

Correlação entre os parâmetros clínicos e qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão de literatura**Correlation between clinical parameters and quality of life of the patient with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-088

Recebimento dos originais:08/06/2020

Aceitação para publicação:16/07/2020

Ana Luisa Pinho Assunção

Acadêmica do 11º ano de medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas

Endereço: Rua Juruas 73, apto 201, Bairro Caiçaras, Patos de Minas, MG.

E-mail: anapinhoassuncao@outlook.com

Laís Moreira Borges Araujo

Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca - SP. Docente no curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas UNIPAM

Endereço: Rua Major Gote 808, Bairro Caiçaras, Patos de Minas, MG.

E-mail: laismba@unipam.edu.br

Jefferson Ricardo Rodrigues Moraes

Acadêmico 9º período de Medicina pelo Centro Universitario de Belo Horizonte

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (Unibh)

Rua Tentente Garro, 68, apto 401, Santa Efigênia, Belo Horizonte- Mg, Brasil.

E-mail: jeffersonricardomedicina@gmail.com

Júlia Garcia Gonçalves

Acadêmica do 4 ano de medicina pelo Centro Universitário Atenas

Instituição: Centro Universitário Atenas

Endereço: Rua Rogério Pereira Gonçalves, número 178, Bairro Paracatuzinho, Paracatu, Minas Gerais

E-mail: jujubs13@outlook.com

Karla Vanessa Rodrigues Moraes

Acadêmica 7º período de Medicina

Instituição: Centro Universitário Uniatenas- MG.

Endereço: Rua Ângelo Monteiro da Silva, n: 70, apart: 103, Cidade Nova, Paracatu-Mg, Brasil.

E-mail: karllarodriguesm@hotmail.com

Larissa Aparecida Guimarães Oliveira

Acadêmica do 4 ano de medicina pelo Centro Universitário Atenas

Instituição: Centro Universitário Atenas

Endereço: Rua João de Paula França, número 519, Bairro Jardim Cambuí, Sete Lagoas, Minas Gerais.

E-mail: oliveiralarissa@gmail.com

Paulyanara Monique Alves de Souza

Acadêmica 7º período de Medicina

Instituição: Centro universitário Uniatenas- MG.

Endereço: Rua Ângelo Monteiro da Silva, n: 76, apart: 303, Cidade Nova, Paracatu- Mg, Brasil.

E-mail: paulyanaraalves@hotmail.com

Rafael Oliveira Melquiades

Acadêmico do 11º período do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Avenida Tomaz de Aquino 395 (Apto 302) Bairro Alvorada, Patos de Minas – MG

E-mail: rafaelom@unipam.edu.br

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma entidade clínica mundialmente conhecida pela sua prevalência e pela morbidade, a doença tem um curso clínico incapacitante e limitante, tanto em aspectos físicos, quanto nos aspectos psicológicos impostos pela história natural da doença. O objetivo do presente estudo é relacionar os parâmetros clínicos e a qualidade de vida do paciente portador de DPOC, além disso chamar a atenção para a necessidade de mensurar a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) desses pacientes, uma vez que o estado de saúde deve ser visto como um todo e todas as medidas terapêuticas devem ser efetivas no que concerne a capacidade funcional e o bem-estar do indivíduo. Trata-se de uma revisão de literatura, guiada por busca de referenciais nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, além de um guia texto, utilizando os descritores Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Dispneia, Espirometria, Pneumopatias, Qualidade de Vida, após ampla busca foram selecionados 14 artigos, incluindo o guia Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. É possível identificar que o paciente com doença pulmonar obstrutiva em estágios avançados, mesmo na presença de tratamento farmacológico adequado, apresenta sintomatologia grave e incapacitante, internações frequentes, sendo necessária terapêutica complementar. Conclui-se que a qualidade de vida do portador de DPOC deve ser alvo de maior investigação e cuidado, os trabalhos encontrados evidenciam a necessidade de abordagem que visa garantir reabilitação funcional, reinserção na sociedade, cuidado psicológico, além do estímulo para tornar esses pacientes mais ativos.

