

Saraiva, Paula; Moreira, Maria Helena; Santos, Ricardo & Martins, Rosa (2014).
Qualidade de Vida do Doente Submetido a Ventilação Não Invasiva.
Millenium, 46 (janeiro/junho). Pp. 179-195.

QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT RECEIVING NONINVASIVE VENTILATION

PAULA CRISTINA DIAS ROCHA CAVALEIRO SARAIVA ¹
MARIA HELENA ENCARNAÇÃO MOREIRA ²
RICARDO MANUEL DA FONSECA SANTOS ³
ROSA MARIA LOPES MARTINS ⁴

¹ Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu;
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pela Universidade da Beira Interior;
Enfermeira Especialista de Reabilitação no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, EPE – Portugal.
(e-mail: rochapinhel@gmail.com)

² Mestrado em Saúde Ocupacional, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
Enfermeira Especialista de Reabilitação no Centro Hospitalar Tondela Viseu – Portugal.
(e-mail: lenita.moreira@gmail.com)

³ Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior; Especialidade em Enfermagem
Médico-Cirúrgica; Enfermeiro no Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar Cova da Beira – Portugal.
(e-mail: santosfricardo@gmail.com)

⁴ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: rmartins.viseu@gmail.com)

Resumo

A ventilação não invasiva (VNI) assume-se atualmente como uma opção terapêutica credível, com evidência científica suficiente para suportar a sua aplicação em variadas situações e contextos clínicos, relacionados com o tratamento da patologia respiratória aguda, bem como com a doença respiratória crónica.

A perceção dos portadores de determinadas doenças sobre a sua saúde e qualidade de vida está relacionada com alguns aspectos inerentes aos limites impostos pela própria doença e tratamento.

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de doentes submetidos a VNI. A investigação empírica assentou num estudo transversal, perfilhando uma

orientação correlacional, baseado numa abordagem de natureza quantitativa, tendo por base a aplicação do questionário específico SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire¹) a cada participante.

Foram incluídos neste estudo 30 indivíduos com SAOS (Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono), que realizam VNI. Os resultados foram tratados no programa estatístico SPSS (versão 19).

Os resultados obtidos com o questionário SGRQ demonstraram um comprometimento da qualidade de vida em todos os seus domínios (atividades, impacto, sintomas), sendo que, na amostra deste estudo, o domínio mais afetado foi o da "Atividade", tendo 24 indivíduos apresentado comprometimento da qualidade de vida.

Palavras-chave: Ventilação Não Invasiva, Qualidade de vida.

Abstract

Noninvasive ventilation (NIV) is assumed at present as a credible therapeutic option, with enough scientific evidence to support its use in various clinical situations and contexts, whether related to treatment of acute respiratory disease, as well as chronic respiratory disease.

Perception of patients with certain diseases on their health and quality of life is related to some aspects of the limits imposed by the disease itself and treatment.

This study aimed at assessing the quality of life of patients on NIV. The empirical research was based on a transversal study, adopting a correlational orientation and on a quantitative approach through the application of the specific St. George's Respiratory Questionnaire - SGRQ to each participant.

The study included 30 people with OSA (Obstrutiv Sleep Apneia), which perform NIV. The results were processed in SPSS (version 19).

The results from the SGRQ questionnaire showed a compromised quality of life in all its domains (activities, impact symptoms), and the most affected area for this sample was "Activity", in which 24 people show disturbances in their quality of life.

Keywords: noninvasive ventilation, quality of life.

¹ Disponível em: <<http://www.thoracic.org/assemblies/srn/questionnaires/sgrq.php>>.

1 – Introdução

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

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

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

A ventilação não invasiva (VNI) é, por conseguinte, uma das terapias que pode ser realizada no domicílio do doente, consistindo na aplicação de um suporte ventilatório, sem recorrer a métodos invasivos da via aérea. Constitui uma opção terapêutica em uso progressivamente crescente, com importância reconhecida no tratamento da patologia respiratória aguda, bem como na doença respiratória crónica (Ferreira *et al.*, 2009).

