



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 7, Nº 1

Artigo original reportando investigação clínica ou básica




DOI - 10.33194/rper.2024.270 | Identificador eletrónico – e364

Data de receção: 01-09-2023; Data de aceitação: 19-04-2024; Data de publicação: 26-04-2024

NÍVEL DE DISPNEIA, ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E AUTOCUIDADO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: ESTUDO DESCRITIVO

*DYSPNEA, ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND SELF-CARE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE: DESCRIPTIVE STUDY*

*DISNEA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y AUTOCUIDADO EN LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO*

Bruna Machado¹ ; Andreia Félix² ; Catarina Ribeiro³ 

¹ Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, Porto, Portugal

Autor Correspondente: Bruna Machado, brunacatarina@hotmail.com

Como Citar: Machado B, Félix A, Ribeiro C. Nível de Dispneia, Atividades de Vida Diária e Autocuidado na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo descritivo. Rev Port Enf Reab [Internet]. 26 de Abril de 2024 [citado 1 de Maio de 2024];7(1). Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/364>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

www.aper.pt

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2024
Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Introdução: A dispneia é um dos sintomas mais característicos da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e está diretamente relacionada com a diminuição para a capacidade para o exercício, realização das atividades de vida diária e autocuidado dos indivíduos. O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de dispneia, a capacidade para realização das atividades de vida diária e a dependência no autocuidado na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Metodologia: Estudo exploratório, de natureza descritiva, transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo.

Resultados: A amostra foi constituída por 52 participantes, predominantemente do sexo masculino, com uma média de idade de 72 anos. Quanto ao grau de dispneia, avaliada pela escala da dispneia modificada do *Medical Research Council*, 76,9% dos participantes referem uma dispneia ≥ 2 . A escala *London Chest Activity of Daily Living* revela que 55,8% dos participantes apresentam limitações na realização das atividades de vida diária. Pela avaliação do Índice de Barthel, 67,3% da amostra é independente no autocuidado.

Conclusão: Os participantes no estudo apresentam alto nível de dispneia e limitação na realização das atividades de vida diária, porém quando avaliado o grau de autonomia para o autocuidado, a maioria dos participantes é independente. Assim, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deverão ter como objetivos a otimização das capacidades da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a promoção da sua autonomia e a qualidade de vida, bem como a capacitação para a autogestão da doença.

Descritores: Atividades Cotidianas; Autocuidado; Dispneia; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

ABSTRACT

Introduction: Dyspnea is one of the most characteristic symptoms of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and is directly related to the reduction in a person's capacity for exercise, performance of daily life activities, and self-care. This study aimed to evaluate the dyspnea level, the ability to perform daily life activities, and the self-care dependence level in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Methodology: Exploratory, descriptive, and cross-sectional study, with a quantitative approach.

Results: The sample was formed by 52 participants, predominantly male, with an average age of 72 years. Regarding the degree of dyspnea, assessed by the modified Medical Research Council dyspnea scale, 76.9% of the participants reported

dyspnea ≥ 2 . The London Chest Activity of Daily Living scale revealed that 55.8% of participants had limitations in performing daily life activities. According to the Barthel Index, 67.3% of the sample were independent in self-care.

Conclusion: Participants in the study revealed a high level of dyspnea and limitations in performing daily life activities, but when assessing the degree of autonomy in self-care, the majority of participants are independent. Therefore, the Rehabilitation Nurse interventions should aim to optimize the capabilities of Chronic Obstructive Pulmonary Disease individuals, promote their autonomy and quality of life, as well as empower them for disease self-management.

Descriptors: Activities of Daily Living, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Dyspnea, Self Care.

RESUMEN

Introducción: La disnea es uno de los síntomas más característicos de la Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica y está directamente relacionada con la disminución de la capacidad de ejercicio, la realización de actividades de la vida diaria y el autocuidado en la persona. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de disnea, la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria y la dependencia en el autocuidado en personas con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Metodología: Estudio exploratorio, de naturaleza descriptiva, transversal, con un enfoque cuantitativo.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 52 participantes, predominantemente de sexo masculino, con una edad promedio de 72 años. En cuanto al grado de disnea, evaluado mediante la escala modificada del Medical Research Council, el 76,9% de los participantes informó de una disnea ≥ 2 . La Escala de Actividades de la Vida Diaria London Chest mostró que el 55,8% de los participantes presentaban limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria. Según la evaluación del Índice de Barthel, el 67,3% de la muestra era independiente en el autocuidado.

Conclusión: Los participantes en el estudio presentan un alto nivel de disnea y limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria, pero cuando se evalúa el grado de autonomía en el autocuidado, la mayoría de los participantes son independientes. Por lo tanto, las intervenciones del Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación deberían tener como objetivos la optimización de las capacidades de las personas con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica, la promoción de su autonomía y calidad de vida, así como la capacitación para la autogestión de la enfermedad.

Descritores: Atividades cotidianas; Autocuidado; Disnea; Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma condição pulmonar heterogénea, caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse, produção de expectoração), devido a anomalias das vias respiratórias (bronquite, bronquiolite) e/ou alvéolos (enfisema), que causam uma obstrução persistente do fluxo de ar, muitas vezes progressiva⁽¹⁾. A doença representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que, em 2020, representou 2,2% da mortalidade em Portugal, sendo a quinta principal causa de morte na União Europeia e uma das três principais causas de morte no mundo, ocupando ainda a 10^a posição no que concerne aos anos de vida perdidos por incapacidade^(1,2).