Palavras-Chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Dispneia Espirometria. Pneumopatias, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a clinical entity known worldwide for its prevalence and morbidity, the disease has a disabling and limiting clinical course, both in physical aspects and in the psychological aspects imposed by the natural history of the disease. The aim of the present study is to relate the clinical parameters and the quality of life of the patient with COPD, in addition to drawing attention to the need to measure the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of these patients, since the state of health must be seen as a whole and all therapeutic measures must be effective with regard to the individual's functional capacity and well-being. This is a literature review, guided by the search for references in the SCIELO, MEDLINE and PUBMED databases, in addition to a text guide, using the descriptors Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Dyspnea, Spirometry, Lung Diseases, Quality of Life, after extensive search, 14 articles were selected, including the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease guide. It is possible to identify that the patient with obstructive pulmonary disease in advanced stages, even in the presence of adequate pharmacological treatment, presents severe and disabling symptoms, frequent hospitalizations, requiring complementary therapy. It is concluded that the quality of life of patients with COPD should be the target of further investigation and care, the studies found show the need for an approach that aims to ensure functional rehabilitation, reintegration into society, psychological care, in addition to encouraging people to become more active.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Dyspnea, Spirometry. Lung Diseases, Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

Na área respiratória, Paul Jones propôs em 2001 a definição de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), e é ainda hoje utilizada e expressa por: “a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e no bem-estar do paciente, de maneira formal e padronizada”. Por essa definição é possível inferir a importância das medidas de QVRS, percepções sobre o impacto da doença na vida do indivíduo antes eram apenas subjetivas a partir de então, puderam se tornar percepções quantificáveis (FARIAS e MARTINS, 2013).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morte em nível mundial, no entanto, seu principal impacto se encontra na morbidade representada pela doença, que assume um caráter incapacitante por culminar em perda progressiva da capacidade de realizar atividades anteriormente realizadas. Além das alterações físicas, da perda do corpo saudável e diminuição da sua autonomia, o portador de DPOC se depara ainda com a repercussão de tais alterações em nível emocional e afetivo (BRASIL, 2013).

Desta forma, compreendendo que o DPOC afeta múltiplos aspectos da vida do indivíduo e, representa então, um problema social grave, se faz imperioso que os estudos

incluam medidas de qualidade de vida, transformando-os em dados mensuráveis passíveis de análise objetiva para orientar decisões de possíveis intervenções, tornando-as mais efetivas no que concerne ao estado de saúde do paciente visto como um todo (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009).

A literatura tem destacado que as próprias dificuldades impostas pelo processo da doença: dispneia, limitação funcional, mesmo na prática de um tratamento adequado que visa diminuir o número de exacerbações e internações hospitalares, contribuem para a baixa percepção da QVRS. Fatores socioeconômicos, falta de apoio familiar, associação do DPOC ao tabagismo, uso de oxigênio domiciliar, foram citados como outros fatores que levam a interpretação negativa da doença (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009).

O objetivo do estudo é correlacionar os parâmetros clínicos, evolução na história natural da doença e a QVRS, buscando salientar quais características e de que forma a doença se faz prejudicial ao estado completo de bem-estar do indivíduo. Há interesse nessa relação pois os trabalhos atuais mostram que nem sempre o grau de limitação ao fluxo aéreo reflete a qualidade de vida (QV) do paciente em questão.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, guiada por busca de referenciais nas bases de dados bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, utilizando os descritores diagnóstico, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Qualidade de Vida, Espirometria, publicados no período de 2000 a 2018. O documento texto *GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, relatório atualizado nos anos de 2017 e 2018 também foi utilizado para consulta.