Esta terapia é imprescindível no tratamento de doentes com insuficiência respiratória e nos doentes com síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), carecendo de acompanhamento e monitorização (ONDR, 2005).

De facto, a VNI tem sido determinante no tratamento de variadas patologias que implicam a falência ventilatória, revestindo-se de uma importância vital no contexto da evolução das patologias respiratórias, proporcionando maior qualidade de vida ao doente.

O termo qualidade de vida tem adquirido, por sua vez, cada vez mais importância no contexto científico.

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

Tendo em vista o exposto sobre a patologia respiratória, torna-se necessário o aprofundamento de conhecimentos e de recursos postos à disposição dos enfermeiros,

particularmente dos especialistas de reabilitação, que objetivem a melhoria da sobrevida e qualidade de vida dos doentes acometidos por alterações do foro respiratório.

É neste contexto que surge a presente pesquisa, centrada nos doentes com SAOS que realizam VNI, visando alcançar o seguinte objetivo geral:

- Avaliar a qualidade de vida de doentes submetidos a VNI.

Com vista á concretização destes objetivos, realizou-se uma pesquisa não experimental de natureza quantitativa e transversal, numa amostra não probabilística de 30 indivíduos com SAOS, que realizam VNI, e se encontram inscritos na consulta de patologia do sono, do Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, EPE.

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

2 – Qualidade de vida relacionada com a saúde

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

O termo “qualidade de vida relacionada à saúde” foi definido por Patrick *et al.* (1973), citados por Fleck *et al.* (2008: 22), como sendo a capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária, tendo em conta a sua idade e papel social que desempenha. Consequentemente, essa incapacidade traduzir-se-ia numa menor qualidade de vida. Posteriormente, Patrick & Erikson (1993) consideraram-na como “o valor atribuído à duração da vida modificado por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano ou tratamento. Também Kaplan *et al.* (1983) definiram “qualidade de vida relacionada à saúde” como “o impacto do tratamento e da doença na incapacidade e no funcionamento diário”.

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

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

Sabe-se hoje que a insuficiência respiratória crônica e agudizada constitui um grave problema de saúde, com repercussões socioprofissionais, decorrentes da respetiva incapacidade, nos doentes que sofrem de tais distúrbios (Gonçalves & Pinto, 2008).

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

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de doentes com ventiloterapia domiciliária, em parte decorrente da constatação de que a maior parte dos doentes com insuficiência respiratória necessitavam exclusivamente de ventilação noturna (Gonçalves & Pinto, 2008).

Em consequência das manifestações clínicas da patologia respiratória, e reportando especificamente ao SAOS, a qualidade de vida é afetada pela limitação do desempenho nas atividades diárias, com implicações pessoais e sociais, designadamente a separação do leito do casal e o risco de exclusão social. Paralelamente, o deficiente desempenho laboral pode ter consequências indesejáveis, como o despedimento. No global, estes fatores poderão mesmo contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos mais ou menos graves (Teixeira, 2006).

Numa perspetiva de saúde (ou doença) a qualidade de vida tem sido analisada, com referência ao bem-estar dos doentes, na sua vertente social, psicológica e física, aquando de um tratamento, espelhando a definição de saúde da OMS, assim como o impacto da doença e do tratamento na inaptidão e no funcionamento diário do indivíduo (Kaplan *et al.*, 1983).

É um conceito de dupla face, incorporando aspetos positivos e negativos do bem-estar e da vida e é multidimensional, incorporando saúde social, psicológica e física. É também, em última instância, um conceito pessoal e dinâmico, que pode ser influenciado por diferentes fatores como: a deterioração do estado de saúde, perspetivas de vida, papéis, relacionamento e mudanças de experiências (Morris *et al.*, 1986).

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

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

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

demais pessoas como inexpressiva, é pertinente a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos.