O relatório da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*⁽¹⁾ reforça que a DPOC surge como resultado da interação entre a genética (G) da pessoa com o ambiente (E), ao longo do tempo (T) (GETomics), que pode causar o *remodeling* da via aérea. Os principais fatores de risco para a DPOC são o tabagismo, a exposição à biomassa no interior das casas (como o combustível de biomassa utilizado para cozinhar e para o aquecimento), a poluição atmosférica e as poeiras e produtos químicos resultantes de atividades ocupacionais. No que diz respeito à componente genética da doença, o fator de risco genético mais documentado é o défice da enzima alfa-1-antitripsina⁽¹⁾.

A gravidade da doença é classificada de acordo com o grau de obstrução do fluxo aéreo após espirometria com prova de broncodilatação (GOLD 1,2,3,4), mas também de acordo com a avaliação formal dos sintomas (história de exacerbações/ internamentos, pontuação na escala de dispneia modificada do *Medical Research Council (mMRC)* e do *COPD Assessment Test (CATTM)*), (GOLD ABE)⁽¹⁾. No passado, a DPOC era percecionada como uma doença fortemente caracterizada pela dispneia, pelo que um simples instrumento de medida da dispneia, como a escala da dispneia mMRC, era considerada adequada para avaliar os sintomas. No entanto, na atualidade, é reconhecido que a DPOC tem um impacto significativo na vida das pessoas, pelo que se recomenda uma avaliação exaustiva dos sintomas, em detrimento da avaliação isolada da dispneia, existindo inúmeros instrumentos validados para a língua portuguesa para a avaliação do mesmo⁽¹⁾.

Assim sendo, a DPOC apresenta uma série de desafios para as pessoas que vivem com a doença, incluindo a limitação na capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) e o autocuidado.

A dispneia, sintoma característico e debilitante da doença, está diretamente relacionada com a diminuição da capacidade para o exercício e a realização das AVD, resultando em um ciclo vicioso, no que diz respeito à limitação funcional⁽³⁾. Para além disso, a doença tem ainda efeitos sistémicos, incluindo a perda de peso, distúrbios nutricionais e a disfunção músculo-esquelética, esta última caracterizada por sarcopenia. Estas alterações têm uma causa multifatorial (inatividade, dieta pobre, inflamação e hipoxia) e podem contribuir para a intolerância ao exercício e a um mau estado de saúde nestas pessoas⁽¹⁾.

Deste modo, as necessidades da pessoa com DPOC são complexas e multifatoriais, podendo ser agrupadas em físicas, de cuidado, sociais, financeiras, emocionais e informativas⁽³⁾.

As necessidades físicas prendem-se com as consequências inerentes aos sintomas da doença referidos anteriormente. A Reabilitação Respiratória (RR) tem um impacto positivo na capacidade para manter ou melhorar a funcionalidade e autonomia da pessoa com DPOC, sendo esta a estratégia terapêutica mais eficaz para melhorar a dispneia, o estado de saúde e a tolerância ao exercício^(4,4). Consequentemente, pessoas com maior limitação funcional poderão sentir as necessidades de cuidado, ou seja, a necessidade que a família/cuidador os assista nas AVD⁽³⁾.

A dispneia, a perda de independência, o isolamento social e familiar produz sentimentos de medo, ansiedade, frustração e impotência, resultando em problemas de saúde do foro emocional e, consequentemente, uma diminuição da sensação de autoeficácia para a pessoa com DPOC⁽³⁾.

Relativamente às barreiras financeiras, estas levam a um acesso inadequado à terapêutica e às ajudas necessárias. O desenvolvimento de estratégias assentes no suporte económico desta população pode melhorar a adesão aos tratamentos e à RR. Desta forma, é importante assegurar que as pessoas com DPOC têm conhecimento acerca dos recursos disponíveis⁽³⁾.

Todos estes aspetos remetem para as necessidades informativas, uma vez que a educação para a saúde promove o conhecimento e, nesta medida, o empoderamento da pessoa. Assim, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deverão também ter como objetivo a promoção da capacidade para a autogestão desta população. Uma abordagem de autogestão visa reduzir a sobrecarga nos serviços de saúde e melhorar a autoconfiança, a consciencialização e a apropriação do conceito de saúde⁽⁵⁾.

A intervenção do EEER desempenha um papel crucial na otimização das capacidades da pessoa com DPOC, promovendo a sua autonomia e a qualidade

de vida⁽⁶⁾. A RR, componente essencial no tratamento não farmacológico da DPOC, inclui exercício físico, educação terapêutica, intervenção psicossocial, avaliação e correção nutricional, tendo como objetivos principais diminuir e controlar os sintomas, reduzir a progressão da doença e melhorar a funcionalidade da pessoa. O treino de exercício físico é um dos principais componentes da RR, sendo que a evidência sugere que este tem impacto positivo na capacidade para manter a funcionalidade e a autonomia⁽⁴⁾.

