

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FESURV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PERCEPÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

NOELI PAGANI

**Brasília – DF
Julho de 2008**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FESURV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PERCEPÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

NOELI PAGANI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dirce Guilhem

**Brasília - DF
Julho de 2008**

FOLHA DE APROVAÇÃO

PAGANI, Noeli. **Percepção sobre qualidade de vida em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica.** UnB – Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. 2008. 86p.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Dirce Guilhem
Departamento de Enfermagem – FS/UnB
Presidente

Prof.^a. Dr.^a. Maria de Fátima Rodrigues
Universidade de Rio Verde
Membro efetivo

Prof.^a. Dr.^a. Maria do Socorro Nantua Evangelista
Departamento de Enfermagem – FS/UnB
Membro efetivo

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
Departamento de Enfermagem – FS/UnB
Membro efetivo

Defendida a Dissertação

Em: 07/07/2008.

DEDICATÓRIA

A Deus, por permitir minha existência e por me dar condições de chegar até aqui.

Ao meu pai, Agostinho Pagani, que, com grande sabedoria, ensinou-me os melhores caminhos e sustentou meus sonhos; e à minha mãe, *in memoriam*, que sempre está comigo, mas que, pela vontade de Deus, não pode presenciar mais esta vitória de sua filha.

Ao meu irmão Noderli, à minha cunhada Luceli, e ao meu sobrinho Miguel, que sempre torceram por mim.

A todos os familiares que me incentivam e vibram a cada vitória.

Ao Júnior, que, durante grande parte desta caminhada, esteve ao meu lado, apoiando-me.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dr.^a Dirce Guilhem, que, prontamente, aceitou-me como orientanda e, pacientemente, ensinou-me a trilhar os caminhos da pesquisa.

À professora Dr.^a Maria de Fátima Rodrigues, pela sua presteza, apoio e ensinamentos.

À professora Dr.^a Maria do Socorro Nantua Evangelista, pelas sugestões acuradas.

Ao Prof. Hiram Valdez, *in memoriam*, pelo apoio e início deste trabalho.

À amiga de todas as horas, Ft. Ms. Vanessa Silva Lemos.

Aos médicos Dr. Silvio Soares Privado, Dr. Adriano Lana, Dr. Leonardo Vieira do Carmo e Dr. Cassius Fernandes Nogueira.

À fisioterapeuta e amiga Andréa Assunção.

Às ex-acadêmicas e amigas Jakeliny Bueno Marques e Lorena Silvério Lopes.

Aos participantes que concordaram em colaborar neste estudo.

PRÓLOGO

Como fisioterapeuta, tenho trabalhado em hospitais nos últimos cinco anos. Durante minha prática cotidiana, tive a oportunidade de cuidar de pacientes pneumopatas, especialmente daqueles que possuem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Durante esse contato direto, emergiu a necessidade de compreender melhor como seria a qualidade de vida dessas pessoas a partir de sua própria percepção.

Observando seus anseios e angústias, o curso da enfermidade, a falta de conhecimento sobre a doença e, em muitos casos, a incompreensão por parte dos familiares, surgiu o interesse direto de realizar uma pesquisa que pudesse abarcar esses temas.

Ao tomar conhecimento de estudos que focalizavam questões relativas à qualidade de vida e à existência de instrumentos utilizados para mensurá-la, percebi que seria uma excelente oportunidade para aproximar-me de suas concepções e expectativas de vida. Além disso, os resultados encontrados poderiam trazer evidências que contribuiriam para proporcionar melhor atenção à sua saúde.

Foi nesse contexto que se deu minha inserção neste trabalho que agora passo a descrever.

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença incapacitante, lenta e progressiva, caracterizada por limitação do fluxo aéreo. Está subdividida em duas patologias distintas: a bronquite crônica e o enfisema pulmonar, que resultam na redução da qualidade de vida. Essa patologia tem contribuído para elevar as causas de morbidade e mortalidade entre as doenças crônicas no mundo e no Brasil. A qualidade de vida diz respeito ao grau de limitação e desconforto ocasionado por determinada doença. É um conceito que traz consigo elevada carga de subjetividade com variáveis sociais e culturais. Instrumentos genéricos e específicos são utilizados para mensurar a qualidade de vida dos portadores dessa doença. Este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de pessoas portadoras de DPOC, por meio da utilização de dois instrumentos de qualidade de vida: um questionário de qualidade de vida genérico e outro específico. É um estudo descritivo, na modalidade série de casos, onde o grupo selecionado foi constituído por 21 portadores de DPOC com a utilização do questionário genérico SF-36 e outro específico, o SGRQ. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevistas com aplicação dos dois questionários para cada participante. Os resultados obtidos com o questionário SGRQ mostraram que o domínio mais acometido para esse grupo foi o dos Sintomas, com 13 participantes, e Escore Total, com 11 participantes. Os outros dois domínios, Atividade e Impacto, apresentaram 10 participantes com comprometimento da qualidade de vida. Os resultados da entrevista e os dados obtidos com a aplicação do SF-36 e do SGRQ apresentam dados complementares, o que permitiu conhecer a percepção de cada indivíduo sobre sua qualidade de vida. Neste estudo pôde-se constatar que é possível estabelecer comparação entre os resultados provenientes do SF-36 e do SGRQ, no que se refere à qualidade de vida dos participantes. Observou-se maior especificidade em relação ao SGRQ e a aplicação de ambos os questionários pode ser uma ferramenta complementar na avaliação da qualidade de vida de indivíduos com DPOC.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Qualidade de Vida. Questionários. SF-36. St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

ABSTRACT

The Chronic Obstructive Lung Disease (COPD) is an incapacitating, slowly and progressive disease, characterized by limitation of the aerial flow. It is sub-divided into two different pathologies: the chronic bronchitis and the lung emphysema that result in the reduction of the quality of life. That pathology has been contributing to elevate the morbidity causes and mortality among the chronic diseases in the world and in Brazil. The quality of life concerns the limitation degree and discomfort caused by certain disease. It is a concept that brings with itself high subjectivity load with social and cultural variables. Generic and specific instruments are used for measuring the quality of life of the bearers of that disease. This study was aimed evaluating the quality of life of bearers of COPD, through the use of two instruments of quality of life: a generic and a specific questionnaire to measure the quality of life. It is a descriptive study, in the modality cases series, where the selected group was constituted by 21 bearers of COPD with the use of the generic questionnaire SF-36 and another specific one, the SGRQ. The data collection was performed through interviews with application of the two questionnaires for each participant. The results obtained from the SGRQ questionnaire showed that the most attacked domain for that group was of the Symptoms with 13 participants and Total Score with 11 participants. The two other domains: Activity and Impact introduced 10 participants with compromising of the quality of life. The results of the interview and the data obtained from the application of SF-36 and of SGRQ present complementary data, which allowed to know each individual's perception about their quality of life. In this study it could be verified that it is possible to establish comparison among the coming results from SF-36 and from SGRQ, in what refers to the quality of life of the participants. A higher specificity was observed in relation to SGRQ and the application of both questionnaires can be a complementary tool in the evaluation of the quality of individuals' life with COPD.

Key-words: Chronicle Obstructive Lung Disease. Quality of Life. Questionnaires. SF-36. St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Distribuição dos participantes nos quartis das dimensões do SF-36 na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007 51
- Figura 2 - Distribuição dos participantes nos diferentes quartis no que se refere às dimensões do SGRQ, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição populacional por faixa etária e sexo no ano de 2007, do município de Rio Verde- GO	34
Tabela 2 - Distribuição dos portadores de DPOC quanto à faixa etária, IMC e sexo na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	41
Tabela 3 - Distribuição dos valores relacionados ao grau de obstrução da DPOC quanto ao sexo, e tabagismo dos participantes entrevistados na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007.....	43
Tabela 4 - Nível de saturação do oxigênio dos participantes no momento da entrevista efetuada na residência de cada participante na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	44
Tabela 5 - Identificação dos participantes quanto ao hábito de fumar, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007.....	45
Tabela 6 - Percepção dos portadores de DPOC sobre sua QV segundo o questionário SF-36, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	47
Tabela 7 - Valores relativos aos oito domínios do questionário SF-36 para os portadores de DPOC entrevistados, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	48
Tabela 8 - Percepção dos portadores de DPOC entrevistados sobre sua de QV, segundo o questionário específico SGRQ na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	49
Tabela 9 - Valores dos três domínios e escore total do SGRQ na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BD – Broncodilatador

CRQ – Chronic Respiratory Questionnaire

CVF – Capacidade Vital Forçada

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EQ-5D – EuroQol-5D

GO – Goiás

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS)

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRP – Programa de Reabilitação Pulmonar

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RP – Reabilitação Pulmonar

SF-36 – Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey

SGRQ – St. George's Respiratory Questionnaire

VEF₁ – Volume Expiratório Forçado no 1.º Segundo

VEF₁/CVF – Relação Volume Expiratório Forçado no 1.º Segundo e Capacidade Vital Forçada

WPAICPOD – Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire for COPD

WHO – World Health Organization

WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Prólogo	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de figuras	viii
Lista de tabelas	ix
Lista de abreviaturas e siglas	x
Sumário	xi
Introdução	13
Objetivos	16
Objetivo geral	16
Objetivos específicos	16
1 Doença pulmonar obstrutiva crônica.....	17
1.1 Epidemiologia da DPOC	18
1.2 Estratégias para o tratamento.....	20
2 Qualidade de vida (QV).....	22
2.1 Conceito	22
2.2 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).....	24
2.3 Avaliação de qualidade de vida.....	26
2.3.1 Instrumentos de avaliação	26
2.3.2 Instrumentos genéricos de qualidade de vida.....	27
2.3.3 Instrumentos específicos	29
2.4 Qualidade de vida e DPOC	31
3 Materiais e métodos.....	33
3.1 Caracterização da população do local de coleta de dados: a cidade de Rio Verde – Goiás.....	33
3.2 Aspectos éticos da pesquisa.....	34
3.3 Participantes	35
3.4 Amostra.....	35
3.5 Critérios de inclusão.....	36
3.6 Critérios de exclusão.....	36
3.7 Métodos de avaliação e procedimentos utilizados	37
3.8 Instrumentos do estudo.....	38
3.9 Análise dos resultados	39
3.9.1 Análise das respostas do questionário SF-36.....	39
3.9.2 Análise das respostas do SGRQ	39
3.9.3 Análise comparativa entre o questionário genérico SF-36 e o questionário específico SGRQ.....	39
4 Resultados	41

4.1	Características demográficas e clínicas dos participantes	41
4.2	Avaliação espirométrica dos participantes	41
4.3	Níveis de saturação de oxigênio dos participantes durante a aplicação dos questionários	43
4.4	Caracterização dos participantes quanto ao hábito de fumar como fator de risco para a DPOC	44
4.5	Domínios do questionário SF-36.....	45
4.6	Domínios do questionário SGRQ	48
5	Discussão.....	54
5.1	Aspectos sociodemográficos e clínicos.....	54
6	Referências	62
	Anexos	68
	Anexo I – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FESURV.....	69
	Anexo II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
	Anexo IV – Ficha de coletas de dados clínicos	75
	Anexo V – Questionário SF-36.....	76
	Anexo VI – Questionário do Hospital St. George de Qualidade de Vida (SGRQ)	81

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade lenta e progressiva, caracterizada por limitação do fluxo aéreo e dividida entre duas patologias distintas: a bronquite crônica e o enfisema pulmonar. Essa patologia apresenta um grande aumento no número de casos no Brasil e no mundo, o que tem contribuído para elevar as causas de morbidade e mortalidade entre as doenças crônicas. No ano de 1999, essa patologia acometeu cerca de cinco por cento da população adulta e hoje já é considerada a 12.^a causa de morbidade crônica, com previsão de que, até o ano 2020, será a 4.^a patologia mais importante na origem da incapacidade física (MACHADO E COLS., 2004; GODOY e GODOY, 2002).

Essa é uma doença incapacitante, na qual não se pode interferir para aumentar a longevidade de seus portadores. Ocasiona transtornos psicológicos que podem culminar em ansiedade e/ou depressão, o que leva à diminuição progressiva e significativa em sua qualidade de vida e na qualidade de vida relacionada à saúde.

Nas últimas décadas, a qualidade de vida (QV) tem ganhado importância no mundo científico e tem sido alvo de pesquisas e da elaboração de instrumentos para mensurá-la. Pode ser encontrado um grande número de definições, mas, para este estudo, será utilizada a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para mensurar a qualidade de vida, existem instrumentos validados e adaptados para populações específicas, os quais servem como base para subsidiar as orientações que devem ser desenvolvidas e dirigidas às pessoas envolvidas no contexto de determinadas situações clínicas.

Nas doenças crônicas existem vários fatores que influenciam a percepção dos portadores sobre sua saúde e qualidade de vida, e alguns deles estão diretamente relacionados aos limites impostos pela doença e tratamento. Justamente por isso, a avaliação da qualidade de vida tem se tornado uma ferramenta importante para verificar o impacto dos agravos à saúde e dos tratamentos implementados. No caso da DPOC, os resultados dessas avaliações permitem que sejam fornecidas informações que complementam o diagnóstico

clínico e espirométrico, direcionam a atenção prestada e verificam como equacionar a distribuição de recursos no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente a isso, torna-se imprescindível obter informações sobre a qualidade de vida das pessoas que convivem com esse agravo e, para isso, é preciso lançar mão de instrumentos que permitam verificar o impacto da doença na sua qualidade de vida. Além disso, é preciso conhecer quais são os fatores que influenciam a percepção desses indivíduos sobre esse conceito.

Buscam-se, por meio da utilização de questionários, recursos que proporcionem tanto a possibilidade de facilitar o atendimento dessas pessoas como fornecer aos profissionais elementos que contribuam para promover melhores cuidados no cenário da prática clínica.

Esses instrumentos são de fácil aplicação e entendimento por parte dos pacientes e permitem mensurar a qualidade de vida em dados quantitativos. São ainda de fácil manuseio e de baixo custo, apresentam confiabilidade, validade e sensibilidade para o alcance dos objetivos previamente definidos.

Os instrumentos para mensuração da QV estão divididos em duas modalidades: os instrumentos genéricos e os específicos. Os genéricos podem ser aplicados para qualquer doença e suas questões se apresentam de forma mais abrangente, pois avaliam a saúde de maneira geral. Os instrumentos específicos apresentam questões direcionadas para determinada patologia, com o objetivo de investigar as particularidades sobre a doença estudada. Neste estudo, foram utilizados dois desses instrumentos: o genérico *Medical Outcome Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)* e o específico *Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)*.

Os instrumentos genéricos indicam aspectos da QV que um questionário específico não seria capaz de mensurar, além de realizar uma avaliação mais global e demonstrar o impacto da doença sobre a vivência dos indivíduos (DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003).

Tendo em vista que os instrumentos genéricos como o SF-36, por não haver um consenso, sejam pouco sensíveis para avaliar problemas específicos, emerge o problema de que os questionários específicos também não são capazes de responder às inquietações relativas a situações particulares. A comparação entre os resultados obtidos pela aplicação do SF-36 e do SGRQ

pode ocasionar dúvidas no que diz respeito à sensibilidade requerida, uma vez que a equivalência entre as notas definidas para os domínios é diferente para os dois questionários.

A partir dessas considerações, a dissertação foi organizada da seguinte forma:

O capítulo 1 tem por objetivo apresentar os aspectos teóricos da DPOC que dizem respeito aos seguintes pontos: definição, epidemiologia, graus de obstrução e impacto da doença na população em geral.

O capítulo 2 aborda temas relativos à qualidade de vida, e aponta os diferentes conceitos elaborados ao longo do tempo. Após essa apresentação geral, buscou-se relacionar esses conceitos com a qualidade de vida em saúde, apresentando os instrumentos de mensuração existentes. Finalmente, mostra o vínculo que se estabelece entre qualidade de vida e a situação de saúde de portadores de DPOC.

O capítulo 3 tem por finalidade esclarecer quais foram os materiais e métodos utilizados para a realização da pesquisa de campo e para análise dos dados coletados. São discutidos os procedimentos de pesquisa, os instrumentos de coleta dos dados, as informações relativas ao local de estudo e à população estudada.

O capítulo 4 apresenta os resultados obtidos na pesquisa, efetuando-se uma explicação detalhada sobre cada um deles.

O capítulo 5 compreende a discussão e a análise detalhadas dos dados coletados durante a realização do estudo, confrontando-os com a literatura que subsidiou a construção do referencial teórico utilizado.

Nas conclusões, pôde-se constatar que é possível efetuar uma comparação sobre a percepção de qualidade de vida (QV) para os participantes da pesquisa. A utilização dos questionários SF-36 e SGRQ mostrou-se positiva para mensurar a QV em indivíduos portadores de DPOC, sendo que o SGRQ mostrou-se mais sensível aos problemas desse grupo.