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

Para esse efeito são utilizados questionários, que podem ser divididos em genéricos e específicos (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003). De entre os instrumentos específicos destaca-se o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), desenvolvido por Jones, Quirk & Baveystock em 1991, que contém três domínios: sintomas, atividade e impacto da doença, e constitui um instrumento fidedigno na mensuração do que a doença representa na vida desses doentes, surgindo como um dos questionários mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, em doentes respiratórios (Pagani, 2008).

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

2.1 – Síndrome de apneia obstrutiva do sono e ventilação não invasiva

O Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma patologia emergente, que compromete gravemente a saúde dos doentes (ONDR, 2005).

Bárbara & Pinto (2005: 4) definem SAOS como sendo uma condição clínica caracterizada por episódios de obstrução da via aérea superior (VAS), que provocam desaturações da oxihemoglobina e, conseqüentemente, a ocorrência de despertares transitórios, levando a uma fragmentação do sono. Frequentemente ocorre hipersonolência diurna, podendo igualmente originar perturbações cardiorespiratórias e neurocognitivas.

Perante um doente com suspeita de SAOS, deve realizar-se uma história clínica detalhada, interrogando acerca do padrão de sono, bem como realizado um exame objetivo, com particular destaque para os sistemas otorrinolaringológico, cardíaco e neurológico (Teixeira, 2006).

Paralelamente, deve ser explorada a função respiratória (provas funcionais respiratórias), realizada gasimetria arterial, *screening*, e, no caso de não ser conclusivo, preceder-se-á a uma polissonografia (Rodríguez, 2010).

O diagnóstico definitivo é estabelecido com base na clínica sugestiva e confirmação através de polissonografia reveladora de um índice de apneias e hipopneias igual ou superior a 5 eventos respiratórios por hora, associadas a perturbações fisiológicas (Ventura *et al.*, 2007; Paiva, Tabatinga & Ferreira, 2006). Após completar o

estudo do sono, estabelecido que está o diagnóstico, será instaurado um modo de tratamento domiciliário definitivo (Rodriguez, 2010).

Contudo, Bárbara & Pinto (2005: 4) referem que esta condição clínica continua a ser subdiagnosticada, em parte devido ao facto de frequentemente se negligenciarem as questões relacionadas com o sono, na elaboração das histórias clínicas dos doentes.

De acordo com o ONDR (2005), não existem estatísticas que traduzam fielmente esta realidade, sabendo-se, no entanto, que esta patologia tem vindo a aumentar 30 a 60% nos grupos etários superiores a 55 anos.

Paiva, Tabatinga & Ferreira (2006) afirmam que este distúrbio do sono é mais frequente no sexo masculino e em indivíduos com excesso de peso, sendo as principais características clínicas a sonolência diurna excessiva, roncos noturnos e obesidade.

Também Rodriguez (2010) refere que quase 50% dos doentes com SAOS têm um IMC igual ou superior a 30. De acordo com o mesmo autor, os mecanismos que explicam esta associação parecem ser multifatoriais e incluem: mudanças no impulso ventilatório, alterações do calibre e função da via aérea superior (por depósito de gordura a nível das estruturas que rodeiam a via aérea superior), influenciado por alterações dos volumes pulmonares e hipoxémia induzida pela obesidade.

No que se reporta ao tratamento dos doentes com SAOS, a maioria cumpre ventilação não invasiva (VNI), objetivando-se uma melhoria do grau de dispneia, a correção da hipercapnia, em caso de existir, e a redução dos internamentos hospitalares (Rodriguez, 2010).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os mecanismos pelos quais a VNI beneficia estes doentes, são, fundamentalmente, uma nova sensibilização dos quimiorreceptores, ao melhorar o intercâmbio gasoso, o descanso dos músculos respiratórios e o aumento dos volumes pulmonares (Rodriguez, 2010).