Deste modo, torna-se pertinente conhecer as características da população com DPOC, nomeadamente as dificuldades sentidas por esta população, não só em termos de sintomas, como das repercussões na capacidade de desempenho do autocuidado e como é efetuada a gestão do regime terapêutico. Face ao exposto, o impacto da doença e da sua sintomatologia na condição de saúde da pessoa com DPOC apresenta manifestações claras nestes domínios que são pilares fundamentais da prática efetiva de Enfermagem de Reabilitação. Tendo por foco o cuidado individualizado e a definição de objetivos direcionados para as necessidades da pessoa com DPOC o EEER deverá desenvolver planos de intervenção junto desta população para minimizar as dificuldades sentidas, diminuir o isolamento social, promover uma adaptação positiva e a adesão ao regime terapêutico.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de dispneia, a capacidade para realização das AVD e autocuidado na pessoa com DPOC, pelo que se coloca a seguinte questão de investigação: “Qual o nível de dispneia, capacidade para realização das AVD e autocuidado na pessoa com DPOC recetora de cuidados de uma Unidade Hospitalar da zona norte do país?”

METODOLOGIA

Procedeu-se à realização de um estudo exploratório, de natureza descritiva, transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo, de forma a responder ao objetivo principal e aos seguintes objetivos secundários, para a pessoa com DPOC recetora de cuidados num Centro Hospitalar da zona norte do país:

- Caracterizar a pessoa, quanto às suas características clínicas e sociodemográficas;
- Avaliar o nível de dispneia da pessoa através da aplicação da escala de dispneia modificada do Medical Research Council (mMRC);
- Avaliar a capacidade da pessoa para a realização das AVD, através da escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL);
- Avaliar o grau de dependência para o autocuidado da pessoa, através do Índice de *Barthel* (IB);

O processo de colheita de dados decorreu entre os dias 14 de março e 14 de abril de 2023 num Centro Hospitalar da Região Norte do País.

Foi constituída uma amostra por conveniência, uma vez que a estratégia adotada para aceder à amostra foi a deslocação da investigadora aos diferentes serviços onde se encontravam os participantes. Os dados foram colhidos através da aplicação de um formulário elaborado para o efeito, às pessoas que cumpriram os critérios de elegibilidade.

Assim, definiram-se como critérios de inclusão: adultos com diagnóstico de DPOC, recetores de cuidados num Centro Hospitalar da zona norte do país, com compreensão do português e capacidade para ler, analisar e compreender os documentos inerentes ao estudo; aceitar participar no estudo. Estabeleceram-se ainda como critérios de exclusão: não cumprimento dos critérios de inclusão; pessoas em situação de últimas horas/dias de vida e/ou limitação significativa da funcionalidade por outras morbilidades.

O formulário era composto pela caracterização sociodemográfica da pessoa e pelos instrumentos selecionados para avaliação da dispneia, capacidade de desempenho das AVD e do autocuidado: a escala da dispneia mMRC, a escala LCADL e o IB.

A escala de dispneia mMRC é um sistema de classificação simples para avaliar os níveis de dispneia e é usada para classificar o impacto da dispneia nas AVD. É composta por apenas cinco itens, sendo que a pessoa escolhe o item que corresponde a quanto a dispneia limita as suas AVD, variando de zero a quatro⁽⁷⁾.

A aplicação da escala LCADL teve como objetivo avaliar a limitação presente na realização das AVD, devido à presença da dispneia em pessoas com DPOC. A escala é constituída por 15 itens, divididos em quatro domínios: cuidado pessoal, cuidado doméstico, lazer e atividade física. A cada um dos itens é atribuída uma pontuação de zero a cinco, sendo que o score final da escala poderá ir de zero (nenhuma limitação nas AVD) a 75 (máxima limitação nas AVD)^(8,9).

O IB avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação da escala varia de zero a 100 (com intervalos de cinco pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência funcional, e a máxima de 100 equivale a independência total⁽¹⁰⁾.

Os dados obtidos através da aplicação do formulário foram introduzidos numa base de dados criada para o efeito no *software* informático SPSS, versão 28, procedendo-se à análise estatística descritiva,

através da análise das distribuições de frequência, medidas de tendência central e de dispersão.

Para a realização do presente estudo foram tidas em consideração todas as questões éticas, tendo sido aprovado pela respetiva Comissão de Ética da instituição onde se realizou o estudo, com o parecer nº 2022.198(149-DEFI/ 151-CE).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 52 indivíduos com DPOC, recetores de cuidados num Centro Hospitalar da zona norte do país, no período definido para a colheita de dados. Maioritariamente os indivíduos eram do sexo masculino (69,2%), com uma média de idades de 72 (± 10) anos, com baixa escolaridade (61,5% frequentaram o 1º ciclo do Ensino Básico), casados (40,4%), sendo que 63,5% dos participantes da amostra não viviam sozinhos.

Do ponto de vista profissional, 86,5% dos participantes encontravam-se reformados, porém, 51,9% dos participantes desempenharam profissões com risco de exposição ambiental ao fumo do tabaco, poeiras, fibras têxteis, poluição, gases e substâncias tóxicas.

Relativamente ao estado de saúde dos participantes e estratificação da sua doença, 32,7% apresentavam um peso normal e 30,8% tinham excesso de peso, porém não se evidenciaram extremos significativos no que diz respeito aos valores do índice de massa corporal. Os participantes referiram ter várias comorbilidades, sendo as doenças cardiovasculares as mais comuns (76,9%), seguindo-se das metabólicas (57,7%), nomeadamente a Diabetes Mellitus. No que diz respeito à classificação da DPOC, seguiram-se as normas da GOLD⁽¹⁾, apresentando-se os dados na figura 1. Verifica-se que, frequentemente, não se conseguiu identificar a classificação da doença, mesmo após consulta no processo clínico (30,8% e 40,4%).