Dessa forma, foi possível apresentar a percepção sobre a qualidade de vida dos participantes, por meio de alterações sociodemográficas, clínicas e divergências da doença.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de pessoas portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), por meio da utilização de dois instrumentos para mensurá-la.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características sociodemográficas dos portadores de DPOC;
2. Verificar a qualidade de vida de portadores de DPOC por meio do questionário específico *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ);
3. Verificar a qualidade de vida de portadores de DPOC por meio do questionário genérico *Short Form 36* (SF-36);
4. Comparar escores do questionário genérico *Short Form 36* (SF-36) com os escores do questionário específico *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ).

1 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por limitação do fluxo aéreo, dispnéia, redução da capacidade ao exercício, diminuição da força muscular e da qualidade de vida (GOLD, 2008). Essa limitação crônica do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos. A DPOC envolve duas patologias distintas: o enfisema pulmonar e a bronquite crônica, havendo predomínio clínico de uma dessas situações, o que ocorre por mecanismos ainda não bem conhecidos (SILVA, 1997).

O Enfisema Pulmonar é definido como o alargamento anormal e permanente dos espaços aéreos distais, ou seja, os bronquíolos terminais, acompanhado de destruição de suas paredes, mas sem apresentar fibrose aparente. A bronquite crônica é definida, clinicamente, pela presença de tosse e expectoração em, pelo menos, três meses por ano, durante dois anos consecutivos, o que afasta outras causas de expectoração crônica (BORGES, VIANNA e TERRA FILHO, 2003).

O impacto dessa doença é geralmente subestimado, pois o diagnóstico não é realizado até que seja clinicamente evidente ou quando a doença já se encontra em estágio avançado. Por sua vez, essa doença está associada à alteração da função pulmonar. Ocorre, também, disfunção nos músculos esqueléticos periféricos, o que ocasiona intolerância ao exercício físico e agrava, progressivamente, o condicionamento físico. Essa situação chega a limitar as atividades relacionadas à vida diária das pessoas e causar isolamento social, ansiedade, depressão e dependência (ZANCHET, VIEGAS e LIMA, 2005).

De acordo com a argumentação de Martins Neto e Amaral (2003), o estilo de vida sedentário adotado por esses pacientes, tal como a redução gradativa de suas atividades, pode ser considerado um mecanismo que predispõe o surgimento da dispnéia. Como decorrência disso, pode agravar-se ainda mais o seu descondicional físico. Também é conhecido que a gravidade dos sintomas nem sempre está relacionada diretamente ao grau de limitação ao fluxo aéreo ou à oxigenoterapia de repouso. Esse é um dos motivos para a realização de grande quantidade de estudos efetuados com portadores de

DPOC (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC, 2008).

O subdiagnóstico e, conseqüentemente, a falta de tratamento para a DPOC podem representar papel importante no aumento da morbidade e da mortalidade associada à doença. O diagnóstico correto, quando ocorrido nas fases iniciais da doença, permitiria a intervenção dos fatores de risco, principalmente aqueles relacionados ao tabagismo, o que evitaria a deterioração adicional provocada pela obstrução das vias aéreas.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA DPOC

Estatísticas européias apontam para uma prevalência significativa de 40 pacientes por 100.000 habitantes como usuários crônicos de oxigenoterapia na região. Para o Brasil, pode-se inferir que a quantidade aproximada desses pacientes pode chegar a 65.000 casos (VIEGAS, 2003). A oxigenoterapia para pacientes com DPOC é indicada em alguns casos, devido ao fato de que essa estratégia contribui para reduzir a mortalidade das pessoas (MEDICAL RESEARCH COUNCIL WORKING PARTY, 1981).

A DPOC é conhecida como um grave problema de saúde pública e tem como causa principal o tabagismo (CELLI, MACNEE e ATS/ERS, 2004). Dados do Ministério da Saúde relatam que o tabagismo é a principal causa da DPOC, com estimativas de que 32% da população brasileira seja tabagista e, aproximadamente, 5 a 7% dos tabagistas podem ser portadores de DPOC. Dentre esses, 50% sofrem de limitações em suas atividades como conseqüência de déficits respiratórios (MARTINS NETO e AMARAL, 2003).

O tabagismo é responsável por 80% das ocorrências da DPOC, em virtude do consumo direto ou indireto do tabaco (BRASIL, 1998). O tabaco é prejudicial às pessoas devido à grande quantidade de partículas inaladas que podem se depositar nas vias aéreas, interferindo nos mecanismos de limpeza dos pulmões e, eventualmente, contribuindo para o desenvolvimento da DPOC (GOMES, 2002). Além disso, a própria fumaça do tabaco prejudica os mecanismos de reparo tecidual e interrompe os processos que são capazes de restaurar a estrutura tecidual pulmonar (MACHADO E COLS., 2004). Tentativas

para interromper o tabagismo podem ser demoradas, e até após sua finalização completa, a função das vias aéreas continua diminuída (JONES, 1995).

São variados, ainda, os dados sobre prevalência, morbidade e mortalidade da DPOC e, nos países onde esses dados estão disponíveis, ela é considerada um problema de saúde pública tanto em homens quanto em mulheres (MURRAY e LOPEZ, 1996). Estima-se que cerca de 7,35% da população mundial esteja acometida por essa doença. Já na América Latina e no Caribe, os dados de prevalência, morbidade e mortalidade por DPOC que estão disponíveis apontam que existem cerca de 9,34% das pessoas com diagnóstico positivo, o que mostra uma grande prevalência dessa enfermidade na América Latina (MURRAY e LOPEZ, 1996).

Na década de 1990, a DPOC foi considerada a 12.^a causa de morbidade crônica e já existe a previsão de que, em 2020, será a 4.^a doença mais importante no que se refere à possibilidade de gerar incapacidade física e, também, a 3.^a causa mais comum de morte no mundo. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia estima hoje a existência de 7,5 milhões de portadores de DPOC (MACHADO E COLS., 2004; GODOY e GODOY, 2002).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 16 milhões de pessoas apresentam DPOC, 90% delas com predomínio de bronquite crônica e 10% de enfisema pulmonar, em uma proporção de 2 homens para 1 mulher. O número real de pacientes com DPOC é significativamente maior, algo que chegaria a patamares em torno de 30 a 35 milhões de pessoas. Isso ocorre por ser essa uma doença silenciosa, ou seja, assintomática ou com sintomas de pouca relevância para o paciente inicial (OLIVEIRA, JARDIM e RUFINO, 2000).

A DPOC tem seu diagnóstico firmado por meio de uma obstrução ao fluxo aéreo expiratório, o que pode ser quantificado por meio de uma avaliação espirométrica de volumes e capacidades pulmonares. Esses parâmetros compreendem a capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado 1.^o segundo (VEF_1) e a relação VEF_1/CVF . Em pacientes com DPOC, há redução da VEF_1 , da relação VEF_1/CVF com ou sem redução da CVF. A partir desses indicadores, torna-se possível classificar a obstrução ao fluxo aéreo em leve, moderado ou acentuado. Essas alterações devem ser consideradas na avaliação da gravidade e do tratamento da doença, podendo modificar o prognóstico

desses pacientes, o que contribui para a melhoria da tolerância ao exercício e do estado geral de saúde (DOURADO, 2006).

Nesses pacientes pode ocorrer a exacerbação dos sintomas respiratórios que evoluem e indicam a necessidade de intervenção médica. Trata-se de eventos clínicos importantes em sua história e representa relevante impacto social e econômico. A pessoa com DPOC apresenta, aproximadamente, de dois a três episódios de exacerbação durante o período de um ano, os quais estão vinculados à gravidade da doença e ocorrem em maior frequência no inverno. A exacerbação aguda da DPOC manifesta-se sob diferentes formas clínicas e níveis de gravidade (BORGES, VIANNA e TERRA FILHO, 2003).

1.2 ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO

Em relação ao tratamento dos pacientes com DPOC, a interrupção do hábito de fumar deve ser um dos primeiros aspectos a ser abordado (OLIVEIRA, JARDIM e RUFINO, 2000) para que os pacientes possam ter um melhor condicionamento físico, retornando as suas atividades diárias normalmente, por que eles deixam de realizar suas atividades devido à patologia, entrando em um ciclo vicioso de sedentarismo.

Em função das alterações provenientes da doença, foram desenvolvidos Programas de Reabilitação Pulmonar (PRP) com o objetivo de reverter e/ou minimizar a sintomatologia, melhorar a capacidade física, a qualidade de vida e diminuir as alterações psicológicas (PAULIN, BRUNETTO e CARVALHO, 2003).

Estudos evidenciaram como principais benefícios da reabilitação pulmonar (RP) a melhoria na qualidade de vida, a redução da ansiedade e da depressão, a melhoria na tolerância ao exercício, a redução da dispnéia e outros sintomas associados, além da habilidade melhorada para realização de atividades da vida diária (MARTINS NETO e AMARAL, 2003). Os portadores com menor disfunção respiratória têm a tendência de maior ganho de *performance* física após reabilitação, se bem que pacientes com limitação respiratória acentuada também apresentam ganhos (SILVA E COLS., 2005).

Segundo Kaplan e colaboradores (2004), existem melhorias significativas na qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC após um

PRP, correlacionado-as ao teste de caminhada de 6 minutos. Esse teste é aplicado com o intuito de se complementar a avaliação dinâmica dos indivíduos com DPOC (VAN STEL E COLS., 2001). Essa prova foi inicialmente desenvolvida para indivíduos saudáveis, mas, na atualidade, tem sido utilizada para portadores de distintas patologias (MARINO E COLS., 2007).

De acordo com Martins Neto e Amaral (2003) e Zanchet, Viegas e Lima (2005), a RP consegue quebrar o ciclo vicioso da DPOC (falta de ar, inatividade, perda de condicionamento físico, isolamento social e depressão), o que se reverte em melhoria da qualidade de vida e da capacidade de realizar exercício funcional por parte dos pacientes. No entanto, devido à impossibilidade de se aumentar a longevidade de portadores de doenças incuráveis, persiste a necessidade de valorizar a melhora de sua qualidade de vida (DOURADO, 2006). Sem dúvida, a DPOC ocasiona incapacidade significativa, perda de produtividade e piora da qualidade de vida das pessoas, situações que se agravam substancialmente com a progressão da doença (OLIVEIRA, JARDIM e RUFINO, 2000).

Os pacientes com DPOC passam por processos de mudança, de uma condição de vida normal para situações limitantes que interferem nas atividades diárias dos sujeitos e em sua qualidade de vida. Por esta razão, é muito importante ter à disposição instrumentos que possam mensurar com fidedignidade o que a doença representa na vida dessas pessoas. A aplicação de questionários de qualidade de vida fornece dados que permitem avaliar de que forma a doença afeta a vida pessoal e familiar e, ainda, pode contribuir para influenciar na conduta médica e escolha da terapia mais adequada (SANTOS, 2000).

2 QUALIDADE DE VIDA (QV)

Nas últimas décadas, houve um grande interesse pelo termo Qualidade de Vida (QV), conceito que passou a ser estudado e amplamente discutido por estudiosos. Isso se deve ao fato de que o tema trata de situações que têm cada vez mais relevância para a sociedade e, com a possibilidade de aumentar a longevidade de pacientes com doenças crônicas, surge a necessidade de se valorizar a melhoria de sua qualidade de vida (FERREIRA e CUKIER, 2006; DOURADO E COLS., 2004).

Essa expressão é cada vez mais debatida entre pesquisadores de diferentes áreas, ocupando cada vez maior espaço na sociedade e na política de saúde. Por não existir uma definição universal sobre este assunto, são adotados diferentes modelos teóricos e diferentes instrumentos de mensuração (DOWARD e MCKENNA, 1997, citado por BAMPI, 2007).

2.1 CONCEITO

O termo qualidade de vida (QV) surgiu como integrante do *Índex Medicus* no final da década de 1960. Dentre as várias definições existentes, podem-se assinalar as capacidades, limitações, sintomas e características psicossociais que descrevem uma aptidão individual para a função e satisfação conseguidas à frente de uma série de papéis (HILLERS E COLS., 1994). E, ainda, pode ser avaliada a diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que pode ser alcançado ou não (SIVIERO, 2003).

Segundo Costa Neto (2002), existem indicações de que o termo qualidade de vida apareceu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930. Na Antiguidade, esse conceito foi propriedade de discussão de filósofos e poetas. No entanto, nas últimas décadas, despertou grande interesse por parte dos profissionais da área de saúde e de pesquisadores. A possibilidade de transformar algo que se julga subjetivo em um modelo objetivo e quantitativo faz parte das estratégias que lhe permitem ser utilizado em ensaios clínicos e em modelos econômicos (CICONELLI E COLS., 1999).

A QV é um conceito subjetivo e pressupõe um ponto que é ideal e individualizado de valores, capacidades, satisfação e bem-estar do ser humano (SAAD, BOTEGA e TORO, 2006). São apresentados, a seguir, alguns exemplos de como os conceitos foram formulados.

Jones, Quirk e Baveystock (1991) definiram QV como a quantidade de impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada. Por outro lado, Sales (2006) relacionou a expressão QV ao aumento da longevidade das pessoas e permite enfrentar mudanças decorrentes desse fato ou, até mesmo, influenciá-la.

Em meados da década de 1990, a QV começou a alcançar consenso entre os estudiosos da área, no que se relacionava a, pelo menos, dois aspectos relevantes: a subjetividade e a multidimensionalidade (BAMPI, 2007).

A literatura descreve que, em períodos anteriores a 1995, esforços direcionados para definição e avaliação da QV nas áreas da saúde apresentavam lacunas e desafios teóricos e metodológicos que necessitavam ser enfrentados (SEIDL e ZANNON, 2004). As autoras argumentam, ainda, que a noção de QV envolve diferentes dimensões que foram sendo configuradas a partir dos anos 1980, quando começaram a ser realizados estudos empíricos para melhor compreender o fenômeno. A análise da literatura, na última década, conseguiu evidenciar a tendência de definições focalizadas e combinadas, contribuindo para o avanço do conceito com bases científicas (SEIDL e ZANNON, 2004). Estudos sobre QV têm sido conduzidos em países desenvolvidos a partir da década de 1980 e, apenas mais recentemente, chegaram ao Brasil (MEZOMO, 1992).

Devido à evolução constante do indivíduo e da sociedade no decorrer dos tempos, e por meio dessa evolução, começou-se a perseguir a busca pela vida com melhor qualidade e com melhores condições, decorrentes, em parte, dos avanços da tecnologia (BOERY, 2003).

A descrição sobre o comprometimento ocasionado na QV, de pessoas portadoras de determinada patologia, seja de forma genérica ou comparativa a outras doenças, permite demonstrar sua importância para o indivíduo em nível privado, público ou de sua inserção na comunidade. Fornece, também, parâmetros para nortear a decisão quanto à melhor distribuição de recursos dentro do sistema de saúde (CICONELLI, 2003).

No entanto, como a QV é de caráter subjetivo e depende da percepção de cada pessoa, ela pode variar, inclusive, para o próprio indivíduo no decorrer da linha de tempo (PASCHOAL, 2000). Vale ressaltar que a QV é utilizada para verificar ou avaliar qual é a percepção que as pessoas possuem em relação à repercussão que determinado agravo à saúde tem nas situações cotidianas, o que permite estudar a QVRS – QVRS (MEZOMO, 1992). Estes dois termos, QV e QVRS, estão inter-relacionados e, muitas vezes, são utilizados para descrever o processo de avaliação de um indivíduo, utilizando instrumentos para mensurar os efeitos de uma doença (APOLONE e MOSCONI, 1998).

A possível confusão entre os dois termos ocorre quando uma definição muito abrangente como QV é utilizada para descrever medidas sem referência específica para os tipos de domínios incluídos na avaliação. Estão incluídos nesta avaliação os sintomas, condicionamento funcional, bem-estar emocional e percepções relatadas pelo paciente. Os domínios podem ser medidos separadamente ou incluídos como medida de QVRS (DEVINE, STEHMAN-BREEN e PATRICK, 2003).

2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS)

Baseado na argumentação de Seidl e Zannon (2004), é possível afirmar que o interesse pela QV é recente e demonstra, em parte, a influência de paradigmas na política e nas práticas do setor nas últimas décadas. As autoras demonstraram a existência de duas tendências na área da saúde: uso do termo QV como conceito genérico e utilização de QVRS. O primeiro caso se apresenta de forma mais ampla, sem fazer referência à disfunção ou agravos à saúde. Já no segundo, o termo tem sido usado com objetivo semelhante ao conceito geral, mas aborda aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou disfunções da área da saúde.