De facto, a ventilação não invasiva (VNI), baseando-se na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos da via aérea, anula uma série de complicações frequentemente associadas à entubação endotraqueal e ventilação mecânica invasiva (Ferreira *at al.*, 2009).

Apesar das inúmeras tentativas para tratar e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de distúrbios ventilatórios do sono, referidas por Paiva, Tabatinga & Ferreira (2006), o tratamento conservador da SAOS que prevalece é a VNI, particularmente o CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), revelando-se a opção mais consistentemente eficaz e segura no seu tratamento, observando-se uma redução da mortalidade relativa e da sonolência diurna excessiva nos doentes, diminuindo naturalmente os inconvenientes da traqueostomia, como alterações estéticas, de fala e risco de infeções. Contudo, os referidos autores

advertem para o facto da sua eficácia se limitar à diminuição ou mesmo cessação dos sintomas, não permitindo a cura deste distúrbio.

Efetivamente, na atualidade, o tratamento com VNI (CPAP), cuja importância é reconhecida mundialmente, permite que os doentes cumpram este tratamento no domicílio, não necessitando de nenhum tipo de internamento hospitalar, anulando os possíveis riscos de complicações e conseguindo uma cessação dos sintomas desde o primeiro dia (Paiva, Tabatinga & Ferreira, 2006).

Efetivamente, e de acordo com Ferreira *et al.*, (2009), a VNI tem demonstrado eficácia no tratamento de diversos tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

Relativamente aos aspetos técnicos que esta técnica envolve, apraz referir que entre o sistema de ventilação mecânica e o doente é aplicado um conjunto de dispositivos, designados de interfaces, sendo no caso da VNI, constituído por máscaras com o respetivo arnês, circuito e filtro (Rodriguez, 2010).

As máscaras nasais ou faciais são as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação de VNI, tanto em ambiente hospitalar, como em contexto domiciliário (Schettino *et al.*, 2007).

A máscara nasal proporciona uma menor sensação de claustrofobia, permitindo ao doente falar, expetorar, sendo também mais fácil de colocar, apontando-se como o seu maior inconveniente o facto de ocorrer fuga de ar pela boca quando esta se encontra aberta (Rodriguez, 2010).

Rodriguez (2010) considera extremamente importante selecionar a máscara mais adequada a cada doente, atendendo às características anatómicas faciais, bem como ao grau de conforto proporcionado ao doente, evitando fugas e minimizando os efeitos secundários, o que cumulativamente constitui um fator chave para o êxito do tratamento.

Inerente aos aspetos técnicos expostos, Lima *et al.* (2007) defendem uma adequada intervenção ao nível da avaliação do doente; no início do tratamento, através da escolha do aparelho e adaptação do doente à máscara e à máquina. Igualmente premente é a instrução e treino do doente e/ou convivente significativo, no que diz respeito aos cuidados e manutenção do equipamento e ao acompanhamento. É neste contexto que os enfermeiros especialistas de reabilitação emergem como essenciais em todo este processo.

Após o enquadramento teórico realizado, com a perceção da patologia de base dos doentes incluídos neste estudo, segue-se a parte empírica do mesmo, mais precisamente a metodologia de investigação.

3 – Metodologia de investigação

Tipo de estudo: Para esta investigação, conceptualizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa e procedeu-se a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess & Bloomquist, 1985), ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995).

Amostra: Obteve-se uma amostra de 30 indivíduos com SAOS, que realizam VNI, e se encontram inscritos na consulta de patologia do sono, do Serviço de Pneumologia do Hospital de Sousa Martins, da ULS da Guarda, EPE.

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

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

Estruturalmente, o instrumento de colheita de dados era constituído por 5 secções: uma destinada à caracterização sociodemográfica, seguindo-se a caracterização circunstancial e a caracterização clínica; outra especificamente diz respeito à escala da qualidade de vida (Saint George's Respiratory Questionnaire - SGRQ), e por fim a funcionalidade familiar (Apgar Familiar).