3 RESULTADOS

Após a pesquisa nas bases de dados supracitadas, foram identificados e selecionados um total de 14 artigos que contemplavam o objetivo em relacionar os parâmetros clínicos, capacidade pulmonar, e a QV, capacidade funcional, do paciente portador de DPOC. As seleção dos artigos incluídos na revisão encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Seleção de Artigos incluídos na revisão

Número	Ano	Título	Autores
1	2000	Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil	Thais Costa de Sousa; José Roberto Jardim e Paul Jones
2	2001	Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease	P W Jones
3	2004	II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISILOGIA
4	2009	Correlação entre parâmetros clínicos e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com DPOC	Nilton Maciel Mangueira; Isabel Lucena Viegas; Melissa de Almeida Melo Maciel Mangueira; Alcimar Nunes Pinheiro e Maria do Rosário da Silva Ramos Costa
5	2013	Doença pulmonar obstrutiva crônica - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas	Secretaria de Atenção à Saúde e Ministério da Saúde
6	2013	PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico	Graciane Laender Moreira; Beatriz Martins Manzano; Mariana Rodrigues Gazzotti; Oliver Augusto Nascimento, Rogelio Perez-Padilla; Ana Maria Baptista Menezes e José Roberto Jardim
7	2013	Apresentações Clínicas da DPOC	Paulo Cesar de Oliveira
8	2013	Epidemiologia da DPOC: Enfrentando Desafios	Marcelo F. Rabahi
9	2013	Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Gabriela Maria da Silva Farias e Rosa Maria Lopes Martins
10	2016	Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional	Daniele Durães Noronha; Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins; Diego dos Santos Dias; Marise Fagundes Silveira; Alfredo Maurício Batista De Paula e Desirée Sant Ana Haikal.
11	2017	Pocket Guide To COPD Diagnosis, Management, And Prevention	GOLD
12	2018	Correlação entre capacidade funcional e capacidade pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica	Karla Katarine Rodrigues Teixeira Bastos; Roseane Chaves de Araújo Oliveira; Winnie Alves Moreira Lima; Ricardo Ribeiro Badaró; Keyla Iane Donato Brito Costa e Pablo Luiz Santos Couto
13	2018	Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com DM1- revisão integrativa	Déa Silvia Moura da Cruz; Neusa Collet e Vanessa Medeiros Nóbrega
14	2018	Melhora da Função Ventricular Direita após Programa de Reabilitação Pulmonar em Pacientes com DPOC Avaliada por Ecocardiografia Speckle Tracking	Batur Gonenc Kanar; Ipek Ozmen; Elif Ozari Yildirim; Murat Ozturk e Murat Sunbul

4 DISCUSSÃO

A DPOC caracteriza-se por uma enfermidade respiratória com sinais e sintomas relacionados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores devido a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos. As principais alterações determinadas pelo processo inflamatório crônico instaurado são a bronquite crônica, a bronquiolite obstrutiva e enfisema pulmonar, essas alterações predominam de forma variável entre os indivíduos. Além do comprometimento pulmonar, a doença em estágios avançados apresenta consequências sistêmicas graves que reflete principalmente em perda de peso e desnutrição. Geralmente a doença apresenta-se em caráter progressivo e tem como principal fator desencadeante o tabagismo, caracterizando-a como doença previsível e tratável. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004); (BRASIL, 2013); (GOLD, 2017).

O padrão clássico do da DPOC é representado pelo bronquiolítico crônico e pelo enfisematoso. Sendo que o primeiro evolui com hipoxemia considerável, desenvolve hipertensão pulmonar secundária e progride ao cor pulmonale. Já o segundo é caracterizado por dispneia intensa, sua evolução é complicada pela hipercapnia, culminando em insuficiência respiratória severa. A maioria dos pacientes evoluem de forma dupla, constituindo o complexo “bronquite- enfisema”, apresentando simultaneamente alterações comuns aos dois padrões tradicionais. A progressão da doença é inexorável. “O início e o final dessa história já são de conhecimento de todos – do primeiro cigarro ao último suspiro.” (OLIVEIRA, 2013).