Por não existir consenso dessa avaliação de QVRS, pesquisas vêm demonstrando concordâncias sobre alguns aspectos. O primeiro ponto é em relação à subjetividade essencial à percepção de bem-estar diante de condições da vida tanto objetivas como subjetivas. O segundo aspecto é referente à natureza multidimensional da QVRS, incluindo, no mínimo, as dimensões física, psicológica e social. Em terceiro lugar, a QVRS inclui tanto dimensões positivas –

como mobilidade e satisfação –, quanto negativas – como dor e fadiga (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A QVRS então é definida como a percepção da pessoa pela sua saúde, por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (MARTINS e CESARINO, 2005). Nesse caso, a expressão QVRS se definiu como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela patologia, agravos, tratamentos e organizações políticas e econômicas do sistema assistencial (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

A QVRS coloca sua centralidade na capacidade de um indivíduo viver sem doenças ou de superar suas dificuldades nas condições de morbidade. Isso ocorre porque, em geral, os profissionais atuam nos aspectos que poderiam influenciar diretamente na melhoria do indivíduo, como o alívio da dor, do mal-estar e das doenças, intervindo nos agravos que podem gerar dependência e desconforto, sejam para evitá-los ou para minimizar suas conseqüências (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Vários autores apresentam suas propostas de modelos de QVRS, porém nenhum conseguiu definir, de forma satisfatória até o momento, quais seriam os aspectos subjetivos inerentes a todos os fenômenos humanos individuais. Nem tampouco como esses fenômenos poderiam ser mensurados e padronizados, garantindo-lhe aplicabilidade e consistência científica (CERQUEIRA e CREPALDI, 2000).

Esse conceito tem como definição aspectos considerados muito importantes para a vida de uma pessoa e que incluem a questão social, liberdade, ambiente, mas que, geralmente, não são associados à saúde. A importância de se mensurar a QVRS se explica na prática clínica pelo acesso a informações sobre medidas fisiológicas, mas que tem aplicação limitada.

Considerando a maioria dos conceitos apresentados anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delineou, na década de 1990, uma definição de QV mais abrangente, compreendida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995). O conceito de QV da OMS é o conceito adotado no presente estudo.

2.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da QV é uma das formas de se analisar os aspectos que merecem ser considerados na avaliação de pacientes. Recentemente, essa possibilidade tem se tornado uma ferramenta importante para o tratamento e melhoria da saúde, particularmente como uma das variáveis capazes de verificar o impacto da doença na vida das pessoas (CICONELLI, 2003).

Para avaliação da QV são utilizados questionários, os quais são divididos em instrumentos genéricos ou específicos (DANTAS, SAWADA e MALERBO 2003). A evolução dos estudos sobre QV e a utilização de questionários estruturados, confiáveis e validados para uma determinada população e idioma demonstram grande salto no entendimento sobre a QV (SEIDL e ZANNON, 2004).

Na maioria das vezes, os questionários são desenvolvidos em outras línguas, principalmente na língua inglesa. Portanto, para serem utilizados, devem ser traduzidos, adaptados culturalmente e validados, baseado em regras estabelecidas internacionalmente (GUILLEMIN, BOMBARDIER e BEATON, 1993).

Os resultados obtidos a partir dessas avaliações necessitam ser acompanhados de uma reflexão sobre o tema. A partir disso, torna-se possível perceber que os pacientes ou os participantes não são seres fragmentados, mas abrangem uma totalidade de aspectos envolvendo o contexto físico, emocional e social, que têm por objetivo promover e proteger a saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

Na última década houve um aumento considerável no número de instrumentos de avaliação da QV (FLECK E COLS., 1999). Além disso, a avaliação da QV se relaciona com escores de sinais e sintomas que podem contribuir para a intervenção em doenças específicas (SOUSA, JARDIM e JONES, 2000).

2.3.1 Instrumentos de avaliação

Com a evolução dos estudos sobre QV, foram elaborados instrumentos estruturados que demonstraram ser confiáveis e que foram validados para

determinada população. Sua validação, em diferentes idiomas, demonstra um grande salto no entendimento da QV.

Esses instrumentos servem para avaliar e quantificar a percepção da QV em relação à doença que possui a pessoa. O conjunto de itens elencados são denominados e distribuídos em domínios, dimensões ou escalas que se referem à área do comportamento que pretende medir (COGHI, 2005). Estão divididos em dois grupos: questionários genéricos e questionários específicos.

Os questionários genéricos permitem obter uma visão mais ampliada sobre a doença e têm a vantagem de avaliar grande quantidade de escalas, com questionamentos que não abrangem situações específicas e detalhadas sobre a doença, mas estão voltadas para a vida ou a QV de um modo geral. Os questionários genéricos mais utilizados pela comunidade científica no Brasil são o *Sickness Impact Profile*, o *Nottingham Health Profile (NHP)*, o *Quality of Well Being* e o *Medical Outcome Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)* (FERREIRA e CUKIER, 2006).

Os questionários específicos são utilizados para pessoas com uma determinada doença específica, com enfoque em problemas bem definidos. Eles questionam, em detalhes, os aspectos clássicos sobre a doença estudada, porém não avaliam, com abrangência, outras particularidades dos indivíduos (JUNIPER, 1998).

Esses instrumentos correlacionam os aspectos e impactos da doença na vida do paciente de forma direta, e têm por objetivo obter uma alta sensibilidade sendo relevante para um determinado grupo de pacientes (BRITTO, SANTOS e BUENO, 2002; DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003). Entre esses instrumentos, os mais utilizados no Brasil são o SGRQ (*Saint George's Respiratory Questionnaire*), o CRQ (*Chronic Respiratory Questionnaire*), o AQ 20 (*Airways Questionnaire*) e o *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire* (DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003; FERREIRA e CUKIER, 2006).

2.3.2 Instrumentos genéricos de qualidade de vida

São muitos os instrumentos genéricos encontrados na literatura. Baseando-se nesses achados, foi realizada a opção pela utilização do

questionário SF-36, que vem sendo o instrumento mais utilizado pela comunidade científica.

Ciconelli e colaboradores (1999) traduziram o questionário SF-36 para a língua portuguesa e o adequaram às condições socioeconômicas e culturais de nossa população, viabilizando sua reprodutibilidade e validade. O questionário foi aplicado a 50 pacientes com artrite reumatóide por duas vezes: avaliação inicial e nova avaliação 15 dias após a realização da primeira. Esse processo tinha como objetivo avaliar sua reprodutibilidade e verificar a validade dos escores que foram comparados com parâmetros clínicos e laboratoriais, além de terem sido comparados com outros questionários. Esse instrumento se tornou útil para realizar avaliação da artrite reumatóide e de outras doenças, seja em nível de pesquisa ou em nível assistencial. Possui a vantagem de permitir comparações sobre o impacto da DPOC com outras doenças crônicas (KAPLAN E COLS., 2004).

O SF-36 é um instrumento genérico que avalia a QV. Tem fácil administração e compreensão pelos participantes, pois é auto-administrável, multidimensional e formado por 36 itens, que englobam oito escalas ou componentes. Apresenta um escore final de zero a 100, onde zero corresponde a um pior estado geral de saúde e 100 a um melhor estado de saúde. Seus domínios são divididos em: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, fadiga, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (WARE e SHERBOURNE, 1992; WARE, KOSINSKI e KELLER, 1994).

Na concepção de Saad, Botega e Toro (2006), foi possível descrever os seguintes domínios: 1. físico, onde são avaliados os sintomas de dor, fadiga, náuseas e efeitos de medicação; 2. funcional, que, em geral, aborda a mobilidade do paciente, as atividades diárias e o desempenho no trabalho; 3. psicológico, no qual são avaliadas as satisfações do paciente com seu estado de saúde e a vida em geral e os sintomas de depressão ou ansiedade; e 4. social, em que são levantados os aspectos relacionados ao contexto familiar, profissional e social.

Sthal e colaboradores (2003) avaliaram as dificuldades para responder questionários auto-administrados em pacientes com DPOC, por meio da aplicação de cinco questionários: SF-36, EQ-5D (EuroQol-5D), SGRQ, WPAICPOD (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire for COPD*) e HS-CPOD (*Health States-CPOD*). Relatam não terem sido dadas explicações

relativas às perguntas que, se não fossem compreendidas, deveriam ser deixadas em branco e seguirem para a próxima pergunta. A dificuldade foi graduada pelos pacientes em 1, muito fácil; 2, fácil; 3, aceitável; 4, difícil; 5, muito difícil; e a compreensão em 1, boa; 2, provavelmente compreendido; 3, possivelmente compreendido; e 4, não-entendido. Observaram ainda que o SF-36 foi classificado em 1-3 (muito fácil para aceitável) por 92% dos pacientes. A idade e a severidade da doença influenciaram nos resultados quanto à dificuldade e o tempo. Entretanto, a maioria dos participantes considerou ter compreendido bem a forma como as perguntas estavam estruturadas.

Esse instrumento não detecta, com maior precisão, mudanças resultantes da RP se comparado a questionários de doença-específica. No entanto, as mudanças no SF-36 se correlacionam com as alterações na percepção do estado de saúde dos pacientes. As áreas das funções física, emocional, dor corporal, vitalidade e do estado de saúde têm se correlacionado bem com indicadores de gravidade da DPOC. Para esses pacientes, no aspecto físico, a dispnéia é o fator que mais influencia o escore do SF-36 (VIEGAS, 2003).

Torres e colaboradores (2002) avaliaram 37 pacientes com DPOC, selecionados para cirurgia de redução de volume pulmonar, por meio dos questionários específicos SGRQ, *Chronic Respiratory Questionnaire* (CRQ) e SF-36 e concluíram que o SF-36 foi o menos sensível para detectar mudanças após RP.

Os instrumentos genéricos analisam aspectos da QV que um questionário específico não seria capaz de mensurar, além de realizar uma avaliação mais global e demonstrar o impacto da doença sobre a vivência dos indivíduos (DANTAS, SAWADA e MALERBO, 2003).

2.3.3 Instrumentos específicos

Esses instrumentos avaliam aspectos primários, focalizando sempre os domínios para a doença estudada. Um dos questionários mais utilizados é o SGRQ, um instrumento sensível e que aborda a parte clínica da doença nas atividades de vida diária, avalia o bem-estar subjetivo e detecta mudanças na saúde sob o efeito da terapia (HILLERS E COLS., 1994; OLDRIDGE E COLS.,

1998; SOUSA, JARDIM e JONES, 2000; SANTOS, 2000). Foi validado para a língua portuguesa por Sousa (1999).

O SGRQ foi criado e desenvolvido por Jones, Quirk e Baveystock (1991) e contém 76 itens, divididos em três domínios: sintomas (sintomas respiratório, frequência e severidade), atividade (que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório) e impactos psicossociais (controle da doença, expectativas do paciente, medicamentos, como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar). A pontuação de cada parte do questionário é, posteriormente, convertida em percentagem; e o valor, obtido em qualquer das três seções ou na pontuação total. O escore acima de 10% indica condição de anormalidade; no nível de 4%, o paciente apresentou piora e abaixo de 4% apresentou melhora. A pontuação do questionário SGRQ tem correlação com dados clínicos, físicos, teste da caminhada de 6 minutos, ansiedade e depressão, dispnéia e VEF₁ (JONES, QUIRK e BAVEYSTOCK, 1991; FERREIRA E COLS., 1996; WILSON E COLS., 1997; ENGSTROM E COLS., 1998).

O instrumento pode ajudar a identificar o processo pelo qual a doença afeta a pessoa e auxiliar a encontrar soluções adequadas para implementar o tratamento. Proporciona, também, coragem aos profissionais da saúde para focalizar atenção nos aspectos positivos da vida das pessoas (THE WHOQOL GROUP, 1995). O questionário SGRQ apresenta escores inversos ao questionário SF-36, onde SGRQ 100 é considerada pior QV e quanto mais próximo a 0, melhor a QV.

De acordo com Jones, Quirk e Baveystock (1991), cada domínio apresenta uma somatória equivalente no quesito: 1. sintomas – a possibilidade máxima de pontos é 662,5; 2. atividade – a possibilidade máxima de pontos é 1209,1; e 3. impactos – a possibilidade máxima de pontos é 2117,8. Para o escore total, a possibilidade máxima é de pontos é 3989,4. Para calcular o comprometimento da QV de cada indivíduo, é feita a soma de cada questão equivalente para cada domínio e depois é dividido pela possibilidade máxima que pode ser alcançada.

Baseando-se na argumentação de Jones (1995), o SGRQ é o segundo tipo de questionário do modelo doença-específico. Já foi comprovado que o SGRQ identifica mudanças de saúde no decorrer de um ano e agrupa mudanças nos distintos aspectos da doença. Fatores como idade, sexo, resultados de

espirometria e duração da doença têm o mínimo de efeito sobre os pesos específicos das questões.

2.4 QUALIDADE DE VIDA E DPOC

A QVRS é uma ferramenta cada vez mais importante para medir o impacto das doenças crônicas. Suas medidas fornecem informações que podem avaliar a questão de dispnéia e de função pulmonar (MARTINEZ E COLS., 2000; MAHLER e MACKOWIAK, 1995). A função pulmonar é uma medida fundamental, mas sua relação com a QVRS é modulada por três fatores: teste da caminhada de 6 minutos, limitação por dispnéia e depressão (ENGSTRÖM E COLS., 2001).

A DPOC é responsável por um grande declínio na QV, apresentando alto índice de morbi-mortalidade. Devido ao fato de ser uma doença de característica limitante e progressiva, sendo a dispnéia seu principal sintoma e responsável pelo declínio da QV, tem como principal fator de risco o tabagismo (CONSENSO BRASILEIRO, 2008).

Para pacientes com DPOC grave, a QV não tem uma correlação tão significativa com a função pulmonar, prova espirométrica (VIEGAS, 2003). A hospitalização também influencia a QV de portadores de DPOC (KAPLAN E COLS., 2004). Os autores observaram, em seu estudo, que pacientes que estiveram hospitalizados três meses antes da avaliação apresentaram uma QV pior que a daqueles que não haviam sido hospitalizados.

Almagro e colaboradores (2001) verificaram que, após a hospitalização por exacerbação aguda de DPOC, aspectos como a depressão, o estado civil de solteiro, a presença de co-morbidades e a má QV são elementos preditores de mortalidade.

Em estudo realizado por Dourado, Antunes Carvalho e Godoy (2004), concluiu-se que a QV dos pacientes com DPOC e que haviam sido selecionados para reabilitação pulmonar, foi influenciada, principalmente, pelo índice de massa corpórea e pelo teste de caminhada de seis minutos. Embora esses fatores não possam prever a QV, talvez seja possível otimizá-la por meio da melhora do estado nutricional, associada à melhora da capacidade funcional e de exercício, já que a função pulmonar pode ser melhorada apenas discretamente nesses pacientes.

De acordo com Silva e colaboradores (2005), a QV é influenciada pelos fatores como: controlar sentimentos conflitantes, manter a luta por uma vida melhor, poder contar com o apoio da família e superar os limites trazidos pela doença e pelo tratamento. Este fato foi demonstrado em um estudo realizado com 11 pacientes com DPOC que participavam de um grupo de convivência familiar.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, optou-se por realizar um estudo descritivo, adotando-se a modalidade *série de casos*. Esse tipo de estudo permite caracterizar a distribuição de um evento em uma população em um dado momento. Pereira (2002a: 271) argumenta que

as investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população em termos quantitativos. Elas podem ser de incidência ou prevalência. Nelas, não há formação de grupo-controle para comparação dos resultados, ao menos na forma como é feita nos estudos analíticos – daí serem considerados estudos não-controlados.

Segundo Fletcher, Fletcher e Wagner (1996: 220),

estudo de série de casos é um estudo de um grupo maior de pacientes (por exemplo, 10 ou mais) com uma doente particular. O número maior de casos permite ao investigador avaliar a participação do caso... É uma maneira bastante comum de delinear o quadro clínico de uma doença e serve bem para este propósito – mas com limitações importantes. A série de casos sofre pela ausência de um grupo de comparação. Algumas vezes isso não é um grande problema.

Para a concretização deste trabalho, optou-se por utilizar uma amostra de conveniência, constituída por um número pequeno de indivíduos que se dispôs a participar, espontaneamente, e que atendeu aos critérios de inclusão.

O estudo foi realizado no município de Rio Verde, estado de Goiás, cuja população é relativamente pequena, de 149.382 habitantes. Nessa, foram detectadas 164 pessoas portadoras de DPOC e, das que concordaram em participar da pesquisa, apenas 21 atendiam aos critérios de inclusão. Dessa forma, foi verificada a percepção de QV dos indivíduos desse pequeno grupo, inseridos no contexto de uma cidade de pequeno porte e ainda sem o efetivo envolvimento dos profissionais da área de saúde pela pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO LOCAL DE COLETA DE DADOS: A CIDADE DE RIO VERDE – GOIÁS

O município de Rio Verde localiza-se no estado de Goiás, região Centro-Oeste, na microrregião sudoeste do estado, a 220 km de Goiânia e 420

km de Brasília, ocupando uma área de 8.388 km². Sua população atual é de 149.382 habitantes e está distribuída por faixa etária conforme tabela 1 (IBGE, 2008a).