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

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

Para calcular a qualidade de vida de cada indivíduo, é feita a soma dos pesos de cada item pertencente a cada domínio e depois é dividido pela possibilidade máxima que pode ser alcançada. A pontuação de cada domínio é dada em percentagem, calculada pelo coeficiente, visível na seguinte equação (Quadro 1) (Jones *et al.*, 1991).

Quadro 1 - Coeficiente para o cálculo do questionário SGRQ

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

Segundo Jones, Quirk & Baveystock (1991), após a aplicação desta equação e feitos os cálculos, se se obtiverem valores até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal. Por conseguinte, resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade e alterações iguais ou superiores a 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total de pontos, indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos doentes.

Para a *avaliação da funcionalidade familiar* adotou-se a escala de Apgar familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo & Matos (1998). Ela é baseada em cinco perguntas que pretendem avaliar a perceção do sujeito cerca da qualidade do seu relacionamento familiar, e integra as seguintes dimensões: adaptação intrafamiliar; convivência e comunicação; crescimento e desenvolvimento; afeto; dedicação à família.

Variáveis em estudo: Para a realização desta investigação, considerou-se um conjunto de variáveis necessárias e fundamentais para o tratamento estatístico: variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral); variáveis circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador); variáveis clínicas (tempo de diagnóstico da doença, IMC) e a funcionalidade familiar.

Procedimentos formais e éticos: Para a recolha de informação foi elaborado o pedido de autorização à instituição de saúde, no caso, a ULS da Guarda, de modo a permitir a aplicação do instrumento de recolha de dados nas instalações da referida unidade.

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

Procedimentos estatísticos: Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e à estatística inferencial. Em relação à estatística descritiva, determinaram-se: frequências absolutas e percentuais, mínimo, máximo; médias; desvios padrão e coeficientes de variação. No que respeita à estatística inferencial, foram usados testes

não paramétricos para estabelecer as relações entre as variáveis: Teste U de Mann Whitney e Teste de Kruskal Wallis, dado que na amostra a variável dependente (Dimensões da QDV) não apresenta uma distribuição dentro da normalidade.

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

Hipóteses de Investigação: Atendendo ao problema e aos objetivos do estudo e na sequência dos fundamentos teóricos, que sustentam a ideia de que a qualidade de vida do doente submetido o VNI é condicionada por variáveis de contexto sociodemográfico, circunstancial e clínico, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 - As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias, situação laboral) influenciam a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

H2 - As características circunstanciais (acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de uso do ventilador, adaptação ao ventilador) influenciam a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

H3 – As variáveis clínicas (IMC, tempo de diagnóstico da doença) influenciam a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

H4 – A funcionalidade familiar influencia diretamente a qualidade de vida do doente submetido a VNI.

4 - Apresentação e análise dos resultados

A análise dos resultados referentes às características sociodemográficas da amostra possibilita verificar que são os indivíduos do sexo masculino que predominam (86,7%) no recurso à VNI.

Estes resultados, são consonantes com investigações anteriores desenvolvidas por outros autores (Bárbara & Pinto, 2005; Ventura et al, 2007), que referem que esta patologia respiratória afeta principalmente os homens.

Relativamente à idade, verificou-se estar compreendida entre os 39 e os 78 anos, sendo a média de 61,1 anos (Dp = 10,19), o que vai de encontro aos dados apresentados pelo ONDR (2005), quando se refere ao aumento da patologia que atualmente se verifica nos grupos etários superiores a 55 anos. Semelhantes resultados foram igualmente obtidos por Bárbara & Pinto (2005) e Ventura et al. (2007).

O perfil do doente com SAOS passa ainda por ser casado (90%), a viver com o respetivo conjugue (86,7%), residente em meio rural (50%).

Predomina um baixo nível de instrução (46,7% possui apenas o 4º ano de escolaridade), estando a maior parte dos indivíduos aposentados (46,7%).

