente significativas no domínio impacto, sendo não significativa nos restantes, tal como demonstrou o teste de Kruskal - Wallis.

No que diz respeito à **distância ao serviço de saúde**, constata-se que o domínio atividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que se encontram a uma distância superior a 8 Km, os que apresentam um maior valor médio percentual (82,15%). Por conseguinte, são os doentes que se encontram a uma distância inferior a 3 Km do serviço de saúde, aqueles que apresentam um valor médio percentual mais baixo. Neste caso, as diferenças são estatisticamente significativas, no domínio sintomas, bastante significativas no domínio atividades e impacto, e altamente significativas na QDV total, tal como revelou o teste ANOVA.

Relativamente à **ajuda no domicílio**, apurou-se que o domínio atividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que possuem uma ajuda assistencial, os que apresentam um maior valor (79,02%), no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas, tal como demonstrou o teste de Kruskal - Wallis.

No confronto dos resultados supra mencionados, aceita-se parcialmente a hipótese de que as características circunstanciais influenciam qualidade de vida do doente com DPOC.

Tabela 18 - Relação entre qualidade de vida e variáveis de Contexto Circunstancial

Variáveis	Domínio Sintomas		Domínio Atividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
Acessibilidade aos serviços de saúde								
Transporte próprio	57,22	22,09	73,55	17,44	46,73	15,59	56,62	14,19
Transporta familiares	59,16	20,14	75,29	19,69	55,86	19,88	62,53	17,75
Transporte público	65,86	10,84	82,06	7,71	62,99	14,41	69,24	10,55
Bombeiros	57,08	17,14	84,56	15,11	54,85	17,04	64,23	12,74
	$\chi^2=1,026$ p=0,795		$\chi^2=4,581$ p=0,205		$\chi^2=8,156$ p=0,043		$\chi^2=6,187$ p=0,103	
Distância ao serviço de saúde								
<= 3 km	50,91	22,49	66,48	22,71	41,99	19,48	50,89	18,31
4-7 km	60,96	15,62	77,36	13,48	55,03	16,43	63,06	12,96
>=8 km	63,93	19,57	82,15	16,88	59,49	16,19	67,12	13,61
	F=3,235 p=0,045		F=5,147 p=0,008		F=7,040 p=0,002		F=8,086 p=0,001	
Ajuda no domicílio								
Nenhuma	59,23	20,08	75,08	19,00	51,99	18,74	60,30	16,53
Assistencial	49,56	14,01	79,02	18,37	55,13	19,79	61,45	15,62
	$\chi^2=1,174$ p=0,279		$\chi^2=0,229$ p=0,632		$\chi^2=0,083$ p=0,773		$\chi^2=0,005$ p=0,945	

F refere-se ao teste ANOVA; χ^2 refere-se ao teste de Kruskal - Wallis

➔ Relação entre qualidade de vida e as características clínicas

Hipótese 3 - As características clínicas (tempo de diagnóstico da doença, estadio da doença, oxigenoterapia domiciliária, hábitos tabágicos) influenciam qualidade de vida do doente com DPOC.

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as características clínicas (tempo de diagnóstico da doença, estadio da doença, oxigenoterapia domiciliária e hábitos tabágicos) apresentando-se, de seguida, os resultados obtidos (tabela 19).

No que respeita ao **tempo de diagnóstico da doença**, os dados apresentados na tabela 19 revelam que são os doentes que têm a sua doença diagnosticada há mais de 8 anos, que apresentam maior média percentual no domínio atividades (81,09%), no domínio sintomas (60,29%), no domínio impacto (58,20%), bem como na QDV total (65,49%), verificando-se, igualmente que são os doentes com menor tempo de diagnóstico, os que apresentam uma menor média percentual em todos os domínios e QDV total. Neste caso, as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas no domínio atividades e bastante significativas no domínio impacto e QDV total, o que é comprovado pelo teste ANOVA.

Analisando os grupos referentes ao **estadio da doença**, verifica-se que os doentes com estadio IV são os que apresentam maior valor médio percentual, no domínio atividades (82,53%), no domínio sintomas (61,49%), no domínio impacto (60,86%), e na QDV total (67,78%). Neste caso, as diferenças são estatisticamente bastante significativas no domínio atividades e altamente significativas no domínio impacto e QDV total. Tal foi comprovado pelo teste de ANOVA.

Em relação à **oxigenoterapia domiciliária**, verifica-se que são os doentes que realizam esta terapia, que apresentam um maior valor médio percentual, no domínio atividades (83,74%), no domínio sintomas (63,91%), no domínio impacto (62,84%), e na QDV total (69,58%). Neste caso, as diferenças são estatisticamente significativas no domínio sintomas e altamente significativas nos restantes domínios (atividades e impacto) e QDV total. Tal foi comprovado pelo teste de Mann-Whitney.

No que concerne aos **hábitos tabágicos atuais**, constata-se que o domínio atividades pondera com maior média percentual, sendo os doentes que não possuem esses hábitos na atualidade, os que apresentam maior valor (78,77%), sendo a diferença estatisticamente significativa neste domínio, o que foi demonstrado pelo teste de Mann-Whitney.

Relativamente aos **hábitos tabágicos anteriores**, também o domínio atividades pondera com maior média percentual, sendo os doentes que não possuíram estes hábitos anteriormente, os que apresenta, maior valor (81,19%), não sendo, no entanto estatisticamente significativo, tal como revelou a teste de Mann-Whitney.

Estes resultados conduzem à aceitação parcial da hipótese de que as características clínicas influenciam qualidade de vida do doente com DPOC.