Tabela 1 - Distribuição populacional por faixa etária e sexo no ano de 2007, do município de Rio Verde- GO

População residente por faixa etária e sexo, 2007			
Idade	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.260	1.225	2.485
1 a 4	5.042	5.020	10.062
5 a 9	6.663	6.792	13.455
10 a 14	6.869	7.179	14.048
15 a 19	7.128	7.191	14.319
20 a 29	13.203	13.240	26.443
30 a 39	11.625	11.356	22.981
40 a 49	8.016	7.878	15.894
50 a 59	4.703	5.163	9.866
60 a 69	2.821	2.901	5.722
70 a 79	1.440	1.439	2.879
80 e +	563	483	1.046
Ignorada	-	-	-
Total	69.333	69.867	139.200

Fonte: IBGE, 2008b.

Ainda segundo o IBGE, Rio Verde é o município que possui o nono maior PIB (Produto Interno Bruto) no setor agropecuário do país. Tem o terceiro PIB do estado de Goiás e o primeiro no ranking do estado na agricultura. Está entre os municípios goianos que recebem maior arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS – (IBGE, 2008a).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, o projeto de pesquisa foi submetido para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde – CEP/FESURV e aprovado para sua realização (Anexo I). A inclusão dos participantes no estudo foi iniciada apenas após a aprovação pelo Comitê.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) foi elaborado em duas vias, em linguagem clara e acessível aos participantes. Todas as pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram formalmente o documento. Após esse procedimento, a pesquisa teve início e as entrevistas foram realizadas.

Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, que se encontrava devidamente habilitada, e isso foi feito após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Os participantes foram instruídos sobre como deveriam proceder para preencher os questionários e, também, quanto à não-obrigatoriedade de participar da pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES

Para a coleta de dados e após autorização dos médicos responsáveis, foram visitadas as quatro clínicas de pneumologia da cidade de Rio Verde, com o objetivo de cadastrar os pacientes. Após esse cadastro, foi efetuado contato com os pacientes por telefone, feita a comunicação sobre a realização da pesquisa e o convite para sua possível participação. Após a obtenção do aceite, foi marcada uma data e horário para a visita. Além disso, inicialmente se realizou a análise do exame espirométrico para verificar qual o critério de gravidade do paciente.

Foram contatados pacientes portadores de DPOC que estavam em processo de acompanhamento clínico por pneumologistas e que eram cadastrados nas respectivas clínicas da cidade nos últimos dois anos a partir do início da coleta de dados.

O acesso aos potenciais participantes se deu por meio de contato inicial com os pneumologistas da cidade, aos quais foi solicitada autorização para identificar pacientes portadores de DPOC devidamente cadastrados em suas clínicas no período máximo de dois anos (Anexo III). O nome e endereço dos pacientes foram cedidos por seus médicos e, posteriormente, contatados pela pesquisadora. A coleta de dados teve início em janeiro de 2007 e finalizou-se em julho do mesmo ano, com duração total de sete meses.

3.4 AMOSTRA

Foram identificados 164 pacientes cadastrados nas clínicas. Entre eles, 58 tinham ido a óbito, 29 tiveram exacerbação da DPOC e haviam sido hospitalizados durante os últimos três meses. Dos 77 potenciais participantes localizados, 15 deles não correspondiam aos critérios de inclusão/exclusão e 41 não aceitaram participar do trabalho. Foram avaliados, por entrevista única, 21

participantes que compuseram a amostra definitiva que ficou constituída por 13 do sexo masculino e 08 do sexo feminino. Para a participação na pesquisa, todos os entrevistados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, atenderam aos requisitos previamente estabelecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão compreendiam os seguintes requisitos:

ser portador de DPOC e estar cadastrado em uma das quatro clínicas de pneumologia existentes na cidade de Rio Verde-GO;

possuir diagnóstico clínico e espirométrico;

ter realizado exame espirométrico com data máxima de um ano;

não apresentar limitações físicas ou mentais para realização de teste espirométrico e entrevista;

ser residente na cidade de Rio Verde-GO;

ter diagnóstico de DPOC, estabelecido por meio dos seguintes critérios: pacientes fumantes ou ex-fumantes, com história clínica de tosse, catarro, por, pelo menos, três meses, durante dois anos consecutivos, e relação VEF_1/CVF menor que 90% (BORGES, VIANA e TERRA FILHO, 2003);

apresentar estabilidade clínica e não referir sintomas de piora nos últimos três meses e nem internações, nesse período, por DPOC.

Pacientes que apresentavam estabilidade clínica mediante avaliação por meio do questionário de sinais e sintomas e fatores de risco, representada pela Ficha de Coletas de Dados Clínicos (Anexo IV).

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão compreendiam os seguintes requisitos:

não preencher os critérios de inclusão;

estar em processo de reabilitação pulmonar;

apresentar doenças que possam interferir nos resultados da pesquisa;

- ser dependente de oxigenoterapia domiciliar;
- não concordar formalmente em participar do estudo;

- não estar em acompanhamento médico ou espirométrico que comprove sua patologia;
- apresentar desejo de abandonar, de forma voluntária, a pesquisa;
- haver sido internado nos últimos três meses.

3.7 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

O estudo foi dividido em seis etapas, assim descritas:

1) Contato inicial com as clínicas de pneumologia e com pneumologistas que atuam na cidade de Rio Verde-GO, para solicitar sua autorização com o objetivo de ter acesso aos dados dos pacientes cadastrados, incluindo nome completo, endereço e telefone;

2) Acesso aos prontuários para detectar pacientes com DPOC por meio da análise da ficha clínica e exame de espirometria, realizada no paciente durante o último ano;

3) Contato telefônico com os potenciais participantes (pacientes) para convidá-los a participar voluntariamente do estudo;

4) Realização da entrevista com o questionário de sinais e sintomas e fatores de risco (SOUZA, JARDIM e JONES, 2000) para inclusão/exclusão do potencial participante;

5) Aplicação dos questionários SF-36 (CICONELLI E COLS., 1999) e SGRQ (SOUSA, JARDIM e JONES, 2000). Ambos foram aplicados em uma única entrevista, realizada apenas pela pesquisadora deste trabalho. O primeiro instrumento foi aplicado para mensurar a QV por meio do questionário genérico SF-36 (Anexo V). O segundo foi utilizado para mensurar a QV dos participantes por meio de instrumento específico, o SGRQ (Anexo VI);

6) Durante a entrevista, foi verificada a saturação de oxigênio realizada com oxímetro digital da marca NONIN Handheld Pulse Oximeter Palm Sat, modelo 2500, e verificada a frequência cardíaca dos participantes.

Os exames espirométricos foram realizados em dois lugares distintos: 10 exames na Clínica PulmoCenter, com o espirômetro MultiSpiro-Sensor, 2 exames na clínica PulmoCenter, com o espirômetro MF – Spirobank e os outros 9 exames na Clínica Corpus, com o espirômetro Spirolab_II_MIR S/N 50016. Os exames foram realizados por diferentes profissionais nas respectivas clínicas. Os

espirômetros foram calibrados a cada exame. As curvas foram obtidas antes e após a utilização de broncodilatador Combivent Spray, com espaçador e com a suspensão da utilização do broncodilatador nas 12 horas que antecederam a espirometria. As respostas foram expressas em valores absolutos, com aumento em relação ao valor inicial e em relação aos valores previstos (PEREIRA, 2002b). Para classificação do critério de gravidade, utilizou-se a classificação de Pereira (2002b), conforme descrito abaixo:

1. Grau I (sem disfunção): VEF_1 , VEF_1/CVF % >LI nl-limite inferior da normalidade;
2. Grau II (disfunção leve): VEF_1 , VEF_1/CVF %60-LI nl;
3. Grau III (disfunção moderada): VEF_1 , VEF_1/CVF %41-59;
4. Grau IV (disfunção acentuada): VEF_1 , VEF_1/CVF %<40.

3.8 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos apresentados a seguir.

Antes da aplicação dos questionários, os participantes foram orientados a interrogar a pesquisadora caso surgissem dúvidas, dificuldades, desinteresse e constrangimento. Foram feitas auto-aplicações dos questionários em pacientes alfabetizados. Para aqueles que não eram alfabetizados, o questionário foi lido pela pesquisadora. As palavras e dúvidas dos pacientes acerca das perguntas e/ou respostas também foram explicadas seguindo orientações de aplicação dos respectivos questionários.

O questionário de Sinais e Sintomas e fatores de risco (SOUZA, JARDIM e JONES, 2000), representado pela Ficha de coletas de dados clínicos (Anexo IV), foi aplicado nos participantes da pesquisa como um critério de inclusão/exclusão. Foram incluídos todos os sujeitos que mostraram estabilidade clínica. Esse instrumento é utilizado em avaliação fisioterapêutica, para coletar dados como: tosse, escarro, chiado, falta de ar, febre, uso de oxigênio, internações, saturação de oxigênio, tabagismo, ocupação, poluição extradomiciliar e intradomiciliar.

Os sujeitos incluídos na pesquisa responderam, inicialmente, o instrumento genérico SF-36 e, em seguida, o instrumento específico SGRQ.

3.9 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.9.1 Análise das respostas do questionário SF-36

Para a análise dos resultados do SF-36, é dado um escore para cada questão que, posteriormente, é transformado em uma escala de valores de 0 a 100, onde 0 corresponde ao pior estado de saúde (QV) e 100 corresponde ao melhor. Para obtenção destes resultados, cada domínio é avaliado separadamente tendo seu valor individual.

3.9.2 Análise das respostas do SGRQ

A soma de cada domínio do questionário SGRQ pode chegar a um valor máximo para o domínio Sintomas, que está relacionado à primeira parte do questionário. A possibilidade máxima de pontos é de 662,5 para atividade que corresponde à sessão 2 e sessão 6 da parte 2. A possibilidade máxima de pontos é de 1209,1 para Impacto, que corresponde aos valores das sessões 1, 3, 4, 5, 7. A possibilidade máxima de pontos é de 2117,8. A pontuação de cada domínio é dada em porcentagem, calculada pelo coeficiente:

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

A pontuação total é alcançada somando todas as respostas do questionário e, depois, expressando o resultado em porcentagem dividida pela máxima possibilidade, que é 3989,4 pontos.

O questionário específico SGRQ apresenta boa QV quando escores próximos a 0 (zero) e pior QV com escores próximos a 100. Valores obtidos até 10% mostram que a QV ainda é considerada normal. Qualquer alteração em 4 unidades é considerada uma alteração significativa. Não há divisões entre os graus de obstrução, entre o que é leve, moderado ou acentuado (SOUZA, JARDIM e JONES, 2000).

3.9.3 Análise comparativa entre o questionário genérico SF-36 e o questionário específico SGRQ

Para análise dos resultados de ambos os questionários, os resultados foram separados em quatro quartis, sendo eles: 1.º quartil: valores obtidos nas respostas de 0-25; 2.º quartil: valores obtidos nas respostas de 26-50; 3.º quartil: valores obtidos nas respostas dos participantes de 51-75; e 4.º e último quartil: valores de respostas de 76-100. Devido ao fato de os questionários terem valores inversamente proporcionais para o questionário SF-36, a alteração da QV está apresentada nos valores dos 1.º e 2.º quartis, pois quanto mais próximo de 0, pior a QV. Já para o questionário específico SGRQ, valores que representam má QV estão relacionados aos 3.º e 4.º quartis, devido ao fato de esse questionário apresentar escore de má QV quanto mais próximo de 100.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 21 sujeitos de ambos os sexos, entre os quais 10 não sabiam ler. Por esse motivo, para esses participantes, os questionários foram lidos e preenchidos pela pesquisadora. Esse é o processo preconizado para esse tipo de procedimento e foram rigorosamente seguidas as orientações para tais casos. Na tabela 2, pode ser observado que os participantes apresentavam idade compreendida entre 48 a 86 anos, com média de 70,14 anos. O índice de massa corpórea (IMC) apresentou valores entre 13,71 e 35,38 (Kg/h^2), com média de 24,99. De acordo com os valores, os participantes foram assim classificados: quatro participantes estavam desnutridos ($\text{IMC} < 18,5$), cinco participantes eram eutróficos, nove tinham obesidade grau 1 (IMC entre 25 e 30) e três deles apresentavam obesidade grau 2 ($\text{IMC} > 30$).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de DPOC quanto à faixa etária, IMC e sexo na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Variável	Masculino	Feminino
Faixa etária		
40-50 anos	0	1
51-60 anos	1	1
61-70 anos	4	3
71-80 anos	7	3
81-90 anos	1	0
IMC		
Desnutrido	2	2
Eutrófico	4	1
Obeso grau 1 (de 25 a 30)	4	5
Obeso grau 2 > 30	3	0

4.2 AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA DOS PARTICIPANTES

Os valores da CVF, do VEF_1 e da VEF_1/CVF pré e pós-broncodilatador, observados na espirometria, foram divididos por grau de obstrução, sexo e quadro clínico do participante, correlacionando-os com o hábito de ser fumante, ex-fumante, ou não-fumante, como mostra a tabela 3. Pode-se observar que o hábito de ser fumante, ex-fumante ou não fumante, não atua como fator

significativo para o comprometimento no grau de obstrução. Houve participantes fumantes e ex-fumantes nos três graus de obstrução e apenas um deles, que era não fumante, foi classificado em grau de obstrução moderado.

Na tabela 3, observam-se os valores relativos à espirometria realizada em dois momentos distintos: antes e após a utilização de broncodilatador. Esses resultados foram coletados durante um único exame realizado com todos os pacientes. Como era esperado, para portadores de DPOC, o resultado dos exames espirométricos não apresentaram grandes diferenças nos valores exibidos após a utilização do broncodilatador. Esses resultados confirmaram apenas que os pacientes apresentavam doença obstrutiva. Os graus da DPOC variaram entre leve, moderado e acentuado. No que se refere à gravidade da doença, a maioria dos participantes, em um total de 18, apresentou grau de obstrução de moderado a grave, sendo que 12 pertenciam ao sexo masculino e 6 ao sexo feminino.

No que se refere aos valores da espirometria, foram observados os resultados relacionados ao CVF, VEF_1 e VEF_1/CVF . Os valores do VEF_1 variaram de 16,15 a 70,04 % dos valores preditos; e a relação VEF_1/CVF , de 46,56 a 132,95 % dos valores preconizados (PEREIRA, 2002b). Esses resultados foram obtidos no período pré-utilização de broncodilatador (tabela 3). Nenhum dos participantes fazia uso de oxigenoterapia domiciliar no momento da realização da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição dos valores relacionados ao grau de obstrução da DPOC quanto ao sexo, e tabagismo dos participantes entrevistados na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Grau de obstrução	N.º/ sexo	Tabagismo	CVF	VEF ₁	VEF ₁ /CVF	CVF	VEF ₁	VEF ₁ /CVF
			Pré-BD	Pré-BD	Pré-BD	Pós-BD	Pós-BD	Pós-BD
Leve	1 m	Ex-fumante	81,8	69	83	84,5	77	89,6
	2 f	Ex-fumante	67,05	70,6	103,65	70,47	76,27	106,55
	3 f	Fumante	78,99	91,77	111,07	92,36	100,39	103,92
Moderado	4 m	Ex-fumante	50,36	44,57	86,09	51,26	46,35	87,94
	5 m	Ex-fumante	51,22	47,05	89,06	60,21	59,65	96,05
	6 m	Ex-fumante	49,98	43,89	86,19	47,27	47,49	98,58
	7 f	Não - fumante	51,06	48,76	92,8	62,1	57,9	90,65
Acentuado	8 m	Ex-fumante	62,39	29,43	46,56	80,46	33,19	40,71
	9 m	Ex-fumante	40,25	25,73	63,67	47,06	34,44	72,84
	10 m	Ex-fumante	61,9	37,79	61,05	64,8	44,51	68,69
	11 m	Ex-fumante	56,21	39	66,49	59,14	41,42	67,12
	12 m	Ex-fumante	70,04	38,71	52,74	92,06	53,08	55,02
	13 m	Fumante	44,57	31,46	67,02	44,22	33,84	72,7
	14 m	Fumante	46,43	55,98	118,22	58,54	71,97	120,55
	15 m	Fumante	24,04	34,45	132,95	29,56	42,35	132,92
	16 m	Fumante	38,35	21,19	55,44	44,55	31,67	71,33
	17 f	Ex-fumante	35,33	23,51	65,84	40,16	29,75	73,27
	18 f	Ex-fumante	48,2	39,9	81,7	53,7	42,8	78,6
19 f	Ex-fumante	16,15	12,35	78,4	44,22	27,89	64,64	
20 f	Fumante	45,63	22,38	53,06	54,07	30,55	55,86	
21 f	Fumante	55,22	36,35	66,83	71,32	49,98	71,14	

Legenda: BD – broncodilatador; CVF – Capacidade Vital Forçada; VEF₁ – Volume Expiratório Forçado no 1.º Segundo; VEF₁/CVF – Relação entre o Volume Expiratório Forçado no 1.º Segundo e Capacidade Vital Forçada.