Figura 1- Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Classificação da DPOC”, Segundo os Critérios da GOLD (2023)

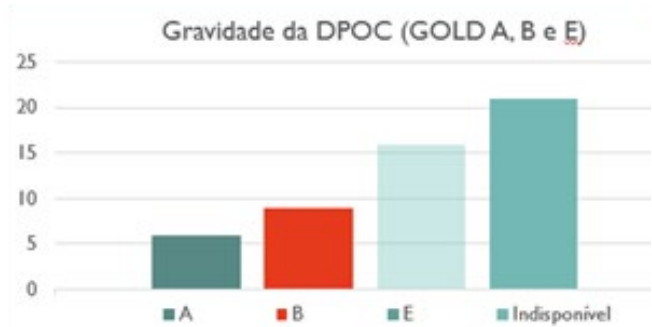


Figura 1- Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Classificação da DPOC”, Segundo os Critérios da GOLD (2023) - Continuação

Analisaram-se, também, os hábitos tabágicos da amostra em estudo, uma vez que estes constituem um fator de risco para a DPOC, verificando-se que 14 participantes são fumadores (26,9%) e 34 participantes (65,4%) são ex-fumadores. Com o objetivo de caracterizar mais aprofundadamente estes hábitos, foi questionado quantos anos a pessoa fumou, pelo que se apurou que as pessoas fumaram entre 10 e 75 anos, sendo a média de 42,48 ($\pm 13,33$) anos. Relativamente ao tempo de cessação tabágica, este varia entre 0 e 35 anos, com uma média de 9,13 ($\pm 11,23$) anos. Quanto às medidas do tratamento farmacológico, questionaram-se os participantes sobre a frequência em consulta de cessação tabágica, pelo que 14 participantes responderam afirmativamente (26,9%), porém apenas um afirmou ter sucesso com a mesma (1,9%).

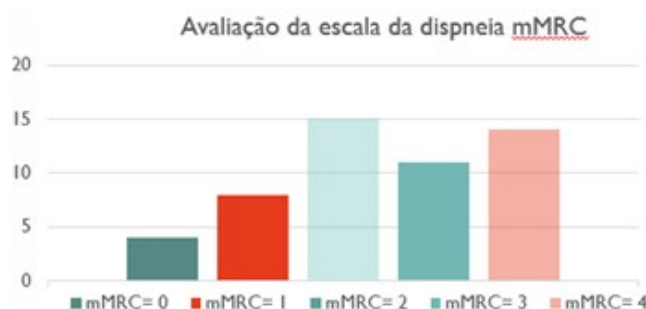
No âmbito do tratamento não farmacológico na pessoa com DPOC, mais especificamente no que toca à frequência em programas de reabilitação respiratória (PRR), levados a cabo por EEER e fisioterapeutas, 19 participantes (36,5%) responderam que frequentaram. Relativamente ao local onde realizaram o PRR, 3 participantes responderam Centro de Saúde (5,8%), 7 participantes responderam Hospital (13,5%) e 9 responderam outro (17,3%), nomeadamente clínicas particulares ou reabilitação no domicílio privada. Estas sessões tiveram a duração de 3 a 150 semanas, com um tempo médio de 22,22 ($\pm 33,88$) semanas, sendo que a frequência das mesmas variou entre 1 a 5 vezes por semana, com uma média de 2,67 ($\pm 1,24$) vezes por semana.

Os participantes foram questionados sobre o recurso a um cuidador informal no seu quotidiano, sendo que 25 participantes responderam que sim (48,1%), pelo que se apresenta na Tabela 1 os domínios nos quais estes foram assistidos. Estes domínios tiveram por base o IB e a LCADL, acrescentando-se a gestão do regime medicamentoso, uma vez que a literatura o identifica como complexo e um dos fatores dificultadores da adesão ao tratamento⁽¹¹⁾.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Ajuda do Cuidador Informal”

Ajuda do Cuidador Informal	n	%
Alimentação	3	5,8%
Vestir e despir	12	23,1%
Tomar banho	14	26,9%
Higiene Corporal	3	5,8%
Ir ao WC	2	3,8%
Controlo intestinal	0	0,0%
Controlo vesical	0	0,0%
Transferência cadeira-cama	2	3,8%
Deambulação	1	1,9%
Subir escadas	10	19,2%
Fazer compras	25	48,1%
Gestão do regime medicamentoso	10	19,2%

No que diz respeito à avaliação da dispneia com recurso à escala da dispneia mMRC, 76,9% dos participantes refere uma dispneia ≥ 2 , onde a figura 2 esquematiza os dados relativos a esta avaliação.

**Figura 2- Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Escala da dispneia mMRC”**

No que diz respeito à avaliação da capacidade da pessoa para a realização das AVD com recurso à escala LCADL, a pontuação final nesta escala variou entre 9 e 75 pontos, com um valor médio de 30,15 ($\pm 20,39$) pontos.

Alguns estudos sugerem a utilização da percentagem da pontuação total da LCADL (LCADL%total), que consiste numa ponderação da pontuação final da escala LCADL, tendo em consideração o número de questões em que a pessoa responde zero “eu não faria de forma alguma”⁽⁸⁾. Assim, esta ponderação pretende descrever de uma forma mais fidedigna as limitações da pessoa para a realização das AVD^(8,9). Considerou-se o valor 37% como ponto de corte para a LCADL%total, conforme advogado por Belo e colaboradores⁽⁹⁾. Assim, pessoas com uma pontuação em percentagem superior ou igual a 37% têm um pior prognóstico e um maior compromisso na realização das AVD comparativamente a outros com pontuações inferiores⁽⁹⁾.