Tabela 19 - Relação entre qualidade de vida e variáveis clínicas

Variáveis	Domínio Sintomas		Domínio Atividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
Tempo de diagnóstico da doença								
<= 3 anos	56,75	20,51	66,32	16,68	41,97	17,59	51,80	15,51
4-7 anos	58,49	17,44	77,13	15,13	54,81	15,15	62,51	12,34
>=8 anos	60,29	21,81	81,09	21,38	58,20	19,62	65,49	17,99
	F=0,206 p=0,814		F=4,585 p=0,013		F=6,035 p=0,004		F=5,480 p=0,006	
Estadio da doença								
II	54,58	24,11	69,38	23,09	45,18	20,55	54,07	19,25
III	58,71	15,89	69,50	11,96	44,95	12,66	54,68	9,61
IV	61,49	18,14	82,53	16,02	60,86	16,38	67,78	13,93
	F=0,917 p=0,404		F=5,288 p=0,007		F=8,370 p=0,001		F=7,842 p=0,001	
Oxigenoterapia domicilio								
Sim	63,91	15,73	83,74	15,69	62,84	15,49	69,58	12,86
Não	54,29	21,88	68,44	18,61	43,47	16,54	52,84	15,16
	U=576,000 p=0,037		U=422,000 p=0,000		U=302,000 p=0,000		U=304,000 p=0,000	
Hábitos tabágicos atuais								
Sim	55,68	19,05	67,74	21,76	46,92	22,12	55,01	19,68
Não	59,96	20,21	78,77	16,49	54,58	16,58	62,82	14,19
	U=606,000 p=0,398		U=488,500 p=0,038		U=560,000 p=0,186		U=532,000 p=0,107	
Hábitos tabágicos anteriores								
Sim	59,99	19,34	73,86	19,28	50,73	18,88	59,41	16,74
Não	53,14	21,45	81,19	16,38	58,02	17,25	64,23	14,73
	U=422,000 p=0,279		U=399,000 p=0,173		U=408,000 p=0,211		U=420,000 p=0,268	

U refere-se ao teste de Mann-Whitney; F refere-se ao teste ANOVA

➔ Relação entre qualidade de vida e funcionalidade familiar

Hipótese 4 - A funcionalidade familiar exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC.

No que respeita à **funcionalidade familiar**, constata-se, através da observação da tabela 20 que o domínio atividades pondera com uma maior média percentual, sendo os doentes que possuem uma família altamente funcional, os que apresentam um maior valor (78,00%). Neste caso, as diferenças não são estatisticamente significativas, tal como revelou o teste de Kruskal Wallis.

Estes resultados levam à rejeição da hipótese, de que a funcionalidade familiar influencia a qualidade de vida do doente com DPOC.

Tabela 20 - Relação entre qualidade de vida e a funcionalidade familiar

<i>Variável</i>	Domínio Sintomas		Domínio Atividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
<i>Funcionalidade Familiar</i>								
Disfuncional	53,36	22,17	74,86	16,92	47,68	15,72	56,86	15,23
Moderadamente funcional	63,97	18,48	72,89	20,61	52,15	18,76	60,39	17,59
Altamente funcional	57,15	18,76	78,00	18,69	55,38	20,40	62,82	16,04
	$\chi^2=3,819$ $p=0,148$		$\chi^2=1,278$ $p=0,528$		$\chi^2=3,083$ $p=0,214$		$\chi^2=2,522$ $p=0,283$	

χ^2 refere-se ao teste de Kruskal - Wallis

➤ **Relação entre qualidade de vida e reabilitação respiratória**

Hipótese 5 - A reabilitação respiratória exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC.

No que concerne à **reabilitação respiratória**, os dados apresentados na tabela 21 revelam que são os doentes que não realizaram esta terapia aqueles que apresentam uma maior média percentual no domínio atividades (78,31%), no domínio sintomas (58,87%), no domínio impacto (53,58%), bem como na QDV total (62,16%). Neste caso, as diferenças não são estatisticamente significativas, tal como revelou o teste ANOVA.

Estes resultados levam à rejeição da hipótese, de que a reabilitação respiratória influencia a qualidade de vida do doente com DPOC.

Tabela 21 - Relação entre qualidade de vida e reabilitação respiratória

<i>Variável</i>	Domínio Sintomas		Domínio Atividades		Domínio Impacto		QDV Total	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp
<i>Reabilitação Respiratória</i>								
Sim	58,35	22,25	72,02	22,53	50,65	20,33	58,41	18,79
Não	58,87	17,63	78,31	14,46	53,58	17,20	62,16	13,86
	t= - 0,115 p=0,909		t= - 1,499 p=0,138		t= - 0,697 p=0,488		t= - 1,022 p=0,310	

t refere-se ao teste t

Apresentados que estão os resultados do estudo efetuado segue-se agora a sua análise e discussão à luz dos conhecimentos existentes, resultados de outras investigações pertinentes, bem como tendo por base as hipóteses formuladas.

A esta componente do trabalho de investigação é dedicado o capítulo seguinte.

7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegados a esta fase, e após a apresentação e análise dos resultados efetuada no capítulo anterior, tem lugar agora a sua interpretação no contexto do estado atual do conhecimento neste domínio.

No entender de Polit e Hungler (1995) a discussão dos resultados diz respeito ao processo de compreensão e exame das implicações da descoberta, na tentativa de as explicar. E se os resultados forem dissonantes face ao conhecimento existente devem procurar-se as razões dessas divergências.

Assim sendo, com base no problema e objetivos da pesquisa pretende-se destacar não somente os resultados mais significativos, mas também eventualmente outros não previstos à luz da bibliografia revista.

Conhecendo sobejamente que os processos de saúde-doença encerram múltiplas linhas de investigação passíveis de serem exploradas, a revisão teórica efetuada mostrou que a temática da reabilitação respiratória e respetivas repercussões no doente com DPOC se encontra numa fase algo desenvolvida em termos de pesquisa. A tendência geral tem sido, ao longo das últimas décadas a de considerar esta terapia como uma realidade estritamente adstrita ao contexto de agudização em meio hospitalar, descurando-se a sua utilização em contexto inter agudizações.