4.3 NÍVEIS DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO DOS PARTICIPANTES DURANTE A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Pacientes portadores de DPOC geralmente apresentam dessaturação de oxigênio (Sat O₂) abaixo de 90%, quando o nível aceitável em adultos seria acima deste valor. A avaliação dos participantes durante o repouso, em ar ambiente, apresentou valores que variaram entre 88 a 97%, sendo que a média foi de 92% e o desvio padrão, de 0,02%. No momento da aplicação dos questionários, quatro participantes apresentaram dessaturação de oxigênio. Os quatro eram do sexo masculino, porém nenhum deles fazia uso de oxigenoterapia domiciliar, não apresentava nenhum tipo de queixa associada a essa dessaturação, conforme pode ser visto na tabela 4. Ou seja, a falta de ar em

decorrência da DPOC não foi considerada um fator interveniente para as repostas obtidas.

Tabela 4 - Nível de saturação do oxigênio dos participantes no momento da entrevista efetuada na residência de cada participante na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Grau de obstrução	N.º	Sexo	SaO2
Leve	1	m	90%
	2	f	92%
	3	f	93%
Moderado	4	m	89%
	5	m	97%
	6	m	93%
	7	f	94%
Acentuado	8	m	92%
	9	m	88%
	10	m	93%
	11	m	88%
	12	m	89%
	13	m	90%
	14	m	91%
	15	m	96%
	16	m	95%
	17	f	96%
18	f	94%	
	19	f	94%
	20	f	93%
	21	f	92%

Legenda: SaO2 – Saturação de Oxigênio

4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO HÁBITO DE FUMAR COMO FATOR DE RISCO PARA A DPOC

Foi observado que 20 entrevistados, ou seja, a maioria dos participantes, eram ou ainda são fumantes. Apenas uma participante referiu nunca haver fumado. No que se refere ao sexo, o número de sujeitos que ainda é tabagista é de 3 participantes do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Todos os participantes tabagistas fumam há mais de 40 anos. Os ex-tabagistas fumaram por mais de 10 anos. Pode ser visualizado na tabela 5 que a questão do tabagismo não está diretamente relacionada com o grau de obstrução da doença. No grau de obstrução leve, uma participante do sexo feminino relata ainda ser fumante, tendo como tempo de tabagismo 60 anos. Outros cinco participantes também relatam ser tabagistas de longa data. Esses estavam classificados no grau acentuado da DPOC.

Tabela 5 - Identificação dos participantes quanto ao hábito de fumar, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Grau de obstrução	N.º	Sexo	Não tabagista	Período de tabagismo (anos)	Ex tabagistas duração do tabagismo (anos)	Períodos de cessação do tabagismo (anos)
Leve	1	m	-	-	40	20
	2	f	-	-	41	25
	3	f	-	60	-	-
Moderado	4	m	-	-	45	13
	5	m	-	-	46	22
	6	m	-	-	40	10
	7	f	1	-	-	-
Acentuado	8	m	-	-	30	14
	9	m	-	-	28	28
	10	m	-	-	46	7
	11	m	-	-	46	22
	12	m	-	-	30	10
	13	m	-	66	-	-
	14	m	-	40	-	-
	15	m	-	73	-	-
	16	m	-	-	25	15
	17	f	-	-	40	10
	18	f	-	-	10	30
	19	f	-	-	40	1
	20	f	-	60	-	-
	21	f	-	50	-	-

4.5 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36

A tabela 6 apresenta os resultados provenientes das respostas relativas ao questionário genérico SF-36 para os 21 participantes. Ficou demonstrado que não houve diferenças de escores entre os participantes quanto ao grau de obstrução, independente desse grau. Cada um dos participantes apresenta sua percepção da QV entre os escores máximos e mínimos.

Foi definido como ponto de corte o escore 50, sendo que acima desse valor, o participante apresenta boa QV; e abaixo dele, pior QV. Pode-se notar que o número dos participantes apresentou escores abaixo de 50 em todos os domínios. No que se refere aos domínios 1. capacidade funcional: 11 participantes; 2. aspectos físicos: 13 participantes, 3. dor: 11 participantes, 4. vitalidade: 14 participantes, 5. aspectos emocionais: 10 participantes

apresentaram valores abaixo de 50. Esses resultados demonstraram que havia comprometimento de sua QV. No entanto, de acordo com a percepção dos entrevistados, demonstraram uma QV ruim nos dois questionários e sua percepção é pior no questionário específico SGRQ. Entre os 13 participantes que obtiveram valores inferiores a 50, no domínio denominado aspectos físicos, 10 deles tiveram pontuação igual a zero, o que representava grande comprometimento de sua QV para este escore. Essa pontuação incluiu participantes nos três graus de obstrução, sendo um participante no grau leve, um no grau moderado e 8 no grau acentuado.

No domínio aspectos emocionais, 6 participantes apresentaram valor de escore igual a zero, o que representa má QV. Porém, também neste domínio, houve 9 participantes que apresentaram escore de valor igual a 100 e este foi o domínio que os participantes apresentaram maior pontuação. Em dois outros domínios, os participantes também apresentaram pontuação igual a zero: aspectos físicos com 10 indivíduos e aspectos emocionais com 6 indivíduos.

Os piores escores encontrados estavam relacionados aos domínios vitalidade, dor e aspectos físicos. De acordo com a percepção dos participantes, estes foram os piores aspectos, sendo que esses são os que tradicionalmente estão mais afetados na maioria dos portadores de DPOC.

Nos escores da capacidade funcional e estado geral de saúde, nenhum dos 21 participantes atingiu pontuação máxima, com valor de 100, o qual indica boa QV.

Os participantes 8 e 16, incluídos no grau acentuado da DPOC, obtiveram em todos os escores pontuações inferiores a 50, o que demonstrou que eles possuíam QV bastante comprometida em todos os itens avaliados.

Tabela 6 - Percepção dos portadores de DPOC sobre sua QV segundo o questionário SF-36, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Grau de obstrução	N.º/Sexo	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Est. geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Leve	1m	5	0	10	5	40	100	0	100
	2f	20	100	21	40	40	87,5	100	52
	3f	75	100	52	90	90	100	100	84
Moderado	4m	30	0	30	32	45	75	0	60
	5m	70	25	31	92	80	100	33,33	92
	6m	90	25	72	92	100	50	0	84
	7f	65	75	100	62	87,5	66,67	72	65
Acentuado	8m	35	0	20	20	25	26,25	0	20
	9m	50	0	42	37	30	12,5	0	52
	10m	70	75	71	34	70	100	25	64
	11m	30	0	51	62	20	62,5	66,66	84
	12m	90	50	20	62	35	62,5	100	44
	13m	20	0	100	55	45	50	100	36
	14m	20	0	20	5	20	100	0	8
	15m	25	100	100	92	50	62,5	100	92
	16m	5	0	10	5	10	12,5	33,33	28
	17f	55	100	100	87	95	100	100	96
	18f	60	75	62	70	60	75	100	80
19f	30	50	62	35	35	62,5	8	33,33	
20f	70	0	31	92	15	100	100	28	
21f	60	0	31	67	20	87,5	100	68	

Os escores médios das dimensões avaliadas pelo SF-36 estão apresentados na tabela 7, sendo que quatro dos oito componentes avaliados quando calculados a média ficaram com valores inferiores ao escore 50. São eles: capacidade funcional, com o valor 46,43, aspectos físicos com 36,90, dor com valor de média 49,33 e vitalidade com valor de 48,21. Entre estes, a menor dimensão da média foi no domínio aspectos físicos. Considerando os escores totais do SF-36, observou-se que a maioria das pontuações variara entre o mínimo de 0 e o máximo de 100. Considerando o escore de 50 para cada domínio

como ponto de corte, os domínios que atingiram valor maior que 50 foram: estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, sugerindo que, para esses participantes, a QV poderia ser considerada boa, mesmo tendo seus valores mínimos e máximo próximos a 0 e a 100. No domínio Aspectos Emocionais, o valor mínimo atingido foi 0 e o valor máximo atingido foi 100, mas a média ficou em 54,21.

Tabela 7 - Valores relativos aos oito domínios do questionário SF-36 para os portadores de DPOC entrevistados, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Domínios	Média	Mínimo	máximo
Capacidade funcional	*46,43 ± 26,46	5	90
Aspectos físicos	*36,90 ± 41,55	0	100
Dor	*49,33 ± 31,22	10	100
Estado geral de saúde	54,10 ± 30,71	5	92
Vitalidade	*48,21 ± 28,39	15	100
Aspectos sociais	71,09 ± 28,72	12,5	100
Aspectos emocionais	54,21 ± 45,19	0	100
Saúde mental	60,49 ± 27,56	8	100

* Valores abaixo de 50

4.6 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SGRQ

A tabela 8 apresenta os resultados obtidos por meio do questionário específico SGRQ para os 21 participantes, sendo que o grau de obstrução foi vinculado ao sexo e descreve o total de pontos obtidos, relacionando-os a cada domínio do SGRQ para cada participante. Os escores foram calculados conforme orientações do questionário que dizem respeito a: total geral do questionário e o valor relativo a porcentagem do valor relacionado a cada domínio.

Observa-se que todos os participantes apresentaram, em quase todos os domínios do questionário SGRQ, valores acima de 10%, o que significa o comprometimento de sua QV. Não houve distinção dos resultados entre participantes com grau de obstrução leve, moderado e acentuado. Segundo Souza, Jardim e Jones (2000), o valor aceitável para a QV considerada normal é de até 10%. Logo, pelos resultados apresentados pela aplicação deste questionário, quase todos os participantes têm sua QV comprometida em todos os domínios. Apenas o participante 17 apresenta valor de 7,71, no domínio sintoma, o que representa QV normal neste escore.

Tabela 8 - Percepção dos portadores de DPOC entrevistados sobre sua de QV, segundo o questionário específico SGRQ na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Grau de obstrução	N.º/sexo	Sintomas / %	Atividade / %	Impactos /%	Total / %
Leve	1 m	385,4 / 58,17	642,8 / 53,16	1422,7 / 67,17	2438 / 61,11
	2 f	497,7 / 75,12	306,4 / 25,34	406,1 / 19,17	1210,2 / 30,33
	3 f	389,9 / 58,85	660,3 / 54,61	1203 / 56,80	2253,2 / 56,48
Moderado	4 m	461,8 / 69,70	804,6 / 66,54	1477,2 / 69,75	2743,6 / 68,77
	5 m	191,1 / 28,84	736,4 / 60,90	267,6 / 12,63	1195,1 / 29,95
	6 m	130,9 / 19,75	576,6 / 47,68	496,2 / 23,42	1203,7 / 30,17
	7 f	599,2 / 90,44	881,7 / 72,92	1209,1 / 57,09	2690 / 67,43
Acentuado	8 m	494,5 / 74,64	883,1 / 73,04	1164,6 / 54,99	2542,2 / 63,72
	9 m	238,8 / 36,04	731,1 / 60,46	519,5 / 24,53	1489,4 / 37,33
	10 m	248,6 / 37,52	798 / 65,99	804 / 37,96	1850,6 / 46,38
	11 m	494,3 / 74,61	827 / 68,39	966,4 / 45,63	2287,7 / 57,34
	12 m	344,7 / 52,03	883,1 / 73,03	1326,7 / 62,64	2554,5 / 64,03
	13 m	180,5 / 27,24	495,6 / 40,98	477,1 / 22,52	1153,2 / 28,90
	14 m	491,4 / 74,17	892,7 / 73,83	1298,1 / 61,29	2682,2 / 67,23
	15 m	349,9 / 52,81	738,9 / 61,11	700,4 / 33,07	1789,2 / 44,84
	16 m	478 / 72,15	1209,1 / 100	1624,7 / 76,71	3311,8 / 83,01
	17 f	*51,1 / 7,71	718,9 / 59,45	631,2 / 29,80	1401,2 / 35,12
	18 f	122,3 / 18,46	576,7 / 47,69	429,8 / 20,29	1128,8 / 28,29
	19 f	188 / 28,37	234,8 / 19,41	356,6 / 16,83	779,4 / 19,54
	20 f	649,3 / 98,00	1127,7 / 93,26	1485,4 / 70,13	3262,4 / 81,77
	21 f	494,5 / 74,65	883,1 / 73,03	1164,6 / 54,99	2542,2 / 63,72

* Porcentagem menor que 10 % representa que não existe comprometimento para a QV nesse quesito para esse participante.

Na tabela 9 são apresentados os valores médios do questionário específico SGRQ, juntamente com valores mínimos e máximos para cada domínio.

Considerando os escores totais do SGRQ, observa-se que para a maioria das pontuações, observando-se o valor do escore de 50 para cada domínio como ponto de corte, os domínios que atingiram valor maior que 50 foram Sintoma, Atividade e o Valor Total para a maioria dos participantes neste questionário.

Tabela 9 - Valores dos três domínios e escore total do SGRQ na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Domínios	Média	Mínimo	Máximo
Sintomas	*68,02 ±166,19	51,1	649,3
Atividade	*79,35±207,36	234,8	1209,1
Impactos	972,09±459,24	16,83	76,71
Total	*119,46±728,28	1624,7	356,6

*** Valores acima do escore 50, o que significa pior QV para estes domínios**

Na figura 1 estão ilustradas as distribuições dos participantes em quartis para cada dimensão do questionário genérico SF-36. De modo geral, ainda que de forma irregular, os participantes encontravam-se presentes nos quatro quartis das dimensões estudadas, traduzindo a heterogeneidade dos resultados para esses participantes. Para essa análise, observaram-se valores menores que o escore 50, que estão apresentados no 1.º e 2.º quartis, o que representa o comprometimento da QV para estes participantes.

Como pôde ser observado, obtiveram-se, para esse grupo de pessoas, valores abaixo de cinqüenta, demonstrando o comprometimento de sua QV para metade dos participantes ou para mais da metade deles. Foram incluídos 11 participantes no domínio Capacidade Física, sendo que 6 estavam no 1.º quartil (de 0-25) e 5 participantes no 2.º quartil (de 26-50). Para o domínio Aspectos Físicos, 14 participantes compuseram os dois primeiros quartis, sendo que 12 deles foram incluídos no 1.º quartil e 2 participantes no 2.º quartil. No que se refere ao domínio Dor foram enquadrados 11 participantes nos dois primeiros quartis: 6 deles no 1.º quartil e 5 no 2.º quartil. No domínio Vitalidade, 14 participantes se enquadraram nos dois primeiros quartis: 6 deles no 1.º quartil e 8 no 2.º quartil.

Nos outros quatro domínios, houve uma pontuação mais elevada nos domínios, denominada Aspectos Sociais e Estado Geral de Saúde. Porém, os participantes com altos escores não atingiram 50% da amostra. No que se relaciona aos Aspectos Emocionais, 10 participantes se enquadraram nos dois primeiros quartis, com 8 participantes para o 1.º quartil e 2 no 2.º quartil. No domínio Estado Geral de Saúde, 9 participantes foram incluídos nos dois primeiros quartis, dividindo-se em 4 participantes para o 1.º quartil e 5 para o 2.º quartil. Para os domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental, a pontuação dos dois primeiros quartis foi relativamente pequena em relação aos outros domínios.