No que se reporta à caracterização circunstancial, a distância que separa os doentes do serviço de saúde mais próximo é em média 11,52 Km (Dp = 13,96), sendo que a maioria deles (86,7%) utiliza transporte próprio para efetuar essa deslocação.

Constatou-se que o tempo médio de diagnóstico da doença foi de 4,47 anos (Dp=3,49). Muito próximo se situa o tempo médio de início do uso do ventilador (4,05) (Dp=3,13). Estes resultados vão ao encontro do que Paiva, Tabatinga & Ferreira (2006) referem quanto à utilização da VNI no SAOS, considerando esta terapia como o principal tratamento deste distúrbio ventilatório, com inequívocos benefícios reconhecidos, conseguindo mesmo uma cessação dos sintomas desde o primeiro dia de utilização. Também Rodriguez (2010) refere que a maioria dos doentes com SAOS cumpre VNI, daí a pertinência do seu início logo após o diagnóstico estabelecido.

Apurou-se que a maioria dos doentes (56,7%) se adaptou facilmente ao ventilador, existindo porém uma significativa percentagem de indivíduos que apresentaram dificuldades na sua adaptação (43,3%), atribuindo a responsabilidade a diversos fatores como a secura das mucosas, o barulho do ventilador, e desconforto com a máscara. Tais resultados são consonantes com o que é referido por Bárbara & Pinto (2005) e ainda Paiva, Tabatinga & Ferreira (2006), no que diz respeito às queixas narradas pelos doentes, podendo levar a uma limitação da aceitação dessa terapia.

Considerando a ajuda prestada por profissionais de saúde, verificou-se que uma parte muito significativa da amostra (90%) não obteve ajuda por parte destes profissionais, no domicílio. No entanto, a totalidade dos doentes (100%) afirma dispor de ajuda em caso de necessidade de esclarecimento, de dúvida ou resolução de problema.

Predominam indivíduos que atualmente não tomam medicação de forma habitual.

Em termos de avaliação nutricional, constatou-se que a maior parte dos doentes com SAOS (36,7%) possuía obesidade grau I (IMC entre 30 – 34,9 Kg/m²), sendo o sexo masculino o que contribui com maior percentual (38,5%). De salientar que 10% da amostra possuía um IMC \geq 40 Kg/m².

A maioria dos doentes (60%) percecionava a sua condição atual de saúde como razoável, sendo que 46,7% considerava que o seu estado de saúde atual estava aproximadamente igual ao que acontecia há um ano.

A grande maioria da amostra (83,3%) percecionava a sua família como sendo altamente funcional.

➔ **A qualidade de vida dos doentes submetidos a VNI**

No presente estudo foram analisados dados referentes à qualidade de vida de um grupo de doentes portadores de SAOS, submetidos a VNI, através de um

questionário específico (SGRQ), obtendo-se os níveis de qualidade de vida referentes aos domínios que compõem este instrumento.

Os resultados obtidos revelaram um comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios (atividades, impacto, sintomas). Na qualidade de vida total, apuraram-se valores percentuais de qualidade de vida de 29,74%, revelando, por conseguinte, uma condição de anormalidade, á luz da interpretação do autor da escala, quando refere que valores obtidos até 10% demonstram que a qualidade de vida ainda é considerada normal, sendo que resultados acima de 10% indicam uma condição de anormalidade (Jones, Quirk & Baveystock, 1991)

Ao analisar a afetação por domínios, de realçar a existência de um comprometimento considerável em todos os domínios, sendo mais acentuado no domínio atividades (43,32%), seguindo-se o domínio impacto (25,71%), e, por último, o domínio sintomas (17,88%). Os dados, na sua globalidade, são consistentes com os obtidos noutros estudos.