De facto, as mutações sócio-demográficas verificadas nas sociedades ocidentais têm-se traduzido no envelhecimento continuado da população e consubstanciando-se com uma crescente adoção de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, o que tem condicionado a proliferação de patologias a eles associadas, enfrentando algumas dificuldades no seu tratamento e controlo. Esta realidade tem criado uma pressão deveras importante a nível dos sistemas de saúde, impondo uma especial atenção, por parte dos serviços prestadores de cuidados, na obtenção de ganhos em saúde (respiratória) e qualidade de vida.

De seguida, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos:

◇ Caracterização da amostra de doentes com DPOC

A análise dos resultados referentes às características sócio-demográficas da amostra possibilitam verificar que são os indivíduos do sexo masculino que predominam (81,2%).

Estes resultados são consonantes com os dados divulgados pela DGS (2005), quando refere que esta patologia respiratória afeta principalmente os homens.

Relativamente à idade, a média de 70,89 anos (Dp = 10,52) vai de encontro aos dados apresentados pela

DGS (2005), quando refere que a prevalência da DPOC aumenta com a idade, atingindo 13% da população na faixa etária acima dos 60 anos.

O perfil do doente com DPOC passa ainda por ser casado (81,2%), a viver com o respetivo conjugue (78,8%), residente em meio urbano (50%).

No que se refere às características nutricionais, constatou-se que os doentes com DPOC apresentavam um peso médio de 68,58 kg e uma altura média de 1,64m.

Predomina um baixo nível de instrução (43,87% possui apenas o 4º ano de escolaridade), com baixo rendimento mensal atual (85% auferem um rendimento mensal inferior a 419,22 euros), sendo a maior parte dos indivíduos aposentados (83,3%). Existem, apenas 14,1% dos indivíduos a desenvolverem uma atividade profissional na atualidade, sendo que a maioria dessas atividades se enquadram no sector primário (86,2%).

No que se reporta à caracterização circunstancial, a distância que separa os doentes do serviço de saúde mais próximo é em média 7,39 Km (Dp = 7,05), sendo que a maior parte deles (43,8%) recorre a transporte de familiares para efetuar essa deslocação. Apurou-se ainda que a grande maioria dos doentes (93,8%) não dispõe de nenhuma ajuda no domicílio.

No que concerne à caracterização clínica, constatou-se que o tempo médio de diagnóstico da doença foi de 7,53 anos (Dp=7,47).

No que se relaciona à gravidade da doença, apurou-se que a maior parte dos inquiridos (45%) possui uma DPOC muito grave (grau IV), existindo igual percentagem de indivíduos a realizar oxigenoterapia domiciliária (45%). Em média, estes doentes realizam 16,24 horas de oxigénio por dia. Tais resultados são consonantes com o que é referido pela DGS (2005), quando alude para o facto de a DPOC ser responsável pela utilização de oxigenoterapia domiciliária de longa duração.

No que diz respeito ao tabagismo, constatou-se que 68,8% dos doentes não possui hábitos tabágicos na atualidade, contudo a grande maioria (80%) é perentória em afirmar ter tido esses hábitos no passado, apurando-se um tempo médio de exposição ao fumo de 23,10 anos. Estes resultados obtidos vão de encontro ao que a DGS (2005) expõe quando se refere ao aumento da prevalência da DPOC associada ao aumento da prevalência de tabagismo, constituindo-se este fator de risco, como a sua principal causa. Também Torres e Godoy (2004) e GOLD (2007) reiteram que o tabagismo constitui o fator ambiental causal da DPOC mais importante, com maior influência na qualidade de vida das pessoas.

Constatou-se que em média, os doentes tiveram 0,98 internamentos no último ano, relacionados com o seu problema respiratório, sendo os doentes que não cumpriram reabilitação respiratória aqueles que possuem um número médio de internamentos mais elevado (1,31) no último ano. Estes dados são consonantes com o que é referido pela DGS (2005), quando afirma que a DPOC é responsável por um número expressivo de recurso aos serviços de urgência, bem como de internamentos hospitalares,

frequentemente prolongados.

Predominam indivíduos que atualmente tomam medicação dirigida ao aparelho respiratório, cardiovascular e distúrbios metabólicos, de forma habitual. A este respeito, também a DGS (2005) é perentória em afirmar que, de facto, a DPOC está associada ao consumo de fármacos de longa duração.

◇ A qualidade de vida dos doentes com DPOC

No presente estudo foram analisados dados referentes à qualidade de vida de um grupo de doentes com DPOC, submetidos a reabilitação respiratória, através de um questionário específico (SGRQ), obtendo os níveis de qualidade de vida referentes aos domínios que compõem este instrumento.

Os resultados obtidos revelaram que todos os participantes neste estudo apresentam um comprometimento da sua qualidade de vida em todos os domínios (sintomas, atividades, impacto). Na qualidade de vida total, apuraram-se valores médios percentuais de qualidade de vida de 60,38%, revelando, por conseguinte uma condição de anormalidade, á luz da interpretação do autor da escala, quando refere que valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, sendo que resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade (Jones, Quirk e Baveystock, 1991). Os dados obtidos neste estudo, são consonantes com o que refere o ONDR (2005), Vasconcelos et al (2005) e António et al (2010) quando expõem que a DPOC provoca um conjunto de alterações, com tradução inequívoca na deterioração progressiva da qualidade de vida do doente. Resultados semelhantes foram também encontrados por Pagani (2008).

Ao analisar a afetação por domínios, e tendo subjacente a interpretação do autor da escala, ao considerar que valores próximos de 100 indicam pior qualidade de vida, de realçar a existência de um comprometimento significativo em todos os domínios, sendo mais acentuado no domínio atividades (75,32%), seguindo-se do domínio sintomas (58,62%), e por último o domínio impacto (52,19%).