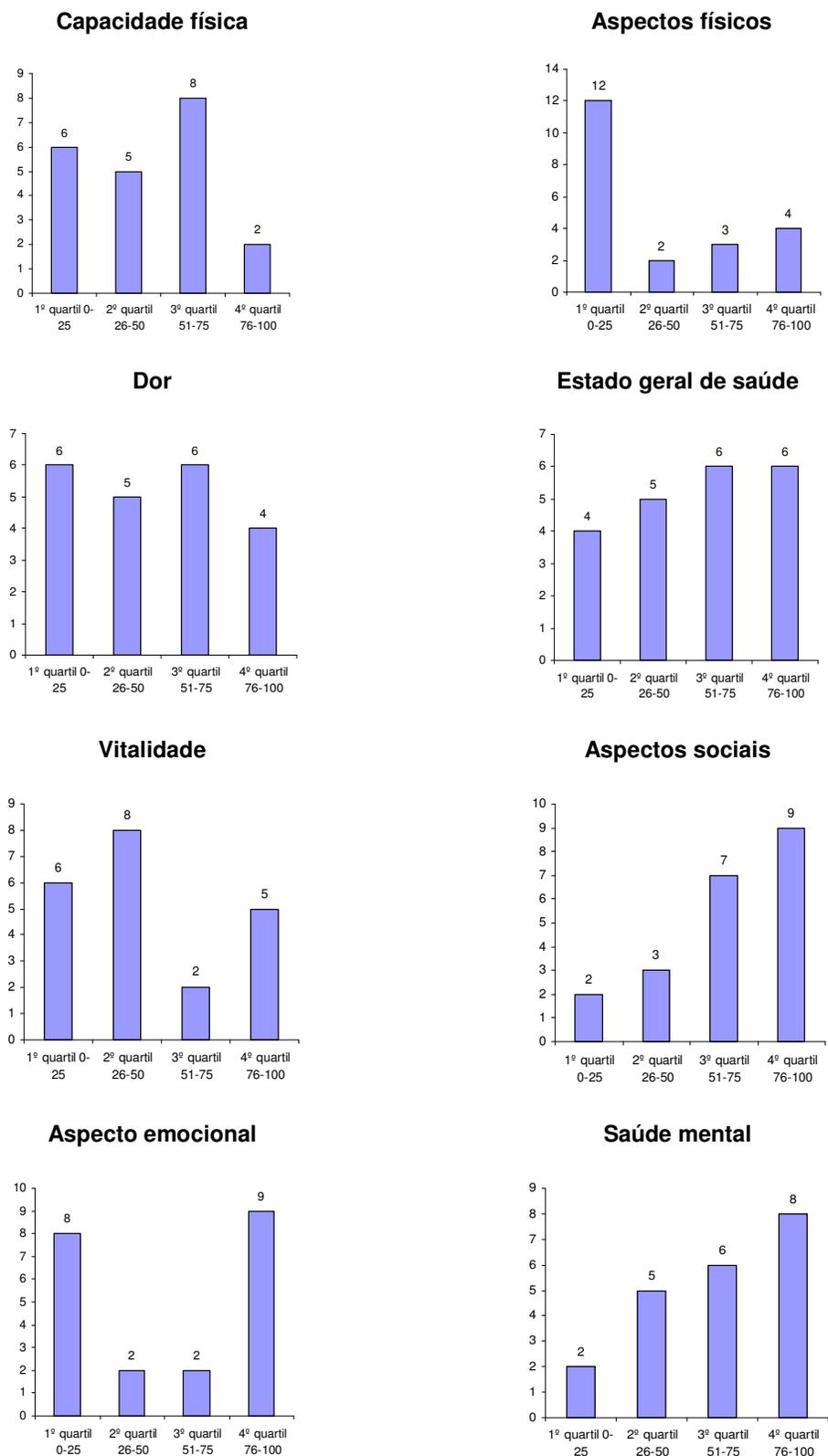


Figura 1 - Distribuição dos participantes nos quartis das dimensões do SF-36 na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

Na figura 2 estão ilustradas as distribuições dos pacientes em quartis para cada dimensão do questionário específico SGRQ. De modo geral, ainda que de forma irregular, os participantes encontram-se presentes em todos os quartis das dimensões estudadas, traduzindo a heterogeneidade da amostra. Como pôde ser observado no quesito Sintoma, 13 participantes se encontravam nos dois quartis acima do escore 50, sendo que no 3.º quartil foram incluídos 11 participantes e no 4.º quartil apenas 2, o que aponta que mais da metade dos participantes se encontravam nestes escores. Para os outros dois aspectos Atividade e Impacto, os participantes apresentaram a mesma quantidade numérica para o 3.º e 4.º quartis, tendo sido incluídos 9 participantes no 3.º quartil para os dois domínios e apenas 1 participante para o 4.º quartil nos dois domínios. Para o quesito Total, onde são associadas todas as respostas dos três domínios, foram incluídos 11 participantes nos 3.º e 4.º quartis: 9 participantes no 3.º quartil e 2 participantes, onde pode ser observado o comprometimento da percepção na QV para esses indivíduos.

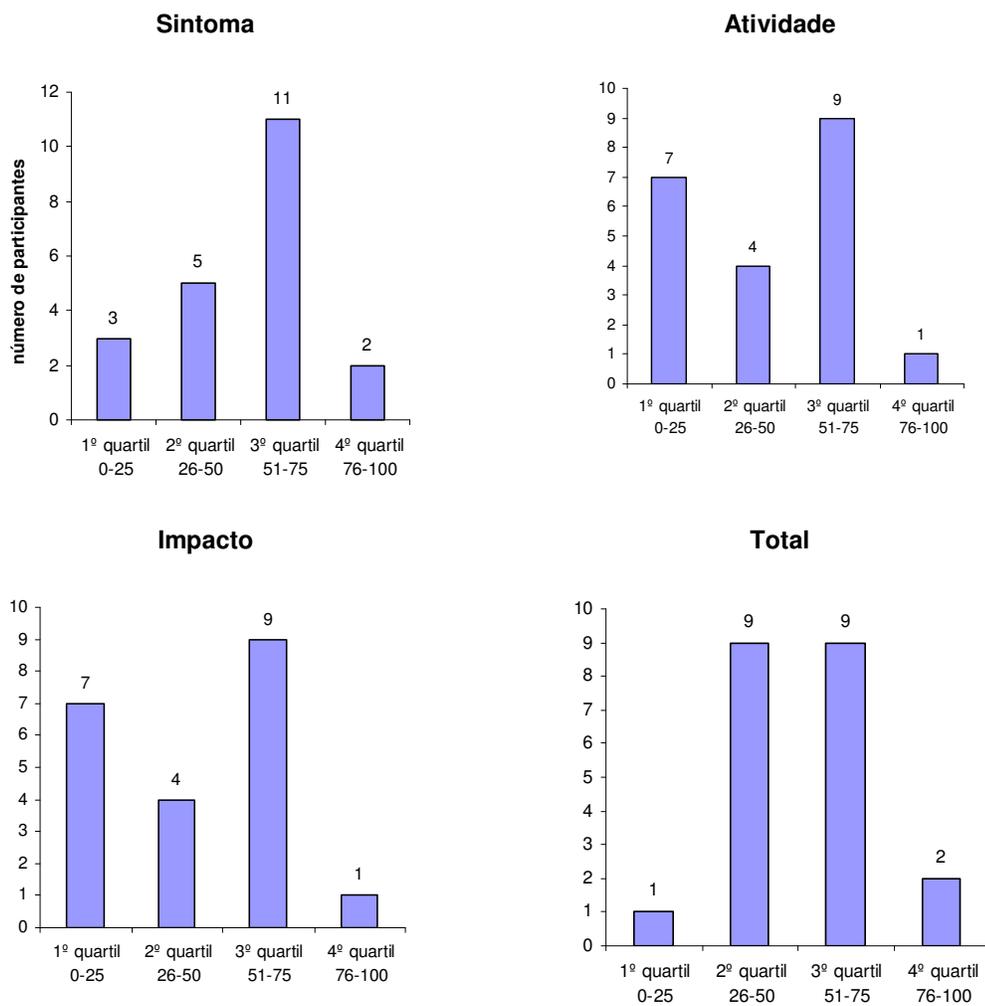


Figura 2 - Distribuição dos participantes nos diferentes quartis no que se refere às dimensões do SGRQ, na cidade de Rio Verde-GO, no período de janeiro a julho de 2007

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, são discutidos os resultados da pesquisa, confrontando-os com a literatura pesquisada e com os objetivos propostos. Seguiu-se a mesma seqüência de apresentação do capítulo anterior: caracterização sociodemográfica e clínica; temas relacionados à avaliação espirométrica, saturação de oxigênio, temas relacionados à QV e a relação entre percepção de QV na DPOC.

5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Algumas limitações influenciaram o desenvolvimento do estudo, entre os quais podem ser mencionados: o tamanho da amostra, composta por um número reduzido de participantes e a coleta de dados, restrita à cidade de Rio Verde - GO. Trata-se de uma amostra de conveniência que se deve, principalmente, ao fato de a pesquisa haver sido realizada em uma cidade que não possui tradição em pesquisa. Esse desconhecimento sobre os benefícios que uma investigação pode trazer ocasionou dúvidas aos potenciais participantes quanto à sua inclusão no estudo. Além disso, o local a partir do qual essas pessoas foram acessadas – o que ocorreu em clínicas privadas, foi um fator limitador, uma vez que foi permitido somente acesso restrito ao total dos prontuários arquivados. Isso limitou o estabelecimento de contato com todos os pacientes cadastrados nas clínicas de pneumologia da cidade. Justamente por isso, os resultados não podem ser generalizados, mas refletem a realidade de pacientes portadores de DPOC pertencentes a esse grupo.

A amostra foi composta por 21 participantes, os quais possuíam diagnósticos clínicos e espirométrico de DPOC, entre os quais 13 eram do sexo masculino e oito do sexo feminino. Esses achados diferem daqueles divulgados por Oliveira, Jardim e Rufino (2000), que demonstraram a existência de dois homens para cada mulher com DPOC, nos Estados Unidos. Essa estimativa ainda não foi confirmada para o Brasil.

Quanto à idade, todos eram adultos e idosos, com idade variando entre 48 a 86 anos, sendo que a participante de 48 era do sexo feminino. Arbex e

colaboradores (2004) relataram que mulheres acima de 40 anos compõem 14% das pessoas portadoras de DPOC. Neste estudo, 100% dos participantes do sexo feminino tinham idade superior a 40 anos. A menor idade encontrada para os participantes do sexo feminino foi de 48 anos.

No que se refere às características nutricionais, os participantes apresentaram distúrbios que variaram desde desnutrição até obesidade grau 2. A DPOC apresenta, como uma de suas características, grande correlação com perda de peso e alterações nutricionais. Como a DPOC se divide em duas doenças distintas, o enfisema pulmonar e a bronquite crônica, essas também definem biótipos específicos. Os enfisematosos são indivíduos mais magros e até mesmo desnutridos, com história de perda de peso. Os bronquíticos são pessoas que apresentam maior grau de obesidade, sem história de perda de peso. Mas, ainda assim, isso não quer dizer que esses indivíduos estejam em perfeito estado nutricional (SILVA e RODRIGUES, 2003).

Devido ao peso e às características distintas das duas doenças que possuem os indivíduos com DPOC, os resultados encontrados neste estudo podem estar relacionados aos daqueles apresentados por Oliveira, Jardim e Rufino (2000), os quais relatam que, nos Estados Unidos, encontram-se 90% dos casos de DPOC com predomínio de bronquite crônica e 10% dos casos com enfisema pulmonar.

No que se relaciona à gravidade da doença nos participantes, essa variou de grau leve a acentuado, segundo critérios apontados por Pereira (2002b). De acordo com Oliveira, Jardim e Rufino (2000), o fato de encontrar mais pacientes com gravidade moderada e acentuada, deve-se ao fato de o diagnóstico ser feito tardiamente, já que os pacientes podem não manifestar sintomas significativos, mesmo quando já apresentam baixos volumes de fluxo expiratório quando se realiza o teste espirométrico.

De acordo com Hajiro e colaboradores (1994), é preciso ter cautela ao tentar comparar a QV de pacientes portadores de DPOC com valores espirométricos. Dados sugestivos da literatura demonstraram que a VEF_1 e a VEF_1/CVF apresentam apenas pequena correlação com indicadores de QV.

Com relação à saturação do oxigênio, foram encontrados valores que variaram entre 88% e 97%, com média de 92% sem que os participantes estivessem fazendo uso de oxigenoterapia. De acordo com Viegas (2003), o uso

de oxigenoterapia pode ser realizado quando o paciente apresentar saturação inferior a 90%, se isso for necessário.

Entre os participantes que apresentaram dessaturação de oxigênio no momento da entrevista, um deles encontrava-se com grau de obstrução moderado e os outros três participantes com grau de obstrução acentuado. Nenhum participante com grau leve de obstrução apresentou dessaturação de oxigênio. Esses resultados vão ao encontro daqueles encontrados em estudo realizado por Rosa e colaboradores (2006), que fizeram testes com participantes que apresentavam saturação limite de 80%, mas sem suplementação de oxigênio.

No que diz respeito ao tabagismo, pôde-se constatar que grande parte dos entrevistados era fumante de longa data e que os demais eram ex-fumantes. Apenas um participante não era fumante ativo. No entanto, todos conviviam com pessoas tabagistas em seu cotidiano. O tempo de exposição ao fumo foi maior que 10 anos, o que replica os dados da literatura, que indicam o tabagismo como responsável por 80% das ocorrências da DPOC Brasil (1998).

De acordo com Jones (1995), os pacientes, mesmo após anos de cessação do hábito de fumar, apresentam diminuição da função pulmonar, o que pode restringir significativamente as atividades de vida diária. Neste estudo, nove dos participantes ex-tabagistas estavam incluídos no grau de obstrução acentuado, sendo que a maioria deles apresentava percepção da QV comprometida.

A maioria dos participantes era ex-tabagista, o que coincide com os resultados encontrados por Torres e Godoy (2004) e Gold (2008). Esses autores apontaram que a DPOC é causada principalmente pelo tabagismo, o fator ambiental mais importante e que mais influencia a QV dessas pessoas. Deve ser ressaltado, ainda, que os pacientes tabagistas são os mais acometidos pela DPOC e que a redução ou cessação do tabagismo está diretamente envolvida na redução dos sintomas da DPOC e, conseqüentemente, com a melhora da QV das pessoas. Esses resultados, no entanto, diferem daqueles encontrados neste estudo onde participantes ex-tabagistas de longa data ainda apresentavam grandes limitações em sua percepção sobre QV. Esta diferença pode ter ocorrido provavelmente pela quantidade restrita de participantes.

A dispnéia representa o principal sintoma e é responsável pelo declínio da QV, originando-se no tabagismo, que é seu principal fator de risco (JARDIM, OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2004). Essa afirmativa confirma os dados encontrados neste estudo e certifica que a QV dos participantes com DPOC é afetada realmente, aspecto confirmado pelos escores provenientes do questionário genérico SF-36, em que a maioria dos participantes está incluída nos estágios moderado e grave da doença.

A QV é um conceito multidimensional que abrange aspectos físicos, sociais e emocionais. Neste estudo, foram analisados os dados relativos à saúde geral e a QV de um grupo de portadores de DPOC, por meio de um questionário específico SF-36 e um questionário genérico SGRQ (LEMOS E COLS., 2006).

De acordo com a argumentação de Jones (1995) para pacientes portadores de DPOC, a correlação entre QV e valores espirométricos é muito pequena. Essa afirmativa foi, também, corroborada pelos resultados nos quais se pôde observar que, nos diferentes graus de obstrução obtidos no exame espirométrico, foram encontrados valores entre o mínimo e máximo previsto para cada questionário.

De acordo com Viegas (2003), não foram observadas correlações significativas entre os domínios do SF-36 com a gravidade da doença em pacientes DPOC. Entretanto, o autor relata que as áreas das funções Física, Emocional, Dor, Vitalidade e Estado de Saúde se relacionavam bem com indicadores de gravidade. Em nossos estudos, não foram comparados esses parâmetros, devido ao pequeno número da amostra.

Mahler e Mackowiak (1995) avaliaram 50 pacientes com DPOC moderado e obtiveram, em Aspectos Físicos, a média de 42, o pior escore encontrado na pesquisa. Nesse estudo, a melhor média foi obtida no domínio Aspectos Sociais, com 84,90 para o sexo feminino e para o sexo masculino, 62,60. Os autores encontraram valores entre esses com média de 72,7. Entretanto, a melhor média obtida em seus estudos foi no domínio Saúde Mental, com média de 79,6, o que diverge dos valores obtidos nesses estudos, no qual, no sexo feminino, encontrou-se o escore de 63,29 e para o sexo masculino, 58,77.

Cabe destacar também que os resultados de QV deste estudo referem-se à percepção dos participantes e como cada indivíduo interpreta sua condição

em termos de QV. Sabe-se que a severidade dos sintomas e intercorrências clínicas podem alterar a QV do portador de uma doença crônica.

Devido à percepção de cada indivíduo e por este estudo tratar de uma série de casos, os resultados obtidos foram divididos em escores de ambos os questionários em quartis. Para cada quartil, foram atribuídos valores equivalentes, tais como: 1, quartil de 0-25; 2, quartil de 26-50; 3, quartil de 51-75; 4, quartil de 76-100. Como os questionários têm valores inversamente proporcionais, foi adotada a nota de corte com valor de 50.

Logo, tornou-se possível visualizar e comparar, para cada um dos domínios do SF-36, que os piores valores de QV estavam localizados entre os domínios Capacidade Física, com 11 dos respondentes; Aspectos Físicos, com 14 participantes; Dor, com 11 participantes; e Vitalidade, com 14 participantes. Esses valores estão relacionados ao 1.º e 2.º quartis, com escore de 0-25 e 26-50 pontos.