Na tabela 2 esquematizam-se os dados recolhidos através da aplicação da escala LCADL, bem como a pontuação atribuída pelos participantes a cada domínio.

Tabela 2- Caracterização da Amostra Relativamente à Capacidade da Pessoa para a Realização das AVD

Escala LCADL		
Escala LCADL _{%Total} (9)	n	%
< 37%	23	44,2%
≥ 37%	29	55,8%
Escala LCADL (avaliação qualitativa)		
Muito	23	44,2%
Um pouco	17	32,7%
Não prejudica	12	23,1%

AVD's	Pontuação atribuída					
	0	1	2	3	4	5
Cuidado Pessoal						
Enxugar-se	0%	50,0%	15,4%	11,5%	3,8%	19,2%
Vestir a parte superior do tronco	0%	63,5%	9,6%	7,7%	1,9%	17,3%
Calçar os sapatos/meias	0%	26,9%	26,9%	17,3%	1,9%	26,9%
Lavar a cabeça	0%	48,1%	17,3%	17,3%	1,9%	15,4%
Doméstico						
Fazer a cama	38,5%	15,4%	13,5%	13,5%	1,9%	17,3%
Mudar o lençol	36,5%	26,9%	11,5%	5,8%	1,9%	17,3%
Lavar janelas/cortinas	63,5%	3,8%	0%	1,9%	3,8%	26,9%
Limpeza/ limpar o pó	53,8%	11,5%	3,8%	7,7%	1,9%	21,2%
Lavar a louça	40,4%	42,3%	0%	1,9%	0%	15,4%
Utilizar o aspirador de pó/varrer	55,8%	11,5%	3,8%	1,9%	1,9%	25,0%
Atividade física						
Subir escadas	0%	7,7%	26,9%	34,6%	17,3%	13,5%
Inclinar-se	0%	36,5%	32,7%	11,5%	5,8%	13,5%
Lazer						
Andar em casa	0%	63,5%	9,6%	11,5%	1,9%	13,5%
Sair socialmente	0%	32,7%	19,2%	11,5%	21,2%	15,4%
Falar	0%	71,2%	13,5%	1,9%	0%	13,5%

Quanto à avaliação do grau de dependência para o autocuidado da pessoa, avaliado através do IB, a pontuação final variou entre 35 e 100 pontos, sendo o valor médio de 87,12 (\pm 17,04) pontos. De forma a classificar os graus de dependência dos participantes, utilizaram-se os pontos de corte apresentados por Sequeira⁽¹²⁾, pois permitem uma melhor estratificação do grau de dependência. A tabela 3 resume os dados obtidos resultantes da avaliação ao IB.

Tabela 3 - Caracterização da Amostra Relativamente à Variável Grau de Dependência para o Autocuidado da Pessoa

Índice de Barthel					
IB (classificação do grau de dependência)		<i>n</i>	%		
Independente [90 – 100 pontos]		35	67,3%		
Ligeiramente dependente [60 – 89 pontos]		12	23,1%		
Moderadamente dependente [40 – 55 pontos]		4	7,7%		
Severamente dependente [20 – 35 pontos]		1	1,9%		
Totalmente dependente [< 20 pontos]		0	0,0%		
Avaliação detalhada do IB					
Alimentação	<i>n</i>	%	Controlo Intestinal	<i>n</i>	%
Independente	52	100%	Independente	51	98,1%
			Incontinente ocasional	1	1,9%
Vestir e despir			Controlo Vesical		
Independente	35	67,3%	Independente	48	92,3%
Necessita de ajuda	13	25,0%	Incontinente ocasional	4	7,7%
Dependente	4	7,7%			
Banho			Subir Escadas		
Independente	34	65,4%	Independente	23	44,2%
			Necessita de ajuda	18	34,6%
Dependente	18	34,6%	Dependente	11	21,2%
Higiene Corporal			Transferência Cadeira-Cama		
Independente	46	88,5%	Independente	38	73,1%
			Necessita de ajuda mínima	11	21,2%
Dependente	6	11,5%	Necessita de grande ajuda	3	5,8%
Uso da Casa de Banho			Deambulação		
Independente	43	82,7%	Independente	40	76,9%
			Necessita de ajuda	9	17,3%
Necessita de ajuda	7	13,5%	Independente com cadeira de rodas	2	3,8%
Dependente	2	3,8%	Dependente	1	1,9%

DISCUSSÃO

O presente estudo incorporou participantes recetores de cuidados num Centro Hospitalar da zona norte do país. A amostra foi constituída, maioritariamente, por indivíduos do sexo masculino (69,2%), com uma média de idades de 71,79 ($\pm 10,01$) anos, o que vai de encontro à bibliografia consultada⁽¹³⁻¹⁵⁾, bem como ao Relatório mais recente da GOLD⁽¹⁾, que refere que a prevalência da DPOC é mais significativa naqueles com idade superior a 40 anos e no sexo masculino.

Tendo em consideração a média de idade dos participantes do estudo, não seria expectável que os mesmos se encontrassem ativos profissionalmente (86,5% dos participantes encontra-se reformado). Apenas uma pessoa se encontrava empregada, pelo que não foi possível perceber em que medida a DPOC tem influência na atividade profissional dos participantes.