Para o diagnóstico da doença, é imprescindível a realização da Espirometria, é por meio deste exame que a obstrução ao fluxo de ar será avaliada. A relação entre volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF) inferior a 0,70, após prova broncodilatadora confirma o diagnóstico. A gravidade da obstrução crônica é determinada pelo grau de dispneia e o número de exarcebações da doença verificada no ano anterior (GOLD, 2017).

Mesmo na presença de um tratamento farmacológico adequado, o paciente com doença respiratória crônica em estágios já avançados apresentem sintomas graves. Se faz necessária a complementação da terapia convencional com a reabilitação pulmonar, tornando possível aumentar o desempenho no exercício pela atenuação da dispneia, além de melhorar a função do ventrículo direito. A alta mortalidade e morbidade da DPOC está diretamente relacionada a disfunção ventricular direita (KANAR, OZMEN, *et al.*, 2018).

O Projeto Latino-Americano de Investigação em é um estudo epidemiológico que tem por objetivo investigar a prevalência do DPOC em cinco grandes cidades da América Latina. No Brasil, a cidade de São Paulo foi o alvo da pesquisa e a prevalência encontrada pelo estudo foi de 15,8%, sendo que apenas 12,5% dos portadores diagnosticados por espirometria tinham um diagnóstico clínico pré-estabelecido mesmo na presença de sintomatologia bem definida. Esses achados permitem inferir que a DPOC é uma doença subdiagnosticada, impossibilitando intervenções eficazes no curso natural da doença. Sendo a DPOC uma doença subdiagnosticada e subtratada as consequências esperadas são graves, como maior morbidade e mortalidade, assim como gerar impacto econômico ao sistema de saúde (MOREIRA, MANZANO, *et al.*, 2013).

No que se refere a esfera da Saúde Pública, as doenças crônicas não transmissíveis tem sido alvo de grandes esforços, sendo a DPOC um alvo em especial uma vez que, segundo o Ministério da Saúde a DPOC é a terceira principal causa de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis e vem aumentando devido ao aumento do tabagismo em países em desenvolvimento e ao envelhecimento da população. Além disso, a DPOC é responsável por cerca de 200.000 hospitalizações ao ano, representando um gasto exorbitante ao Sistema Único em Saúde. (RABAHI, 2013); (GOLD, 2017).

Constitui-se grande desafio aos profissionais da área da saúde descobrir e indicar modos e meios que consigam atenuar o sofrimento do paciente, visando uma melhor qualidade de vida e assim, dentro do possível, reduzir a mortalidade.

O conceito qualidade de vida (QV) é, atualmente, foco de estudo e vem recebendo significações diferentes nas mais diversas áreas que permitem sua abordagem. Especificamente na área da saúde, esse conceito vem sendo ampliado e modificado, devido ao aumento da expectativa de vida da população relacionado à mudança no contexto epidemiológico em que as doenças não transmissíveis passaram a representar as principais responsáveis pela morbimortalidade. As doenças crônicas afetam de forma significativa a QV do paciente, uma vez que, interferem permanentemente em seu estilo de vida, além de limitar sua capacidade produtiva (CRUZ, COLLET e NÓBREGA, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de Vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sendo a dimensão da saúde tão ampla, apresenta relações com aspectos positivos e negativos da vida e permite que cada indivíduo apresente diferentes níveis de bem-estar

mesmo na presença de morbidades semelhantes. Tendo em vista essas questões e a multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), assim como várias formas para sua mensuração (NORONHA, MARTINS, *et al.*, 2016).

Os questionários para QVRS doença-específicos oferecem subsídio para quantificação de ganhos de saúde após o tratamento, pequenas mudanças no curso da doença se tornam passíveis de identificação. Para doenças específicas respiratórias existem os modelos: *The Chronic Respiratory Questionnaire* e o *Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ)*. Os aspectos abordados pelo SGRQ (fig.1) são: sintomas, atividade e impactos psicossociais que acometem o paciente. Cada aspecto tem uma pontuação máxima possível; os pontos de cada resposta são somados e o total é referido como um percentual deste máximo. Valores acima de 10% refletem uma qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total dos pontos, indica uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes. Esse questionário já foi traduzido para uso na França, Itália, Japão, Portugal, Holanda, Dinamarca e já foi validado na Espanha, Suécia e Brasil (SOUSA e JONES, 2000).