O nível de comprometimento no domínio atividades identificado neste estudo vai ao encontro das possíveis complicações desta patologia, narradas por Bárbara & Pinto (2005), concretamente às alterações neuropsicológicas, as quais podem ter significativas implicações nas atividades diárias dos indivíduos portadores deste distúrbio ventilatório. Por outro lado, também a OMS (2002) afirma perentoriamente que a diminuição da mobilidade, situação que se verifica frequentemente em doentes com alterações do foro respiratório, piora o bem-estar e a autossuficiência, advindo daí prejuízos para a capacidade de desempenho nas atividades de vida diária.

➤ **Relação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas**

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, residência, convivente significativo, habilitações literárias e situação laboral. Para testar esta primeira hipótese, foram criadas algumas sub-hipóteses, e utilizado o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal – Wallis.

O SGRQ revelou que, nas mulheres, o domínio atividades (49,73%) é o mais afetado, quando comparado com os homens (42,33%), não existindo contudo diferenças significativas. No SAOS, este maior comprometimento nas mulheres do que nos homens, foi também identificado em investigações relacionadas com patologias respiratórias levadas a cabo nos últimos anos, presumivelmente associada ao facto das mulheres viverem em média mais anos que os homens, advindo daí um decréscimo da autonomia, relacionada com a idade (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Paralelamente, os mais idosos apresentaram maior afetação no domínio atividades (54,05%), no domínio sintomas e na QDV total, quando comparados com os menos idosos.

Apurou-se que os doentes que residem em meio urbano apresentam uma qualidade de vida considerada normal (com uma média percentual de 4,98%), no que se refere ao domínio sintomas, tendo-se verificado que a residência exerce um efeito bastante significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, nos domínios atividades, impacto e a QDV total. Estes resultados remetem-nos para a ideia de que a proximidade dos serviços de saúde e de assistência, em caso de necessidade é desejável, proporcionando sentimentos de maior segurança e bem-estar, em consonância com o que é exposto por Lemos *et al.* (2006), cit. por Pagani, 2008, quando refere que a qualidade de vida é um conceito multidimensional, envolvendo aspetos físicos, sociais e emocionais.

Os resultados obtidos conduzem à aceitação parcial da hipótese de que as variáveis sociodemográficas influenciam a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

➤ **Relação entre qualidade de vida e variáveis de contexto circunstancial**

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as características circunstanciais: acessibilidade aos serviços de saúde, ajuda de profissionais de saúde no domicílio, tempo de uso do ventilador e adaptação ao ventilador.

Para testar a segunda hipótese, foram criadas algumas sub-hipóteses, e utilizado o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal – Wallis.

Apurou-se que a ajuda de profissionais de saúde no domicílio exerce um efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido a VNI, no domínio atividades. Contudo, existe uma percentagem extremamente expressiva de doentes que não possui qualquer ajuda de profissionais de saúde no domicílio (90%). Este dado assume particular relevância quando confrontado com os aspetos defendidos por Lima *et al.*, 2007, quando refere a pertinência da instrução e treino do doente e/ou convivente significativo, no que diz respeito aos cuidados e manutenção do equipamento; e ao acompanhamento em contexto domiciliário, emergindo os enfermeiros especialistas de reabilitação como essenciais em todo este processo.

No confronto dos resultados supramencionados, aceita-se parcialmente a hipótese de que as características circunstanciais influenciam qualidade de vida do doente submetido o VNI.

➔ **Relação entre qualidade de vida e variáveis clínicas**

Procedeu-se ao estudo da relação entre a variável qualidade de vida e as variáveis clínicas (IMC e tempo de diagnóstico da doença).

Para testar a terceira hipótese, foram criadas duas sub-hipóteses e utilizado o teste de Kruskal – Wallis.

Constatou-se que os doentes com SAOS apresentavam um IMC de 30 – 34,9 Kg/m², (corresponde a uma obesidade de grau I). No entanto, não se verificou associação entre o IMC e a qualidade de vida do doente com VNI. Resultados diferentes, denotando uma associação entre a obesidade e a SAOS, são encontrados em vários estudos já publicados (Bárbara & Pinto, 2005; Rodriguez, 2010; Ventura *et al.*, 2007). Mancini, Aloe & Tavares (2000) referem mesmo que o SAOS acomete principalmente homens obesos, cuja incidência ultrapassa os 50% em obesos mórbidos.