Paralelamente, analisando os resultados obtidos em função da execução de um programa de reabilitação, apurou-se existir um maior comprometimento da qualidade de vida nos doentes que não foram submetidos a esta terapia, apresentando, por conseguinte, valores médios percentuais superiores em todos os domínios: sintomas (58,87% para 58,35%); atividade (78,31% para 72,02%); impacto (53,58% para 50,65%) e QDV total (62,16% para 58,41%). Estes dados traduzem, de forma clara, benefícios decorrentes da realização de reabilitação respiratória, que vão de encontro aos narrados por Maltais et al (2002), Linda et al (2006), Clemente et al (2006), Vettorazzi (2006), Pamplona e Morais (2007) e António et al (2010).

O nível de acometimento no domínio atividades identificado neste estudo, vai de encontro às considerações proferidas pela DGS (2005), quando referiu verificar-se uma tendência para o aumento significativo da perda de funcionalidade decorrente de agudizações e internamentos hospitalares dos doentes com DPOC. Por outro lado, também a OMS (2002) afirma perentoriamente que a diminuição da

mobilidade, situação que se verifica frequentemente em doentes com alterações do foro respiratório, piora o bem-estar e a auto-suficiência, advindo daí prejuízos para a capacidade de desempenho nas atividades de vida diária.

O SGRQ revelou um maior acometimento das mulheres em todos os domínios e QDV total, quando comparado com os homens, não existindo contudo, diferenças significativas. Este maior comprometimento nas mulheres relativamente aos homens, foi também identificado em investigações relacionadas com patologias respiratórias levadas a cabo nos últimos anos, presumivelmente associada ao facto das mulheres viverem em média mais anos que os homens, advindo daí um decréscimo da autonomia, relacionada com a idade (Sousa Galante e Figueiredo, 2003).

Paralelamente, os mais idosos apresentaram maior afetação no domínio atividades (84,95%), no domínio impacto (64,08%) e na QDV total (69,89%) quando comparados com os menos idosos. Neste caso, a idade exerce um efeito significativo no domínio atividades e QDV total, e bastante significativo no domínio impacto. Os dados, na sua globalidade são consistentes com os obtidos noutros estudos.

Constatou-se que os doentes que residem em meio rural apresentam pior qualidade de vida (81,99%), no que se refere ao domínio atividades, tendo-se verificado que a residência exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, nesse domínio.

Apurou-se que os doentes que habitam a uma maior distância do serviço de saúde possuem pior qualidade de vida, verificando-se que essa distância exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio sintomas; bastante significativo no domínio atividades e impacto; e altamente significativo na QDV total. Estes resultados remetem-nos para a ideia de que a proximidade dos serviços de saúde e de assistência, em caso de necessidade é desejável, proporcionando sentimentos de maior segurança, e bem-estar, indo de encontro ao que é exposto por Lemos et al. (2006, cit. por PAGANI, 2008), quando refere que a qualidade de vida é um conceito multidimensional, envolvendo aspetos físicos, sociais e emocionais.

Constatou-se que os doentes que vivem com o pai/mãe apresentam maior afetação no domínio atividades (95,22%). Paralelamente, também se verificou que são os doentes que vivem com os filhos que apresentam maior comprometimento nos restantes domínios e QDV total. Neste caso, o convivente significativo exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividade, impacto e QDV total. Apesar de na literatura, não se encontrarem dados que pudessem ser comparados aos obtidos neste estudo, atribui-se a estes resultados fatores como a idade avançada, a presença de co-morbilidades e o cariz desta doença crónica, que impõem a necessidade de tratamento contínuo por um longo período, implicando acompanhamento e vigilância por parte de familiares.

Constatou-se que os doentes com DPOC que têm a sua doença diagnosticada há mais tempo são os que têm pior qualidade de vida. Neste caso, verificou-se que o tempo de diagnóstico da doença exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades e bastante

significativo no domínio impacto e QDV total. Tais resultados são consonantes com o que é narrado por António et al (2010), e o ONDR (2005) no que diz respeito à evolução progressiva da doença, com agravamento gradual da sintomatologia e limitação da tolerância ao esforço, com tradução numa deterioração progressiva da qualidade de vida do doente.

Verificou-se que os doentes com DPOC muito grave (estadio IV) têm pior qualidade de vida, relativamente aos doentes com estadio II e III. Neste caso, o estadio da doença exerce um efeito bastante significativo no domínio atividades e altamente significativo no domínio impacto e QDV total. Estes resultados são congruentes com o que é exposto por Rodrigues e Ferreira (2003), DGS (2005), GOLD (2006) e Couto (2011) quando se referem ao facto da DPOC evoluir de forma progressiva e irreversível, com exacerbações, cuja frequência aumenta com a gravidade da doença, originando incapacidade, com acentuado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

Apurou-se que a realização de oxigenoterapia domiciliária está associada a pior qualidade de vida, verificando-se que o cumprimento desta terapia no domicílio exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio sintomas e altamente significativo nos restantes domínios (atividades e impacto) e QDV total. Estes dados assumem particular relevância se atentarmos para o facto da administração de oxigénio durante várias horas consecutivas, implicar a obrigatoriedade do doente ficar confinado, muitas vezes, apenas a uma divisão da casa, com dimensões reduzidas, limitando, conseqüentemente, a realização de outras atividades de vida diária. Semelhantes resultados foram também encontrados por Anderson (1995), quando se refere que a gravidade da doença tem efeito importante na qualidade de vida.