No questionário genérico SF-36, pôde ser observado que, para os domínios relacionados ao Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais, a percepção da QV dos entrevistados se mostrou alterada, mas com quantidade de indivíduos menor que a metade da amostra, como encontrado nos outros domínios, onde grande parte dos entrevistados se enquadra, totalizando 50% ou mais da amostra. Já para os domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental, a percepção da QV para os participantes, ao responderem as perguntas respectivas, foi relativamente boa.

O questionário específico SGRQ também foi dividido em quartis, como foi apresentado o questionário SF-36, acima. Para esse questionário, valores importantes sobre a percepção da QV estão relacionados ao terceiro e quarto quartis, em que se pode visualizar o comprometimento da QV dos participantes. Os escores relacionados aos 3.º e 4.º quartis estão entre os valores de 51-75 e 76-100, os quais incluíram um maior número de participantes. Para o domínio Sintoma, foram incluídos 13 indivíduos; no escore equivalente à Atividade, 10 participantes foram enquadrados; e 10 participantes compuseram o escore Impacto. No valor de somatória total, 11 participantes se enquadravam no 3.º e 4.º quartis, o que permitiu visualizar o comprometimento da QV por meio da percepção dos sujeitos também no questionário genérico SGRQ. Segundo Souza, Jardim e Jones (2000), o valor aceitável para QV normal é de até 10%. Assim, de

acordo com os resultados provenientes da aplicação desse questionário, quase todos os participantes tiveram sua QV comprometida em todos os domínios.

Na literatura, não foram encontrados resultados referentes a pacientes com DPOC que pudessem ser comparados com os valores obtidos neste estudo. Existem, na literatura atual, relatos da eficácia do questionário SF-36 e SGRQ para portadores de DPOC, mas os resultados daqueles estudos foram apresentados de forma distinta quando comparados à esta pesquisa (ANDRADE E COLS., 2006).

Como pôde ser verificada, a presença de doença crônica implica a necessidade de tratamento contínuo por um longo período. A idade avançada e a presença de co-morbidades constituem fatores importantes para a determinação da QV dessa população. A interação dos fatores presentes em diferentes graus de obstrução em um dado paciente pode explicar parte da heterogeneidade encontrada nos resultados.

Este trabalho, assim como o de outros autores, demonstrou redução evidente da QV em pacientes com DPOC. Vale ainda ressaltar que o conceito de QV, assim como os instrumentos para sua mensuração, estão em processo de desenvolvimento. Vários estudos têm tentado identificar as melhores condições para aplicação desses instrumentos, principalmente no caso de pacientes crônicos.

CONCLUSÃO

Os benefícios provenientes da aplicação dos questionários para os participantes portadores de DPOC demonstraram ser relevantes e estabeleceram a aproximação necessária entre a percepção sobre a doença e os questionamentos relacionados ao cotidiano no trabalho e nas relações estabelecidas. A pergunta norteadora da pesquisa – que buscava responder **se o questionário genérico SF-36 e o questionário específico SGRQ são capazes de demonstrar a percepção de qualidade de vida em portadores de DPOC** – mostrou-se importante e permitiu o delineamento do estudo e a definição dos objetivos, que foram plenamente alcançados. Os participantes se envolveram na pesquisa e foi possível verificar como eles percebiam sua qualidade de vida e como conviviam constantemente com a doença.

A mensuração da qualidade de vida por meio do questionário genérico SF-36 permitiu estabelecer o vínculo entre a percepção pessoal e os aspectos alterados da saúde, o que demonstrou comprometimento significativo na maioria dos domínios observados. Houve exceção, no entanto, no que se refere a domínios relacionados aos Aspectos Sociais e à Saúde Mental, os quais não foram considerados como comprometidos pelos participantes. Uma possibilidade para esse resultado é o fato de que esses domínios não se relacionam com aspectos associados diretamente ao cansaço e à dispnéia, importantes para os portadores de DPOC. Dessa forma, não foram percebidos como comprometedores para sua qualidade de vida.

Os resultados provenientes da aplicação do questionário específico SGRQ explicitaram maior comprometimento da percepção dos participantes sobre sua qualidade de vida, possivelmente porque os questionamentos eram mais objetivos nos aspectos relacionados à doença que possuíam. Os domínios mais comprometidos para esse questionário foram: Sintoma, com 13 participantes e o valor de escore total com 11 participantes; para os outros dois domínios Atividade e Impacto, ambos apresentaram 10 participantes com percepção de comprometimento de sua qualidade de vida variando entre o 3º e 4º quartis.

Este estudo demonstrou, ainda, que existe viabilidade sobre a possibilidade de se comparar os resultados provenientes da aplicação de um

questionário genérico, como o SF-36, e um questionário específico, como o SGRQ, para verificar a percepção de portadores de DPOC sobre sua qualidade de vida. Ambos os instrumentos apontaram para o comprometimento efetivo na QV dos participantes. Porém, o SF-36 não consegue identificar as particularidades das alterações encontradas em pacientes com DPOC. Apesar disso, é possível concluir que a complementaridade existente entre os dois instrumentos deve ser considerada em estudos realizados para avaliar a qualidade de vida de portadores de DPOC.

No contexto de realização deste estudo, observou-se que a existência de participantes distribuídos nos três graus de obstrução da DPOC independe das características sociodemográficas e clínicas. A diversidade da doença está fortemente relacionada aos seguintes aspectos: tabagismo de longa data em ambos os sexos, idade superior a 40 anos, variação do peso corporal, incluindo diferentes graus de nutrição, que iam desde a desnutrição até a obesidade de grau 2.

Os resultados alcançados demonstraram que esse é um grupo de pessoas que necessita de cuidados especialmente direcionados à sua situação de saúde. Aspectos relacionados às atividades que desenvolvem na vida diária, necessidade de acompanhamento médico, fisioterapêutico, psicológico e nutricional mais próximo e apoio familiar merecem atenção específica, pois, devido à sua patologia, essas pessoas tendem a se excluir da vida em sociedade. O estudo revelou, ainda, a necessidade de se desenvolverem novas pesquisas direcionadas a esse grupo de pessoas, incluindo-se maior número de participantes, o que permitirá generalizar os resultados. É importante ressaltar que tanto a classe médica como a sociedade de onde são recrutados os participantes necessitam ser mais amplamente esclarecidos sobre a importância da realização de pesquisas, o que contribuirá para uma participação mais efetiva nesse processo.

6 REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com questionário MAC NEW QLMI e SF-36**. 2005. 105f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.
- ALMAGRO, P.; CALBO, E.; ECHAGÜEN, A.O. de; BARREIRO, B.; QUINTANA, S.; HEREDIA, J.L.; GARAU, J. Mortality after hospitalization for COPD. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, nov. 2001.
- ANDRADE, V. C. DE; CURY, V.; PINHEIRO, J. T. G.; JAMAMI, M.; JAMAMI, L. K. Correlação entre os questionários Saint George e Short-Form 36 em pacientes com DPOC. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA, 13, 2006, São Carlos. **Resumos...** São Carlos: Associação Brasileira de Pesquisa, 2006.
- APOLONE, G.; MOSCONI, P. Review of the concept of Quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical research. **Nephrol Dial Transplant**, v. 13, p. 65-69, 1998.
- ARBEX, M. A.; CANÇADO, J. E. D; PEREIRA, L. A. A; BRAGA, A. L. F; SALDIVA, P. H. N. Queima de biomassa e efeitos sobre a saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, n.º 2, p. 158-175, mar./abr. 2004.
- BAMPI, L. N. da S. **Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas com Lesão Medular Traumática**: uma forma de estudar a experiência da deficiência. 2007. 155f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília,
- BOERY, E. N. **Qualidade de vida de pacientes adultos com câncer de pulmão, submetidos a quimioterapia ambulatorial**. 2003. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BORGES, M. C.; VIANNA, E. S. O.; TERRA FILHO, J. Abordagem terapêutica na exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Medicina**, Ribeirão Preto, n.º 36, p. 241-247, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Falando sobre o tabagismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998.
- BRITTO, R. R.; SANTOS, C. F. F.; BUENO, F. F. Reabilitação Pulmonar e qualidade de vida dos pacientes portadores de Dpoc. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n.º 1, p. 9-16, jan./jun., 2002.
- CELLI, B. R.; MACNEE, W.; ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. **European Respiratory Journal**, v. 23, n.º 6, p. 932-946, 2004.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, n.º 6, a. 4, p. 358-362, 2000.
- CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 43, n.º 2, p. 9-13, mar./abr. 2003.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINAO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n.º 3, p. 143-150, 1999.

COGHI, S. L. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes adultos com dermatite atópica**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC. **Revisão de alguns aspectos de epidemiologia e tratamento da doença estável**. 2006. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/Arquivos/Consenso_DPOC_SBPT_2006.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2008.

COSTA NETO, S. B. da. **Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço**. 2002. 81f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. 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, a. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

DEVINE, B. E. S.; MITH, K. L.; STEHMAN-BREEN, C.; PATRICK, D. L. Health related quality of life assessment in chronic kidney disease **Expert Rev Pharmacoeconomies**, a. 3, v. 1, p. 89-100, out. 2003.

DOURADO, V. Z. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 32, n.º 2, p. 161-171, 2006.

DOURADO, V. Z.; ANTUNES, L. C. O.; CARVALHO, L. R.; GODOY, I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 30, n.º 2, mar./abr. 2004.

ENGSTROM, C. P.; PERSSON, L. O.; LARSSON, S.; SULLIVAN, M. Health-related quality of life in COPD: why both disease-specific and generic measures should be used. **European Respiratory Journal**, v. 18, n.º 1, p. 69-76, 2001.

FERREIRA, C. A. S.; CUKIER, A. Avaliando a DPOC pela perspectiva do paciente. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 32, n.º 2, p. 7-8, 2006.

FERREIRA, M.; ALONSO, J.; MOREIRA, J.; KHALAF, A.; AGUAR, M. C.; PLAZA, V.; PIETRO, L.; ANTÓ, J. M. Validity and reability of the St. George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, p. 1160-1166, 1996.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.º 1, p. 19-28, 1999.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Tradução de Bruce B. Ducan e Maria Inês Schimidt. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GODOY, D. V.; GODOY, F. R. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um

programa de reabilitação pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 28, n.º 3, p. 120-124, 2002.

GOLD - GLOBAL INICIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Guia de bolso para o diagnóstico, a conduta e prevenção da DPOC**: projeto implementação GOLD Brasil. Tradução de Maria Clara Castellões Oliveira e Juliana Soares Fagundes. São Paulo: ALAT, 2003. Disponível em: <www.goldcop.org>. Acesso em: 24 fev. 2008.

GOMES, M. J. M. O ambiente e o pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 28, n.º 5, p. 261-262, set./out. 2002.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural Adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal Clin Epidemiol**, v. 46, p. 1417-1432, 1993.

HAIRO, T.; NISHIMURA, K.; TISUKINO, M.; IKEDA, A.; IZUMI, T. St. George's Respiratory Questionnaire is more discriminatory than the SF-36 in assessing health-related quality of life in COPD patients. **American Journal of Respiratory and a Care Medicine**, v. 24, p. 220-225, 1998.

HILLERS, T. K.; GUYATT, G. H.; OLDRIDGE, N.; CROWE, J.; WILLAN, A.; GRIFFITH, L.; FEENY, D. Quality of life after myocardial infarction. **Journal Clinical Epidemiology**, v. 47, n.º 11, p. 1287-1296, 1994.

IBGE. **População**. Disponível em: <<http://www.gov.br>>. Acesso em: 24 mar. 2008a.

IBGE. **Censos e estimativas**: pirâmide etária. Disponível em: <http://abnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/GO/GO_Rio_Verde_Geral.xls>. Acesso em: 24 mar. 2008b.

JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. A.; NASCIMENTO, O. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento. In: II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 1-5, Nov. 2004. Suplemento 5.

JONES, P. W.; QUIRK, F. H.; BAVEYSTOCK, C. M. The St. George's Respiratory Questionnaire. **Respiratory Medicine**, p. 25-31, 1991.

JONES, P. W. Issues concerning health quality of life in COPD. **Chest**, v. 107, p. 187-193, may 1995. Supplement.

JUNIPER, E. F. Impact of upper respiratory allergic diseases on quality of life. **Journal Allergy Clinical Immunology**, v. 101, p. 386-391, 1998.

KAPLAN, R. M.; RIES, A. L.; REILLY, J.; MOHSENFAR, Z. Measurement of health-related quality of life in the national emphysema treatment trial. **Chest**, v. 126, n.º 3, p. 781-789, 2004.

LEMOS, M. C. D.; MIYAMOTO, S. T.; VALIM, V.; NATOUR, J. Qualidade de vida em pacientes com Osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, p. 323-328, 2006.

MACHADO, C. A.; MION JUNIOR, D.; PASCOAL, I.; MAGALHÃES, L. C.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; PRAXEDES, J. N.; GOMES, M. A. M.; KOHLMANN JUNIOR, O. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 1-14. 2004. Suplemento.

- MAHLER, D.; MACKOWIAK, J.I. Evaluation of the Short – Form 36 – Item Questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. **Chest**, v. 107, p. 1585-1589, 1995.
- MARINO, D.M.; MARRARA, K.T.; LORENZO, V. A.P.D.; JAMANI, M. Teste de caminhada de seis minutos na doença pulmonar obstrutiva crônica com diferentes graus de obstrução. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 13, n.º 2, p. 103-106, mar./abr. 2007.
- MARTINEZ, T. Y. et al. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. **Chest**, v. 117, p. 1627-1632, 2000.
- MARTINS NETO, J. E. C. M.; AMARAL, R. O. Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n.º 1, p. 3-5, out. 2003.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doenças renal crônicas em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 13, n.º 5, p. 670-676, set./out. 2005.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL WORKING PARTY. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. **Lancet**, v. 1, n.º 8222, p. 681-686, 1981.
- MEZOMO, J. C. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: Memisa, 1992.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.º 1, p. 7-18, 2000.
- MORALES, R. R. **Avaliação transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF-36)**. 2005. 84f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. **Science**, v. 274, p. 740-743, 1996.
- OLDRIDGE, N.;GOTTLIEB, M.;GUYATT, G.; JONES, N.; STREINER, D.; FEENY, D. Predictors of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 18, p. 95-103, 1998.
- OLIVEIRA, J. C. A. de; JARDIM, J. R. de B.; RUFINO, R. Dos aspectos diagnósticos. In: I CONSENSO BRASILEIRO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 26, abril 2000. Suplemento.
- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PAULIN, E.; BRUNETTO, A. F.; CARVALHO, C. R. F. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 29, n.º 5, p. 295-300, set./out. 2003.

- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a.
- PEREIRA, C. A. C. Espirometria. **Journal Pneumology**, v. 28, n.º 3, p. 1-82, 2002b.
- ROSA, F. W.; CAMELIER, A.; MAYER, A.; JARDIM, J.R. Avaliação da capacidade de exercício em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: comparação do teste de caminhada com carga progressiva com o teste de caminhada com acompanhamento. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 32, a. 2, p. 106-113, ago. 2006.
- SADD, I. A. B.; BOTEGA, N. J.; TORO, I. F. C. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a ressecção pulmonar por neoplasia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 32, n.º 1, p. 10-15, 2006.
- SALES, Z. N. Qualidade de vida e sua relação com as doenças crônico-degenerativas. **Revista Nursing**, v. 92, n.º 9, jan. 2006.
- SANTOS, S. L. **Comparação entre a avaliação da qualidade de vida, prova de função pulmonar, teste da caminhada de 6 minutos e avaliação clínica de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica que recebem atendimento fisioterápico na clínica escola de fisioterapia UNITRI**. 2000. 21f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Triângulo, Uberlândia, 2000.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-588, mar./abril. 2004.
- SILVA, C. A. M.; RODRIGUES, S. L. Educação na reabilitação pulmonar. In: RODRIGUES, S. L. (Org.) **Reabilitação pulmonar: conceitos básicos**. Bauri: Manole, 2003. p. 85-92.
- SILVA, D. M. G. V. da; SOUZA, S. da S.; FRANÇIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.º 1, p. 7-14, jan./fev. 2005.
- SILVA, L. C. C. **Compêndio de pneumologia**. 2. ed. São Paulo: Fundação BYK, 1997.
- SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de infartados**. 2003. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.
- SOUSA, T. C. de. **Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil**. 1999. 93f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Física) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- SOUSA, T. C. de; JARDIM, J. R.; JONES, P. Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n.º 3, p. 119-128, maio/jun. 2000.
- THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment. Position paper from the World Health Organization. **Society Science Medicine**, v. 41, n.º 10, p. 1403-1409, 1995.

TORRES, B. S.; GODOY, I. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 30, n.º 2, ago. 2004.