Para além de se questionar os indivíduos relativamente à sua atividade profissional, também se indagou acerca do risco de exposição ambiental, pois, segundo a literatura, este é um fator de risco para a doença^(1,16). Assim, sensivelmente metade da amostra teve uma ocupação com risco de exposição ambiental (51,9%), o que vai de encontro ao exposto. Este risco observa-se na classe dos trabalhadores não qualificados (38,5%), onde se incluem funcionários de café/restaurante, funcionários de limpeza, vendedores ambulantes e nos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (36,5%), em que se incluem as profissões como pedreiros, carpinteiros, metalúrgicos, ourives, trabalhadores da construção civil e de fábricas têxteis.

No que diz respeito à coabitação, apenas 19 participantes vivem sozinhos, pelo que os restantes (63,5%) vivem com familiares, amigos ou estão institucionalizados. Este facto vai de encontro ao estudo de Belo e colaboradores⁽⁹⁾, em que 93% dos homens e 73% das mulheres com DPOC que participaram no estudo, não viviam sozinhos.

Estudos onde caracterizam a pessoa com DPOC revelam que a existência de comorbilidades tais como doenças cardiovasculares, metabólicas (como a diabetes mellitus), osteoarticulares e oncológicas são frequentes^(1,13,17), indo de encontro aos dados apresentados neste estudo.

Embora as *guidelines* da GOLD⁽¹⁾ sejam claras, no que diz respeito à importância da classificação da doença para nortear o tratamento, percebe-se que ainda existe uma lacuna significativa na documentação da gravidade da DPOC, sendo bastantes os casos em que a informação estava indisponível. A indisponibilidade destes dados pode dever-se à falta de conhecimento dos profissionais sobre as orientações mais recentes para a correta documentação da doença ou então à falta de recursos para a correta definição do diagnóstico (espirometria com prova de broncodilatação).

Relativamente à RR, as *guidelines* da GOLD⁽¹⁾ recomendam a prescrição de RR para todos os indivíduos com DPOC dos grupos GOLD B e E, independentemente da idade, sexo ou comorbilidades, contudo, apenas 36,5% dos participantes participaram num PRR. No que diz respeito às barreiras à referenciação para RR, a evidência sugere a falta de adesão por parte da pessoa com DPOC, a resposta limitada ou insuficiência de recursos por parte dos centros de reabilitação, a falta de *feedback* sobre o resultado e os ganhos para a pessoa e o desconhecimento sobre os critérios de referenciação⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, a duração média dos PRR foi de 7,69 ($\pm 22,28$) semanas, contudo a evidência sugere que estes devem ter uma duração entre oito a 12 semanas⁽⁴⁹⁾. Estes dados apenas nos indicam a tendência central da permanência em PRR, até porque dois participantes frequentaram a RR durante um longo período de tempo, 52 e 150 semanas respetivamente, enquanto que todos os restantes frequentaram programas mais curtos. Porém, é importante realçar que a evidência sugere que os PRR de manutenção conferem uma eficácia mais prolongada das melhorias sentidas pela pessoa com DPOC, nomeadamente nos domínios da dispneia, tolerância ao exercício e qualidade de vida relacionada com a saúde⁽²⁰⁾.

Considerando uma das principais variáveis em estudo, a dispneia, verifica-se que 76,9% da amostra classifica a sua dispneia através da escala da dispneia mMRC como sendo ≥ 2 , revelando, assim, que a amostra descreve um grau de dispneia elevado, indo de encontro aos dados da GOLD⁽¹⁾, onde consta que mais de 40% das pessoas com DPOC reporta uma sensação de dispneia moderada a severa.

Neste sentido, na interpretação dos resultados relativos à escala LCADL, é refletido o facto de vários participantes atribuem “0” às tarefas relacionadas com o domínio “doméstico”. Uma vez que este domínio corresponde a 40% de todas as atividades avaliadas pela escala, estes valores influenciam a pontuação final da escala LCADL. Desse modo, para a interpretação deste indicador, foi utilizado o ponto de corte definido por Belo e colaboradores⁽⁹⁾, sendo utilizado o valor de LCADL%Total. Vários estudos realçam que, em vários países a nível mundial, as tarefas domésticas são realizadas, maioritariamente, pelas mulheres, sendo que este domínio da escala está intimamente associado ao sexo. Esse facto causa um enviesamento na pontuação da escala, transmitindo uma informação incorreta de uma menor limitação na realização das AVD's nos homens em relação às mulheres, pelo que a LCADL%Total deve ser utilizada^(8,9,21).

A avaliação da escala LCADL revela que 55,8% dos participantes apresentam limitações na realização das suas AVD, devido à dispneia. As tarefas para as quais se verifica maior limitação são “calçar os sapatos/meias”, “lavar janelas/cortinas”, “limpeza/

limpar o pó”, “utilizar o aspirador de pó/varrer”, “subir escadas”, “inclinarse” e “sair socialmente”. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos, que referem que a capacidade para a realização das AVD é mais limitada em pessoas com DPOC, devido a sintomas como a dispneia e a fadiga. Porém, para além das AVD identificadas, tarefas como a deambulação (dentro ou fora de casa), vestir-se e tomar banho também estão frequentemente afetadas^(17,21).