A análise do SGRQ revelou que os doentes que não realizaram reabilitação respiratória apresentam pior qualidade de vida, quando comparados com doentes submetidos a essa terapia. Porém, neste caso, a realização de reabilitação respiratória não exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC. Resultados opostos foram encontrados por Wijkstra et al (1994), no seu estudo com 423 doentes, no qual verificaram ocorrer uma melhoria significativa na qualidade de vida no grupo submetido a programa de reabilitação. Também Cambach et al (1999) realizaram uma metanálise tendo por base estudos anteriormente publicados, e concluíram que a realização de programas de reabilitação em doentes com DPOC promove uma melhoria na capacidade física e na qualidade de vida dos doentes.

Em suma, a pesquisa levada a cabo revelou que a amostra de doentes com DPOC possui um comprometimento da sua qualidade de vida, sendo o domínio atividades o mais afetado, fornecendo assim claras orientações para o planeamento e desempenho de intervenções integradas. Também se obteve que os doentes que não cumpriram programa de reabilitação respiratória têm pior qualidade de vida do que aqueles que cumpriram essa terapia.

Concluída que está a discussão dos resultados mais relevantes do estudo levado a cabo, o capítulo seguinte é dedicado à extração das principais conclusões e das sugestões mais pertinentes que emanam da investigação efetuada.

8 - CONCLUSÃO

Em muitos países, a proliferação de patologias respiratórias crônicas, tem enfrentado algumas dificuldades no seu tratamento e controlo. Neste contexto, a DPOC emerge, como uma patologia que condiciona grandemente as atividades de vida diária, com inequívocas repercussões na qualidade de vida de cada um. Em função desta realidade, a reabilitação respiratória tem um papel preponderante na objetivação da melhoria da sobrevida e qualidade de vida dos doentes acometidos por alterações do foro respiratório, emergindo como um tema de grande pertinência.

O recurso á reabilitação respiratória como coadjuvante da terapêutica farmacológica, constitui uma estratégia de tratamento dos doentes com patologia respiratória crónica que ficou, certamente, bem documentada nas últimas duas décadas, no que à DPOC diz respeito. O grande número de casos, meta-análises ou revisões sistemáticas, assim como conferências e diretrizes publicadas até ao momento, fundamentam, de uma forma consistente, os benefícios da realização dessa terapia.

Efetivamente, hoje em dia, a reabilitação respiratória assume-se como uma terapia credível, com evidência científica suficiente para suportar a sua aplicação em variadas situações e contextos clínicos, incluindo na DPOC. Por conseguinte, o enfermeiro especialista de reabilitação, que, pela sua formação e experiência na área da reabilitação respiratória, possui conhecimentos e técnicas específicas, emerge como um elemento essencial dentro da equipa multidisciplinar, devendo assumir o seu papel de forma autónoma.

Na sequência do exposto, sobreleva-se como fundamental a adoção de medidas para controlo da sintomatologia e prevenção de exacerbações, no seio das quais a reabilitação tem um papel preponderante, visando, em última instância, a redução de idas às consultas externas, de internamentos hospitalares e do absentismo laboral, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente.

O presente estudo procurou avaliar a qualidade de vida de doentes com DPOC submetidos a reabilitação respiratória. O uso de um instrumento específico validado e reconhecido a nível internacional, permitiu a recolha e posterior interpretação da referida informação, possibilitando um posterior planeamento de intervenções integradas, com equipas multidisciplinares, com vista a uma maior e melhor adequação dos cuidados prestados, particularmente, os cuidados de enfermagem de reabilitação. De acordo com os autores da escala, valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, sendo que resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade (Jones, Quirk e Baveystock, 1991)

De seguida, apresentam-se as principais conclusões no que respeita à caracterização da amostra.

A amostra estudada é constituída por 80 indivíduos portadores de DPOC, sendo 65 pertencentes ao sexo masculino e 15 ao feminino. Relativamente à idade, os dados globais da presente pesquisa revelam uma idade média de 70,89 anos, sendo mais elevada nos doentes que não realizaram programa de reabilitação respiratória (74,19 para 67,24).

Os elementos da amostra pesam em média 68,58 kg e têm uma altura média de 1,64 m, sendo a grande maioria casada (81,2%).

Metade dos doentes reside em meio urbano (50%), sendo que a grande maioria dos doentes (78,8%) coabita com o respetivo cônjuge.

Relativamente às habilitações literárias, apurou-se que a maior parte dos doentes (43,87%) possui 4 anos de escolaridade. Na atualidade 83,3% dos inquiridos estão aposentados, sendo que apenas 14,1% desenvolvem uma atividade profissional. No que concerne à profissão, 86,2% dos elementos da amostra, desempenha uma atividade profissional dentro do sector primário, sendo que a grande maioria dos doentes (85%) auferem um rendimento mensal atual inferior a 419,22 euros.

A maior parte dos sujeitos da amostra (43,8%) desloca-se aos serviços de saúde através de transporte de familiares, encontrando-se a uma distância média de 7,39 Km. Considerando a ajuda prestada por profissionais de saúde, verifica-se que uma parte muito significativa da amostra (93,8%) não obteve ajuda por parte destes profissionais, no domicílio.

O tempo médio de diagnóstico da doença é de 7,47 anos, sendo que a maior parte dos doentes (45%) possui uma DPOC muito grave (grau IV), existindo igual percentagem de indivíduos (45%) a cumprir oxigenoterapia domiciliária, realizando em média 16,24 horas de oxigénio por dia. A grande maioria dos indivíduos (80%) afirma ter tido hábitos tabágicos no passado, com um tempo médio de exposição ao fumo de 23,10 anos. Porém, 68,8% dos inquiridos garante não possuir hábitos tabágicos na atualidade.

Os doentes possuíram em média 0,98 internamentos no último ano, relacionados com o seu problema respiratório. Da amostra, 54 pessoas tomam medicação de forma habitual, maioritariamente dirigida ao aparelho respiratório, cardio-vascular e distúrbios metabólicos.