(Fig.1 - Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ))

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 esteve bem <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias esteve 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

<input type="checkbox"/> (1)	É meu problema mais importante	<input type="checkbox"/> (2)	Causa muitos problemas	<input type="checkbox"/> (1)	Causa poucos problemas	<input type="checkbox"/> (0)	No me causa problema nenhum
------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------------	-----------------------------

Se alguma vez houve um trabalho remunerado, marque com um X uma das seguintes opções:

<input type="checkbox"/> (2)	Meu problema respiratório me obrigou a deixar de trabalhar por completo	<input type="checkbox"/> (1)	Meu problema respiratório interfere (ou interfereu) no meu trabalho ou me fez trocar de emprego	<input type="checkbox"/> (0)	Meu problema respiratório não afeta (ou não afetou) meu trabalho
------------------------------	---	------------------------------	---	------------------------------	--

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 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 falso.*

	Verdadeiro	Falso
Levo muito tempo para higiene pessoal e para me vestir	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
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 verdadeiro 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"/>

O questionário foi validado no Brasil em 2000, e passou por modificações, em 2006, com o objetivo de se adaptar à realidade cultural e social, as atividades de vida diária

habituais. Um ponto importante do questionário é a facilidade de aplicação, tempo médio das respostas é de 12 minutos e abrange facilmente pacientes analfabetos, o que se faz importante, já que estes representam parcela importante da população alvo em estudos, a DPOC tem como fator de risco associado o baixo nível socioeconômico (SOUSA e JONES, 2000); (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009).

Mesmo se tratando de uma experiência cotidiana e subjetiva, a QVRS já representa indubitavelmente importante medida para prognóstico e evolução de doença, principalmente uma doença crônica de curso já conhecido como a DPOC. E o questionário doença-específico, como o Questionário do Hospital Saint Jorge, se mostrou durante aplicação em estudos um instrumento com alta confiabilidade ao reproduzir o impacto da doença na QV dos pacientes com limitação do fluxo aéreo (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009).

Os estudos utilizam como base para parâmetros clínicos: a capacidade funcional avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6M) que tem a capacidade de observar de forma global o aparelho respiratório, cardíaco e também o metabólico. Os sintomas crônicos da doença: tosse, expectoração, intolerância ao exercício, dispneia, número de internações, são o alvo da observação, já que foram apontados como os principais determinantes da alteração da relação entre saúde e qualidade de vida. As avaliações dos parâmetros avaliados pela espirometria são utilizadas nos estudos avaliados como forma de triagem, e para classifica-los nos estágios da doença que variam de 1 a 4, sendo 1 a doença leve e 4 doença muito grave, segundo a relação VEF1/CVF pós broncodilatador (BD) (**fig2.**), variável que em Farias, 2013 demonstrou maior relação com a QV. (BASTOS, OLIVEIRA, *et al.*, 2018); (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009); (GOLD, 2017).

(Fig.2 – Estadiamento da DPOC com base na espirometria)

Estadiamento da DPOC com base na espirometria	
Estádio	Espirometria VEF ₁ /CVF pós-BD
• Estádio 1 - Doença leve	VEF ₁ < 70%
• Estádio 2 - Doença moderada	Normal < 70%
• Estádio 3 - Doença grave	≥50 % < 80% < 70%
• Estádio 4 - Doença muito grave	≥ 30% < 50% < 70%
	< 30%

Há divergência entre os estudos sobre qual o fator que mais se relaciona com a diminuição da percepção da QV, ou afetaram o nível de total de pontuação no SGRQ. No entanto, é consenso e há delineamento da informação de que, por se tratar de uma doença multifatorial, com progressão debilitante e associada à população mais idosa, desencadeia limitações graves físicas. Para Farias (2013) e Kanar (2018), o prejuízo da realização de atividades domésticas, atividades de vida diária reflete na esfera psicossocial, gera afastamento familiar, existe um ciclo que culmina na diminuição da QV (FARIAS e MARTINS, 2013); (KANAR, OZMEN, *et al.*, 2018).