Prosseguindo para a análise da avaliação qualitativa da escala LCADL, 44,2% dos participantes referem que a respiração afeta “muito” as AVD, enquanto que 23,1% referiu “não prejudicar”. A literatura sugere que, na generalidade, as pessoas com DPOC gerem as suas AVD de acordo com as suas limitações funcionais e adaptam-se à sua nova condição, por vezes resignando-se. Esta resignação faz com que, por vezes, as pessoas deixem de realizar determinadas AVD, consideradas menos importantes, em vez de solicitarem auxílio⁽¹⁷⁾. Para além disso, as pessoas com DPOC adotam estratégias no seu quotidiano, que envolvem a aprendizagem de estratégias de conservação de energia, para a realização das AVD sem a necessidade de recorrer a ajuda de um cuidador⁽²²⁾. Portanto, é possível que exista, por parte da pessoa com DPOC, uma desvalorização do impacto que a limitação para a realização das AVD traduz nas suas vidas. Deste modo, é crucial que a intervenção do EEER se foque na capacitação da pessoa para se adaptar à incapacidade.

Contudo, avaliando o autocuidado com recurso ao IB, as limitações para a realização das AVD não se traduzem na dependência para o autocuidado. Deste modo, verifica-se que 67,3% da amostra é independente, sendo a média do IB observada de 87 pontos (dependência ligeira). Porém, quando os participantes foram questionados sobre a ajuda de um cuidador informal, 48,1% responderam afirmativamente. Deste modo, pela avaliação do IB percebeu-se que os participantes da amostra necessitam de ajuda para as tarefas “vestir e despir”, “banho”, “subir escadas” e “transferência cadeira-cama”. Porém, na formulação da questão aberta sobre a ajuda de um cuidador informal, identificaram-se, para além das tarefas referidas, outras também significativas para a pessoa com DPOC, tais como “fazer compras” e “gestão do regime medicamentoso”. Assim, estes dados sugerem que o IB pode não ser o instrumento mais sensível para avaliar o autocuidado na pessoa com DPOC, porém não se encontraram outros instrumentos mais adequados e a sua utilização continua a ser usada em estudos de investigação, nomeadamente na avaliação dos resultados após PRR. Para além disso, o IB é utilizado frequentemente para avaliar a capacidade funcional de idosos, inclusivamente o seu uso foi validado para a população idosa não institucionalizada em Portugal⁽¹⁰⁾. Ao analisar a média de idades da amostra, 72 anos, e uma vez que apenas 10

participantes têm menos de 65 anos de idade, considerou-se que o uso do IB seria um instrumento ajustado para avaliar o nível de autocuidado da amostra em estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo de investigação teve como objetivo avaliar o nível de dispneia, a capacidade para realização das AVD e autocuidado na pessoa com DPOC. Dando resposta à questão de investigação formulada, concluiu-se que a maioria dos participantes são maioritariamente do sexo masculino (69,2%), com uma média de idades de 72 (\pm 10) anos, com baixa escolaridade (61,5% frequentaram o 1º ciclo do Ensino Básico), casados (40,4%), sendo que 63,5% dos participantes da amostra não vivem sozinhos. Quanto ao uso de tabaco, 65,4% dos participantes são ex-fumadores e 26,9% continuam a fumar. Apenas 36,5% dos participantes no estudo referem ter frequentado PRR.

Relativamente ao nível de dispneia, os participantes no estudo referem valores altos, constatando-se também a existência de limitações na realização das suas AVD. Contudo, quando avaliado o grau de dependência para o autocuidado, a maioria dos participantes é independente. Verificou-se também que existem áreas que necessitam de um maior investimento por parte da Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente a RR e a cessação tabágica. Saliu-se também que as intervenções do EEER deverão ter como objetivos a otimização das capacidades da pessoa com DPOC, a promoção da sua autonomia e qualidade de vida, bem como a capacidade para a autogestão da doença.

Deste modo, o tema em estudo é de extrema importância para a Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a DPOC causa limitação na realização das AVD e dependência no autocuidado, conforme demonstrado na literatura pesquisada e nos resultados apresentados. Assim, este estudo descritivo fornece uma caracterização detalhada da amostra relativamente a inúmeras variáveis, obtendo-se resultados pertinentes, que poderão contribuir para a melhoria da prática clínica, promover a formação e identificar assuntos de interesse para futuros estudos de investigação.

No que diz respeito à prática clínica, este tipo de estudos possibilita aos profissionais de saúde uma melhor compreensão da gravidade dos problemas com que a pessoa com DPOC se depara, traduzindo-se no desenvolvimento de intervenções mais personalizadas e focadas nas necessidades e prioridades identificadas. A divulgação dos dados obtidos fornece visibilidade à importância do treino das AVD e do autocuidado e enaltece o papel do EEER na promoção da qualidade de vida da pessoa com DPOC e sua autonomia. No desenrolar deste estudo surgiram outras questões suscetíveis a ser respondidas com futuros estudos de investigação,

nomeadamente o estudo das barreiras à adesão à consulta de cessação tabágica e à RR, o conhecimento sobre a gestão da doença, a perceção dos cuidadores sobre as limitações das pessoas com DPOC no desempenho das AVD e do autocuidado e quais as necessidades com vista à sua capacitação. Por fim, considerando ainda os contributos do presente estudo para a investigação, seria relevante a validação cultural, para a população portuguesa com DPOC, da escala LCADL e do IB.

Quanto às limitações do estudo, salienta-se o facto de os indivíduos que constituíram a amostra em estudo possuírem algumas comorbilidades que, potencialmente, podem afetar o nível de dispneia, a capacidade para a realização das AVD e do autocuidado, pelo que, embora se tenham excluído pessoas com limitação funcional significativa por outras doenças, não se pode ignorar o facto de que algumas comorbilidades possam também interferir com as variáveis em estudo. Uma outra limitação do estudo relaciona-se com o uso do IB, que apesar do seu uso vulgarizado para avaliação da (in) dependência no autocuidado, não há conhecimento do estudo das propriedades psicométricas do instrumento para a população com DPOC em Portugal, pelo que a validação deste instrumento para este tipo de população seria um excelente desafio para o futuro.