Apesar da maioria dos inquiridos (55%) percecionarem o seu estado de saúde atual como moderado, os elementos da amostra apresentam um comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios (sintomas, atividades, impacto), sendo esse comprometimento maior nos doentes que não foram submetidos a reabilitação respiratória. Na qualidade de vida total, apuraram-se valores percentuais de qualidade de vida de 60,38%, sendo igualmente mais representativo nos doentes que não cumpriram reabilitação respiratória (62,16% para 58,41%). O domínio atividades da QDV é aquele que se encontra mais comprometido, na amostra considerada (75,32%).

A maioria dos doentes (56,3%) perceciona a sua condição atual de saúde como razoável, sendo que 45% considera que o seu estado de saúde atual está aproximadamente igual ou um pouco pior relativamente

ao que acontecia há um ano.

A maior parte dos doentes (37,5%) percebe a sua família como sendo altamente funcional.

Com base no estudo inferencial, destacam-se de seguida, as principais conclusões obtidas em função das hipóteses de investigação testadas.

As mulheres apresentam um maior acometimento em todos os domínios (sintomas, atividades e impacto) e QDV total, quando comparado com os homens, não existindo contudo, efeito significativo do sexo na qualidade de vida do doente com DPOC

Os mais idosos apresentaram maior afetação no domínio atividades (84,95%), no domínio impacto (64,08%) e na QDV total (69,89%) quando comparados com os menos idosos. Neste caso, a idade exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades e QDV total, e bastante significativo no domínio impacto.

Os doentes solteiros apresentam pior qualidade de vida. Neste caso, o estado civil exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades.

Os doentes que residem em meio rural apresentam pior qualidade de vida (81,99%), no que se refere ao domínio atividades, verificando-se que a residência exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, nesse domínio.

Os doentes que vivem com o pai/mãe apresentam maior afetação no domínio atividades (95,22%) e os doentes que vivem com os filhos apresentam maior comprometimento nos restantes domínios e QDV total. Neste caso, o convivente significativo exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades, impacto e QDV total.

Os indivíduos que atualmente desenvolvem uma atividade profissional têm menor comprometimento da qualidade de vida, em todos os domínios e QDV total. Neste caso, a situação laboral exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio impacto e QDV total.

Os doentes que se deslocam aos serviços de saúde em transporte próprio apresentam menor afetação da qualidade de vida, em todos os domínios e QDV total, verificando-se que a acessibilidade aos serviços de saúde exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio impacto.

Os doentes que habitam a uma maior distância do serviço de saúde possuem pior qualidade de vida, verificando-se que essa distância exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio sintomas; bastante significativo no domínio atividades e impacto; e altamente significativo na QDV total.

Os doentes com DPOC que têm a sua doença diagnosticada há mais tempo são os que têm pior qualidade de vida, verificando-se que o tempo de diagnóstico da doença exerce um efeito significativo

na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades e bastante significativo no domínio impacto e QDV total.

Os doentes com DPOC muito grave (estadio IV) têm pior qualidade de vida, relativamente aos doentes com estadio II e III. Neste caso, o estadio da doença exerce um efeito bastante significativo no domínio atividades e altamente significativo no domínio impacto e QDV total

A realização de oxigenoterapia domiciliária está associada a pior qualidade de vida, verificando-se que o cumprimento desta terapia no domicílio exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio sintomas e altamente significativo nos restantes domínios (atividades e impacto) e QDV total.

Os doentes que não possuem hábitos tabágicos na atualidade têm maior comprometimento da qualidade de vida, verificando-se que os hábitos tabágicos atuais exercem efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC, no domínio atividades.

Os doentes que não realizaram reabilitação respiratória apresentam pior qualidade de vida, quando comparados com doentes submetidos a essa terapia. Porém, neste caso, a realização de reabilitação respiratória não exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente com DPOC.

Tendo por base a DGS (2009), quando se refere à Reabilitação Respiratória com sendo uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, frequentemente com redução das suas atividades de vida diária, urge a necessidade da implementação de programas integrados e personalizados, com enfoque:

- No tratamento, propriamente dito, através da promoção de um adequado ensino e treino do doente/família, relativamente às técnicas de reabilitação respiratória
- No estabelecimento de um programa de vigilância e monitorização do tratamento mais incisivo, proporcional às necessidades dos doentes
- Na educação para a saúde, nomeadamente a orientação tendente à implementação de medidas comportamentais, que passariam pela administração correta da terapêutica, e irradicação dos hábitos tabágicos)

Após a elaboração deste trabalho, pretende-se promover uma sensibilização da equipa multidisciplinar do serviço e da instituição de saúde, da qual faço parte, em cuja realidade estão presentes frequentemente doentes com estas alterações do foro respiratório, e conseqüente comprometimento da sua qualidade de vida.

Considera-se pertinente melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente do foro respiratório, promovendo, numa perspetiva de cuidados integrados, a interligação das unidades hospitalares com o domicílio desses doentes. Paralelamente, julga-se importante a promoção e incentivo ao desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação no domínio do impacto económico de programas

tendentes à obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos doentes com patologia respiratória crónica.

Acredita-se que a investigação em saúde, mais especificamente na área da qualidade de vida constitui um valioso contributo tendente à verificação do impacto de tratamentos implementados, e à avaliação do sucesso de intervenções e programas de reabilitação dirigidos, tornando-se, conseqüentemente num alicerce fundamental para a promoção de melhores práticas em saúde. Desta forma, pretende-se aspirar o envolvimento de diversos profissionais na aplicação de resultados desta e doutras pesquisas já efetuadas anteriormente, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes doentes, e de favorecer a articulação e continuidade de cuidados entre as unidades de internamento e o domicílio, de forma a racionalizar e rentabilizar o melhor possível os meios existentes.