Assim, percebe-se que GOLD (2017), adequou a estratificação de risco incluindo não só o parâmetro de limitação do fluxo aéreo mostrado na espirometria, mas também ao número de internações, à sintomatologia, à limitação funcional, entendendo que a gravidade do doente é definida pelo todo. Esse posicionamento da Iniciativa Global da DPOC (GOLD) entra em concordância com o que foi colocado por Manguiera (2009) e Bastos (2018) a sensação de dispneia e fadiga é maior entre os que tiveram pior QVRS, a percepção da QV apresenta declínio linear a perde da capacidade funcional (MANGUEIRA, VIEGA, *et al.*, 2009); (BASTOS, OLIVEIRA, *et al.*, 2018); (GOLD, 2017).

5 CONCLUSÃO

O estudo da correlação entre os parâmetros clínicos e a qualidade de vida do portador de DPOC é importante e deve ser alvo de investigação, pois existem poucos trabalhos feitos nos últimos anos e os citados pelo trabalho evidenciam a necessidade de abordagem que visa garantir reabilitação funcional, reinserção na sociedade, cuidado psicológico, além do estímulo para tornar esses pacientes mais ativos.

Como citado em texto, a saúde visa garantir bem-estar, e os portadores de DPOC tem a percepção de qualidade de vida e bem-estar diretamente prejudicadas pelo processo da doença, a limitação de atividades cotidianas, sintomatologia incapacitante.

Sugere-se então que a qualidade de vida dos portadores de DPOC seja objeto de maior estudo e atenção.

REFERÊNCIAS

BASTOS, K. K. R. T. et al. Correlação entre capacidade funcional e capacidade pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J. Health Biol Sci.**, Guanambi, v. 6, n. 4, p. 371-376, Junho-Agosto 2018.

BRASIL. Doença pulmonar obstrutiva crônica. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**, Brasília - DF, v. 1, n. 1, p. 1-30, Junho 2013.

CRUZ, D. S. M. D.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 973-989, Março 2018.

FARIAS, G.; MARTINS, R. Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Millenium**, v. 48, n. 20, p. 195-209, Janeiro-Junho 2013.

GOLD. Pocket Guide to COPT Diagnosis, Management and Prevention. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease**, 2017.

JONES, P. W. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. **Thorax**, London, v. 56, n. 1, p. 880-887, Março-Julho 2001.

KANAR, B. G. et al. Melhora da Função Ventricular Direita após Programa de Reabilitação Pulmonar em Pacientes com DPOC Avaliada por Ecocardiografia Speckle Tracking. **Arq Bras Cardiol.**, Istanbul, v. 111, n. 3, p. 375-381, Setembro 2018.

MANGUEIRA, N. M. et al. Correlação entre parâmetros clínicos e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com DPOC. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 248-255, Março 2009.

MOREIRA, G. L. et al. PLATINO, estudo de seguimento de nove anos sobre DPOC na cidade de São Paulo: o problema do subdiagnóstico. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 30-37, Agosto-Outubro 2013.

NORONHA, D. D. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Montes Claros, v. 21, n. 2, p. 463-474, Maio 2016.

OLIVEIRA, P. C. D. Apresentações Clínicas da DPOC. **Pulmão RJ**, Teresópolis, v. 22, n. 2, p. 15-18, 2013.

RABAHI, M. F. Epidemiologia da DPOC: Enfrentando Desafios. **Pulmão RJ**, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 4-8, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília - DF, v. 30, n. 5, p. 1-52, Novembro 2004.

SOUSA, T. C. D.; JONES, J. R. J. E. P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 119-128, Maio-Junho 2000.