TORRES, J. P. de; MD; PINTO-PLATA, V.; INGENITO, E.; BAGLEY, P.; GRAY, A.; BERGER, R.; CELLI, B. Power of outcome measurements to detect clinically significant changes in pulmonary rehabilitation of patients with COPD. **American College of Chest Physicians**, v. 121, p. 1092-1098, 2002.

VAN STEL, H. F.; BOGGARD, J. M.; RIJSSENBEK-NOUWENS, L. H.; COLLAND, V. T. Multivariable assessment of the 6-min walking test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Am Jornal Respir Crit Care Med**, v. 163, p. 1567-1571, 2001.

VIEGAS, C. A. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). In: RODRIGUES, S. L. (Org.). **Reabilitação pulmonar: conceitos básicos**. São Paulo: Manole, 2003. p. 23-53.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, E. D.: **The SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual**. Boston: The Health Institute, 1994.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, p. 473-483, 1992.

WILSON, C. B.; JONES, P. W.; LEARY, C. J.; COLE, P. J.; WILSON, R. Validation of the St. George's respiratory questionnaire in bronquiectasias. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 156, p. 536-541, 1997.

ZANCHET, R.C.; VIEGAS, C.A.A.; LIMA, T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 31, n.º 2, mar./abr. 2005.

ANEXOS

ANEXO I – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/FESURV



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

CREDCENCIADA PELO DECRETO Nº 5.971 DE 02 DE JULHO DE 2004

Fazenda Fontes do Saber
Campus Universitário
Rio Verde - Goiás

Cx. Postal 104 - CEP 75901-970
CNPJ 01.815.216/0001-78
I.E. 10.210.819-6 / I.M. 021.407

Fone (64) 3620-2200
e-mail fesurv@fesurv.br
www.fesurv.br

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - FESURV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/FESURV
Avenida Presidente Vargas nº 2342- Jardim Goiás- Rio Verde-GO

PARECER Nº 043/2006.

Título do Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica através de um instrumento genérico Short Form 36(SF 36) e um específico St. George Respiratory Questionnaire(SGRQ).

Registro no CEP/FESURV nº: 006/2006

Nome do pesquisador responsável: Noeli Pagani

Instituição responsável: Universidade de Rio Verde – FESURV/UNB
Grupo III / Ciências da Saúde / Fisioterapia e Terapia ocupacional.

Ao proceder a análise do projeto de pesquisa em questão, em resposta ao parecer CEP/FESURV nº: 021/2006, cabem as seguintes considerações:

As solicitações foram acatadas, e, diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde - CEP/FESURV, de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Rio Verde - Goiás, 20 de dezembro de 2006.


Mônica Teresa Ruocco Alcauza
Coordenadora – CEP/FESURV

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
 RG _____, Estado Civil _____, Sexo _____,
 Data de nascimento _____, Idade _____ anos.

Concordo em participar deste estudo e ciente da realização de uma (1) entrevista, à qual responderei aos questionários para avaliar qualidade de vida. Caso haja qualquer imprevisto, nova entrevista poderá ser realizada, bem como minha ficha clínica poderá ser investigada pela referida fisioterapeuta.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

Fui informado (a) que o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida relativa à saúde e que responderei também questões demográficas e clínicas.

Fui informado (a) que todas as dúvidas serão plenamente esclarecidas pelo(a) fisioterapeuta, que participam deste estudo e que meu médico foi informado da minha participação.

Fui informado (a) que minha participação é voluntária e que a qualquer momento e a qualquer razão, posso interromper minha participação neste estudo. Durante a entrevista não terei nenhuma despesa ou nenhum tipo de remuneração.

Fui informado (a) que as informações coletadas a meu respeito ficarão à disposição, caso necessário, das autoridades regulamentadoras, dos participantes do estudo, e que esta informação será mantida em sigilo e se os resultados forem publicados, não serei identificado.

Diante de qualquer dúvida sobre a entrevista, poderei entrar em contato com a pesquisadora Noeli Pagani pelos telefones (64) 3621 5979; (64) 81161923 ou em sua residência, na Rua Álvares de Azevedo nº. 100, Jardim Brasília, Rio Verde-GO; com o Orientador Dr. Ramón F. Alonso Lopez pelos telefones (61) 32727893 ou (61) 96079761, ou em sua residência Rua SQ, nº314 Bloco E Aptº 509, Asa Norte Brasília-DF.

Poderei também entrar em contato com o Comitê em Ética e Pesquisa da FESURV-Universidade de Rio Verde-GO.

Informo que tenho uma cópia deste formulário, o qual foi assinado em duas vias idênticas.

Assinatura do paciente ou representante legal autorizado

Assinatura da pesquisadora

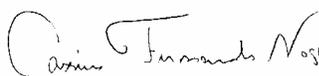
Assinatura da testemunha

AUTORIZAÇÃO

Eu, CASSIUS FERNANDES NOGUEIRA, RG: 5.731.247 SSP MG, CRM: 8393-GO

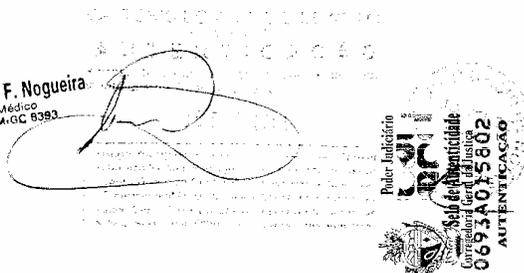
Autorizo a fisioterapeuta NOELI PAGANI a ter acesso aos nomes, endereços e telefones dos meus pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, após autorização por parte dos mesmos através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para serem convidados a participar de pesquisa de Mestrado intitulado por “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATRAVÉS DE UM INSTRUMENTO GENERICO SHORT FORM 36 (SF 36) E UM ESPECIFICO St GEORGES RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)” onde serão convidados a responder três questionários.

Os pacientes participantes desta pesquisa poderão a qualquer momento se retirar do estudo, se assim o desejar.



Cassius F. Nogueira
Médico
CRM-MG 8393

Rio Verde, 14 de novembro de 2006



Autorização

Eu, LEONARDO VIEIRA DO CARMO

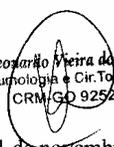
RG 2.709.189,

CRM 9252 Clínica Compu

_____, autorizo a fisioterapeuta Noeli Pagani ter acesso aos nomes, endereços e telefones dos meus pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica para serem convidados a participar da sua pesquisa de Mestrado intitulado por "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATRAVÉS DE UM INSTRUMENTO GENÉRICO SHORT FORM 36 (SF 36) E UM ESPECÍFICO St GEORGES RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ) " onde serão convidados a responder três questionários.

A participação destes pacientes será realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem nenhum compromisso podendo estes se retirar do estudo a qualquer momento que quiserem.


 INTERMUNICÍPIO DE NOTAR
 AUTENTICAÇÃO
 2006


 Dr. Leonardo Vieira do Carmo
 Pneumologia e Cir.Torácica
 CRM/GO 9252


 Polier Judiciário
 Sala de Autenticidade
 Carregador: Carlos de Jesus
 0693.4015805
 AUTENTICAÇÃO

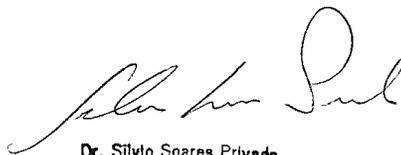
Rio Verde, 11 de novembro de 2006.

Autorização

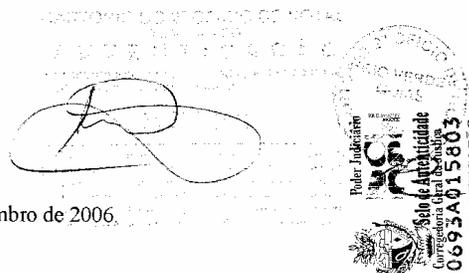
Eu, Silvio Soares Privado
 RG 376.770 - RJ - mm
 CRM 4021 Clínica PULMOCENTER

_____, autorizo a fisioterapeuta Noeli Pagani ter acesso aos nomes, endereços e telefones dos meus pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica para serem convidados a participar da sua pesquisa de Mestrado intitulado por "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATRAVÉS DE UM INSTRUMENTO GENÉRICO SHORT FORM 36 (SF 36) E UM ESPECÍFICO St GEORGES RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ) " onde serão convidados a responder três questionários.

A participação destes pacientes será realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem nenhum compromisso podendo estes se retirar do estudo a qualquer momento que quiserem.



Dr. Silvio Soares Privado
 PNEUMOLOGISTA
 CRM 4021 GO



Rio Verde, 11 de novembro de 2006.

ANEXO V – QUESTIONÁRIO SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Instruções : Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda toda questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é :

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada à um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades ? Neste caso, quando ?

(circule 1 número em cada linha)

atividades	Sim. dificulta muito	Sim. dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) atividades rigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) subir um lance de escada	1	2	3
f) curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) andar vários quarteirões	1	2	3
i) andar um quarteirão	1	2	3
j) tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade regular, **como conseqüência de sua saúde física ?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou à outras atividades ?	1	2
b) realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
c) esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades ?	1	2
d) teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de um esforço extra)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou à outras atividades ?	1	2
b) realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
c) não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo ?

(circule uma)

De forma nenhuma	ligeiramente	moderadamente	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas** ?

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	leve	moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

7. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro e fora de casa) ?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às **últimas 4 semanas**.

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física** ou **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc) ?

(circule uma)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você ?

(circule uma em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

(circule uma para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade de força ?	1	2	3	4	5	6
b) quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c) quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d) quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
e) quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f) quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g) quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h) quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i) quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DO HOSPITAL ST. GEORGE DE QUALIDADE DE VIDA (SGRQ)

QUALIDADE DE VIDA E DPOC

Houve um crescimento, na última década, no interesse em se avaliar a relação saúde-qualidade de vida nos pacientes com DPOC. Vários questionários têm sido desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida. De um modo geral, eles procuram avaliar o estado de saúde e as repercussões que a doença causa, além de servirem como instrumento para comparar o efeito de alguma intervenção.

O Questionário Respiratório do Hospital Saint George (SGRQ) foi desenvolvido em 1991. É auto-administrado e compõe-se de três partes: sintomas, atividades e impacto da doença. A resposta ao questionário leva em média 12 minutos. O SGRQ demonstrou ser um instrumento fidedigno que pode medir o que a doença está representando na vida desses pacientes.

Questionário do Hospital Saint George de qualidade de vida (SGRQ)
--

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

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

PARTE 1

Estas perguntas exploram quais problemas respiratórios você teve durante os últimos 3 meses.

Marque com um X somente uma resposta em cada pergunta.

	Quase todos os dias da semana	Vários dias da semana	Poucos dias no mês	Só em caso de infecções respiratórias	Nunca
1. Durante os últimos 3 meses, tem tossido:	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
2. Durante os últimos 3 meses, houve expectoração:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante os últimos 3 meses, teve falta de ar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante os últimos 3 meses, teve crises de sibilos (chiados) no peito:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 3 meses, quantas vezes teve problemas respiratórios que foram graves ou muito desagradáveis?	Mais de 3 vezes <input type="checkbox"/> (4)	3 vezes <input type="checkbox"/> (3)	2 vezes <input type="checkbox"/> (2)	1 vez <input type="checkbox"/> (1)	Nenhuma vez <input type="checkbox"/> (0)
6. Quanto tempo durou a pior das suas crises respiratórias? (Passe à pergunta 7, caso não tenha havido nenhuma crise grave)	Uma semana ou mais <input type="checkbox"/> (3)	3 dias ou mais <input type="checkbox"/> (2)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (1)	Menos de um dia <input type="checkbox"/> (0)	
7. Durante os últimos 3 meses, em uma semana normal, quantos dias tem passado bem (com pouco problema respiratório)?	Nenhum dia bem <input type="checkbox"/> (4)	1 ou 2 dias bem <input type="checkbox"/> (3)	3 ou 4 dias bem <input type="checkbox"/> (2)	Quase todos os dias estive bem <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias estive bem <input type="checkbox"/> (0)
8. Se seu peito chia, é pior pela manhã quando se levanta?	Não <input type="checkbox"/> (0)	Sim <input type="checkbox"/> (1)			

PARTE 2

Seção 1 *Como descreveria sua enfermidade respiratória? Marque com um X somente uma resposta. Se alguma vez houve um trabalho remunerado, marque com um X uma das seguintes opções:*

É meu problema mais importante	Causa muitos problemas	Causa poucos problemas	No me causa problema nenhum
<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Meu problema respiratório me obrigou a deixar de trabalhar por completo	Meu problema respiratório interfere (ou interferiu) no meu trabalho ou me fez trocar de emprego	Meu problema respiratório não afeta (ou não afetou) meu trabalho	
<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	

Seção 2 *Estas perguntas se relacionam com as atividades que atualmente lhe causam falta de ar. Para cada opção marque com um x verdadeiro ou falso, segundo seu caso.*

	Verdadeiro	Falso
Sentar-se quieto/a ou encostar-se quieto/a na cama	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Durante higiene pessoal ou vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhar pela casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhar fora da casa, em um terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir por uma rampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício ou praticar algum esporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 3 *Estas perguntas também têm a ver com sua tosse e a falta de ar que atualmente sofre. Para cada opção marque com um X verdadeiro o falso, segundo seu caso.*

	Verdadeiro	Falso
Dói ao tossir	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Canso ao tossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta o ar ao falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta o ar ao me agachar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha tosse ou minha respiração me incomodam quando durmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canso facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 4 *Estas perguntas se relacionam com outros efeitos que seu problema respiratório pode estar lhe causando atualmente. Para cada opção marque com um X verdadeiro ou falso, segundo seja o caso:*

	Verdadeiro	Falso
Tenho vergonha de tossir ou da minha respiração quando estou com outras pessoas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Meu problema respiratório é um incômodo para minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assusto ou sinto pânico quando não posso respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não posso controlar meu problema respiratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não creio que meus problemas respiratórios vão melhorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa de meu problema respiratório, me tornei uma pessoa frágil ou inválida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercícios é arriscado pra mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que faço me custa muito trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 5 *Estas perguntas se referem a sua medicação. Se você não toma nenhuma, passe diretamente à Seção 6. Para cada opção marque com um X verdadeiro o falso, segundo seu caso.*

	Verdadeiro	Falso
A medicação que tomo não me ajuda muito	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Tenho vergonha de tomar meus remédios diante de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho efeitos secundários desagradáveis provocados pela medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A medicação que tomo interfere muito em minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 6

Estas são perguntas sobre como suas atividades podem ser afetadas por sua respiração. Em cada pergunta marque com um X verdadeiro a opção de verdadeiro, se uma ou mais partes da pergunta se aplicam a você devido a seu problema respiratório; do contrário, marque-a como falsa.

	Verdadeiro	Falso
	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Levo muito tempo para higiene pessoal e para me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não posso tomar banho ou levo muito tempo para fazê-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminho mais lentamente que outras pessoas ou preciso parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levo muito tempo para terminar os afazeres domésticos ou preciso parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caso queira subir um andar pelas escadas, tenho que ir lentamente o parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me apresso ou caminho mais rápido, tenho que diminuir a velocidade ou parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna mais difícil subir ladeiras, escadas carregando coisas, regar as plantas, jogar bola, dançar com meus filhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna mais difícil carregar coisas pesadas, trabalhar no campo, caminhar rápido (8 km/h) ou jogar futebol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna difícil fazer trabalho manual muito pesado, correr, andar de bicicleta ou praticar esportes dinâmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 7 *Gostaríamos de saber de que forma seu problema respiratório afeta sua vida diária.*

Por favor, marque com um X a opção de verdadeiro ou falso. (Lembre-se que deve marcar a opção verdadeira somente nos casos em que sua respiração lhe impedir de realizar essa atividade).

	Verdadeiro	Falso
Não posso praticar esportes ou fazer exercícios	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Não posso sair para me distrair ou para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não posso sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não posso fazer os serviços domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não posso me mover para longe da minha cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir há uma lista com outras atividades que seu problema respiratório pode impedi-lo de realizar. Não é necessário que as marque, são somente alguns exemplos de como a falta de ar pode afetar sua vida.

- Sair para caminhar ou passear com uma criança no carrinho
- Fazer os serviços domésticos ou regar o jardim
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja ou a algum lugar para se divertir
- Sair quando faz mau tempo ou permanecer em habitações muito úmidas
- Visitar a família ou os amigos, ou brincar com seus filhos

Por favor, anote outras atividades importantes que seu problema respiratório o impede de realizar.

Por último, marque com um X a opção que melhor descreve em que seu problema respiratório o afeta:

Não me impede de fazer nada do que eu gostaria de fazer	Impede-me de fazer uma ou duas coisas que gostaria de fazer	Impede-me de fazer a maioria das coisas que gostaria de fazer	Impede-me de fazer tudo que gostaria de fazer
---	---	---	---

(0) (1) (2) (3)