Oxalá seja esse o caminho a percorrer, e que este trabalho possa contribuir, ainda que de uma forma humilde, para essa melhoria tão desejada.

➔ *Dificuldades e limitações do estudo*

Durante a pesquisa efetuada surgiram algumas dificuldades e limitações que decerto afetaram o contributo científico do estudo.

Assim, os constrangimentos começaram logo com a elaboração e ajuste do instrumento de colheita de dados, nomeadamente no que respeita ao SGRQ (responsável pela mensuração da variável dependente). Tratando-se de uma escala com algum tempo de existência (a sua validação foi publicada em 2000), existiu, no entanto, alguma dificuldade em encontrar outros estudos que incidissem sobre esta temática da reabilitação respiratória e suas implicações no tratamento do doente com DPOC, onde o SGRQ já tivesse sido utilizado, de forma a proporcionar um confronto dos resultados obtidos.

Por outro lado, sento escasso o tempo disponível para o estudo, o número de sujeitos da amostra foi mais reduzido do que seria desejável, sendo também a recolha de dados restrita a apenas uma instituição (Hospital de Sousa Martins da ULS da Guarda).

Acresce a estas debilidades, e levando em linha de conta a restrição temporal, a falta de uma avaliação económica exaustiva do tratamento dos doentes com DPOC que fizeram reabilitação respiratória, comparativamente aos que não fizeram. Será certamente um aspeto a focalizar em investigações vindouras.

Assume-se claramente alguns momentos de alguma hesitação e dúvida, facto que se considera natural no contexto da concretização de um projeto de pesquisa. No entanto, mercê de um trabalho persistente, considera-se ter ultrapassado com sucesso os obstáculos encontrados.

Perfeitamente consciente das limitações enquanto investigador, estas constituíram importantes momentos de reflexão e de aprofundamento de conhecimentos que serão de inegável valia no

ajustamento da ação profissional face aos doentes portadores de patologia respiratória crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, K. - The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Res Nurs Health*; 18:547-556 (1995).
- ANTONIO, C. et al - Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico. *Rev Port Pneumol*, Ago., vol.XVI, nº.4, p.649-658. ISSN 0873-2159 (2010).
- AZEREDO, Z.; MATOS, E.- Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*. Lisboa: [s. n]. Vol. 2, nº 20 (1998), p.28.
- BOWLING, A., - *Measuring Health - a review of quality of life measurement scales*, 2ª edição, Open University Press, 1998.
- BUCQUET, D., - *Qualité de Santé Perceptuelle Definition, Concept, Évaluation* - in Hérisson, C. et Simon, L. (Editors), Paris, 1993.
- BULLINGER M., ANDERSON R., CELLA D., AARONSON N. - Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993; 2:451-459 p.
- CALMAN, K.C. - Definitions and dimensions of quality of life. In: AARONSON, N.K., BECKMANN, J. - *The quality of life of cancer patients*. Nova York: Raven Press (1987).
- CAMBACH et al - The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. *Arch Phys Med Rehabil*; 80:103-111 (1999).
- CICONELLI, R - Medidas de avaliação da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v.43, nº2, p.9-13, Mar/Abr, 2003.
- CLEMENTE S, FARIA I, RODRIGUES F; O treino de Exercício e o Doente com DPOC, *Boletim do HPV*; XIX; nº4 Outubro/Dezembro; 169-175 (2006).
- COUTO, Tatiana - *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Dissertação de Mestrado (2010).
- DANTAS, R.; SAWADA, N.; MALERBO, M. - Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, p. 532-538, Jul./Ago, 2003.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica. Circular Normativa nº 04/DGCG. Ministério da Saúde (2005).

- FERRANS, C., POWERS, M., - Quality of Life Index - Department of Medical Surgical Nursing College of Nursing, University of Illinois: Chicago, 1985; Disponível em: <<http://www.uic.orgs/qli/index.htm>> 5 Junho de 2011.

- FERREIRA, P.L. -Criação da versão portuguesa do mos SF-36, parte II - teste de validação, Acta Médica Portuguesa, p.119-127 p., 2000.

- FLECK, Marcelo et al - A avaliação de qualidade de vida - guia para profissionais da saúde - Artmed editora S:A., 2008.

- FORTIN, Marie-Fabienne - O processo de investigação: da concepção à realização. 3.^a ed. Loures: Lusociência (2003).

- GAUTHIER, Benôit - Investigação Social: da problemática à colheita de dados. 3.^a ed. Loures: Lusociência (2003).

- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - O inquérito, teoria e pratica, métodos e técnicas, 2^a edição, Celta Editora, Oeiras (1993).

- GIL, António Carlos - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4.^a ed. São Paulo: Atlas (1995).

- GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. - A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. Jama, v.272, nº8, p.619-626, 1994.

- GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2006).

- GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) - Global strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonar Disease (2007).

- GONÇALVES, M; PINTO, T - Ventilação mecânica não invasiva: novos horizontes para a intervenção da fisioterapia - Revista EssFisiOnline, Vol.4, nº 2, Abril, 2008.

HILLERS, TK. et al. - Quality of life after myocardial infarction. Journal Clinical Epidemiology, v.47, nº11, p.1287-1296, 1994.

- IMPERATORI, Emílio - Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lisboa: Edinova (1999).

- JONES, PW., QUIRK, FH. e BAVEYSTOCK, CM. - The St George's Respiratory Questionnaire. Respir Med., 85 Suppl B:25-31; discussion 33-7, (1991).