Efetivamente, o conhecimento sobre os domínios potencialmente comprometidos na pessoa com DPOC, sustentado pela evidência científica, poderá motivar a implementação de mudanças nas instituições de saúde, que visem a melhoria da qualidade assistencial à pessoa com DPOC, sobretudo no âmbito dos cuidados especializados a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 report) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2023 [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
2. Fundação Portuguesa do Pulmão. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2022 [Internet]. Fundação Portuguesa do Pulmão; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://ondr2022.fundacaoportuguesadopulmao.org/>
3. Clari M, Ivziku D, Casciaro R, Matarese M. The unmet needs of people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of qualitative findings. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* [Internet]. 2018 Jan 2;15(1):79–88. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15412555.2017.1417373>
4. Pereira M, Moreira A, Machado P, Padilha J. Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* [Internet]. 2020 Dec 15;3(2):80–5. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/67>
5. Newham J, Pesseau J, Heslop-Marshall K, Russell S, Ogunbayo O, Netts P, et al. Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017 Jun;Volume 12:1705–20.
6. Simões A, Ferreira P, Dourado M. Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 24];36(1):9–15. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/492139>
7. Ribeiro S, Cardoso C, Valério M, Machado J, Costa J, Rodrigues C, et al. Confirmatory evaluation of the modified medical research council questionnaire for assessment of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 Feb 1;35(2):89. Available from: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15208>
8. Carpes M, Mayer A, Simon K, Jardim J, Garrod R. Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. 2008 Mar;34(3):143–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000300004&lng=pt&tlng=pt
9. Belo L, Rodrigues A, Paes T, Machado F, Schneider L, Vicentin A, et al. Functional status of patients with COPD assessed by London Chest Activity of Daily Living Scale: Gender association and validity of a cutoff point. *Lung* [Internet]. 2019 Aug 11;197(4):509–16. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00408-019-00235-2>
10. Araújo F, Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 9];25(2):59–66. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/95522>
11. Bastos C, Vieira S, Lima L. Management of the pharmacological treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista de Enfermagem Referência*. 2019 Mar 29;IV Série(Nº 20):57–66.
12. Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel; 2010.
13. Furlanetto K, Pinto I, Sant’Anna T, Hernandez N, Pitta F. Profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease classified as physically active and inactive according to different thresholds of physical activity in daily life. *Braz J Phys Ther*. 2016 Nov 1;20(6):517–24.
14. Júnior I, Costa C, Souza R, Santos Á, Teixeira P. Influence of pulmonary rehabilitation in patients with COPD exacerbator phenotype. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2020;46(6):e20190309–e20190309.
15. Sociedade Portuguesa Pneumologia. Sociedade Portuguesa Pneumologia. 2022 [cited 2022 Nov 9]. *Saúde Pública: DPOC*. Available from: <https://www.sppneumologia.pt/saude-publica/dpoc>
16. Toren K, Vikgren J, Olin AC, Rosengren A, Bergström G, Brandberg J. Occupational exposure to vapor, gas, dust, or fumes and chronic airflow limitation, COPD, and emphysema: The Swedish cardiopulmonary bioimage study (SCAPIS pilot). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2017 Nov;Volume 12:3407–13. Available from: <https://www.dovepress.com/occupational-exposure-to-vapor-gas-dust-or-fumes-and-chronic-airflow-l-peer-reviewed-article-COPD>

17. Kaptain R, Helle T, Patomella AH, Weinreich U, Kottorp A. New insights into activities of daily living performance in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021 Jan;Volume 16:1–12.
18. Silva L, Maricoto T, Simão P, Costa P, Padilha M. Barreiras à referência para reabilitação respiratória percebidas pelos médicos de família. In: XXX Congresso de Pneumologia do Norte [Internet]. Porto; 2023 [cited 2023 Feb 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/369107334_Barreiras_a_referenciacao_para_reabilitacao_respiratoria_percebidas_pelos_medicos_de_familia
19. Silva L, Maricoto T, Costa P, Berger-Estilita J, Padilha J. A meta-analysis on the structure of pulmonary rehabilitation maintenance programmes on COPD patients' functional capacity. *NPJ Prim Care Respir Med* [Internet]. 2022 Oct 3;32(1):38. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41533-022-00302-x>
20. Cortopassi F, Gurung P, Pinto-Plata V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in elderly patients. *Clin Geriatr Med*. 2017 Nov;33(4):539–52.
21. Gulart A, Munari A, Klein S, Venâncio R, Alexandre H, Mayer A. The London Chest Activity of Daily Living scale cut-off point to discriminate functional status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2020 May 1;24(3):264–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413355518306129>
22. American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Concetualização: M.B., R.C., F.A.

Curadoria dos dados: M.B., R.C., F.A.

Análise formal: M.B.

Investigação: M.B.

Metodologia: M.B., R.C., F.A.

Administração do projeto: M.B., R.C., F.A.

Recursos: M. B.

Supervisão: R.C., F.A.

Validação: R.C., F.A.

Visualização: M.B.

Redação do rascunho original: M.B.

Redação - revisão e edição: M.B., R.C., F.A.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido pelos participantes.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.