- KAPLAN, R., ERNST, J., - Do category rating scales produce biased preference weights for a health index - Medical Care, 1985.
- KIESS, H. O.; BLOOMQUIST, D. N. - Psychological research methods: a conceptual approach. Londres: Allyn and Bacon, 1985.
- LAKATOS, C. M.; MARCONI, M. A. - Metodologia científica. 3.^a ed. São Paulo: Atlas (1996).
- LINDA N. et al; American Thoracic Society, European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation; American Journal of Respiratory and critical care Medicine; 173: 1390-1413 (2006).
- MALTAIS F, HERSHFELD S, STUBBING D et al; Exercise Training in Patients with COPD. In Comprehensive management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease; BC Decker inc 185-214 (2002).
- MAN W. et al - Community pulmonary rehabilitation after hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: randomised controlled study; BMJ; 1209-1214 (2004).
- MORRIS, J. et al. - Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients - Journal of Chronic Disease, 1986, 47-62 p.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - Relatório Preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Relator: A. Teles de Araújo (2005).
- OLESON, M. - Subjectively perceived quality of life. - Journal of Nursing Scholarship, 22: 187-190ch, 1990.
- OLDRIDGE, N et al. - Predists of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. Journal of cardiopulmonary rehabilitation, v.18, p.95-103. 1998.
- PAGANI, N.- Percepção sobre qualidade de vida em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. UnB - Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde.(p.86) (2008).
- PAMPLONA P, MORAIS L; Treino de exercício na Doença Pulmonar crónica; Revista Portuguesa de Pneumologia; XIII; N°1 Janeiro/Fevereiro: 101- 128 (2007).
- PATRICK, D.L.; ERIKSON, P. - Health status and health policy. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- PEDHAZUR, E. J.; SCHMELKIN, L. - Measurement, design and analysis: an integrated approach. New York: Lawrence Earlbaum Associates, 1991.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. 3.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

- PITTA F et al; A actividade física e o internamento por exacerbação da DPOC; Revista Portuguesa de Pneumologia; XII; nº3: 312-315 (2006).
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.- Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas (1995).
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. - 2ª edição, Gradiva, Lisboa (1998).
- RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa; CREPALDI, André Luiz- Qualidade de vida em doentes pulmonares crónicas: aspectos conceituais e metodológicos. J.Pneumol 26 (4):207-213 - Jul-Ago (2000).
- RIBEIRO, José Luís Pais - Investigação e avaliação em psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi (1999).
- RODRIGUES, F. e FERREIRA, R. - Epidemiologia da DPOC em Portugal. Postgraduate Medicine, Edição Portuguesa. Vol.20, Nº 4 (2003).
- SANTOS, S.L. - Comparação entre a avaliação da qualidade de vida, prova de função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos e avaliação clínica de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica que recebem atendimento de fisioterapia na clínica escola de fisioterapia UNITRI. Monografia. Centro Universitário Triângulo, Uberlândia, 2000.
- SEIDL, E.; ZANNON, C. - Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública, v.20. p.580-588, Mar/Abril, 2004.
- SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos - um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública, 37: 364-371, 2003.
- SOUSA, TC de., JARDIM, JR. e JONES, P. - Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Ribeirão Preto, v.26, maio/jun., nº 3, p. 119-128. 2000.
- SPIRDUSO, W., - Physical Activity and Aging: Introduction - in waneen W Spirduso, Helen M. Eckenzie (editors), Kansas City, Human Kinetics Publishers, 1989.
- TORRES, B.S. e GODOY, I. - Diretrizes para cessação do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Ribeirão Preto; V.30, nº2, Ago (2004).
- VASCONCELOS, R et al - A actuação da fisioterapia na doença pulmonar obstrutiva crónica. Fisioweb. Brasil (2005). Acedido em 10/5/2011 em http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/atuacao_dpoc.htm
- VETTORAZZI, Suzana; TEIXEIRA, Paulo - Implantação e resultados de um programa de reabilitação

pulmonar numa instituição de ensino superior. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina : Pneumologia. (2006) Acedido em 10/5/2011 em <http://hdl.handle.net/10183/10740>

- WIJKSTRA et al - Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J*; 7:269-273 (1994).

- WHOQOL GROUP - The World Health Organization Quality of Life Assessment - position paper from the World Health Organization, *Soc Sci Med*, Vol. 41, p.1403-1409 (1995).

- ZHAN L. - Quality of life - conceptual and measurement issues; *J Adv Nurs*, 1992, 795-800 p.

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados nas instalações da ULS da Guarda

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva
rochapinhel@gmail.com
Tlm: 966063384

De acordo com a Comissão de Ética

A Comissão para parecer.

U.L.S. da Guarda, EPE
Vice-Superior
12.11.2011

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração da
ULS da Guarda, EPE

Julio 7.12.2011

Aut. 12.11.2011

~~Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva, enfermeira especialista, a exercer funções no Serviço de Pneumologia, com o nº mecanográfico 1194, aluna do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário a doentes desta instituição.~~

A recolha de dados destina-se à dissertação de mestrado, intitulada "Análise económica e mensuração da qualidade de vida de pessoas com DPOC submetidas a Reabilitação Respiratória", coordenada pela Professora Doutora Anabela Almeida, Professora Auxiliar da Universidade da Beira Interior. Este estudo tem como objectivo principal fazer uma análise económica e mensurar a qualidade de vida do doente com DPOC, submetido a reabilitação respiratória;

Assumo desde já o compromisso de garantir a preservação do anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade absoluta dos dados obtidos.

Doc 29
Acta nº. 50 de 03/11/2011
U.L.S. da Guarda, E.P.E.
14/11/11 27010

Grata pela atenção dispensada, subscrevo-me com elevada consideração,

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva
Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva

Este relatório de Ética

Guarda, 13 de Novembro de 2011

*o texto a ser analisado
apresenta a devida politiza
em todos os pontos e apresenta
questões que não afetam a ética
U.L.S. da Guarda 28.11.2011
Polo CES de Coimbra*

ANEXO II - Instrumento de Colheita de Dados