Os resultados obtidos conduzem à rejeição da hipótese de que as características clínicas influenciam a qualidade de vida do doente submetido o VNI.

➔ **Relação entre qualidade de vida e funcionalidade familiar**

No que respeita à funcionalidade familiar, constatou-se que a grande maioria da amostra (83,3%) considera fazer parte de uma família altamente funcional, tendo-se apurado que a funcionalidade familiar exerce efeito significativo na qualidade de vida do doente submetido o VNI. Resultados semelhantes têm sido encontrados noutros estudos (Bárbara & Pinto, 2005).

Estes resultados levam à aceitação da hipótese de que a funcionalidade familiar influencia a qualidade de vida do doente submetido o VNI, sendo o maior nível de qualidade de vida a favor de doentes pertencentes a famílias altamente funcionais.

5 – Conclusão

Em muitos países, a adoção de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis tem condicionado a proliferação de patologias a eles associadas, enfrentando algumas dificuldades no seu tratamento e controlo. Em função desta preocupação, a qualidade de vida dos doentes portadores de doenças respiratórias, particularmente o SAOS, que se encontram submetidos a VNI domiciliária, emerge como um tema de grande pertinência.

Do presente estudo destaca-se que dos 30 indivíduos que constituíram a amostra, 26 eram do sexo masculino, com uma média de idades de 61,1 anos, sendo que a maior parte dos doentes possuía obesidade grau I (IMC entre 30 – 34,9 Kg/m²).

O tempo médio de diagnóstico da doença foi de 4,47 anos, encontrando-se próximo do tempo de uso do ventilador (4,05 anos), sendo que a maioria (56,7%) dos doentes se adaptou facilmente ao ventilador.

Constatou-se que a limitação das actividades físicas contribuiu para o maior prejuízo na QDV, seguido do impacto psicossocial e por fim dos sintomas da doença. Na qualidade de vida total, apuraram-se valores percentuais de qualidade de vida de 29,74%.

Apurou-se ainda que a ajuda no domicílio e a funcionalidade familiar contribuem para uma melhor qualidade de vida do doente com SAOS submetido a VNI.

Acredita-se que a investigação em saúde, mais especificamente na área da qualidade de vida, constitui alicerce fundamental para a promoção de melhores práticas em saúde. Desta forma, pretende-se e é desejável o envolvimento de diversos profissionais na aplicação de resultados desta e outras pesquisas já efetuadas anteriormente, quer com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes doentes, quer para favorecer a articulação e continuidade de cuidados entre as unidades de internamento e o domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo & Matos (1998). Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*, Vol. 2, n.º 20. Lisboa.
- Bárbara, Cristina & Pinto, Paula (2005). *Síndrome de apneia obstrutiva do sono: diagnóstico e terapêutica*. Monografia, Vitalaire.
- Ciconelli, R. (2003). Medidas de avaliação da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.43, n.º 2:9-13, Mar/Abr. São Paulo.
- Couto, Tatiana (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- Dantas, R.; Sawada, N.; Malerbo, M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.11: 532-538, Jul./Ago. Ribeirão Preto
- DGS - Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular Informativa, N.º 40A/DSPCD.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do mos SF-36, parte II – teste de validação, *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 13, n.º3: 119-127.
- Ferreira, Susana; Nogueira, Carla; Conde, Sara & Taveira, Natália (2009). Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol XV, n.º 4, Julho/Agosto. Lisboa. ISSN 0873-2159.
- Fleck, Marcelo *et al.* (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde* – Artmed editora S.A.Porto Alegre.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures: Lusociência.
- Gil, António Carlos (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4.ª. ed. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. & Pinto, T. (2008). Ventilação mecânica não invasiva: novos horizontes para a intervenção da fisioterapia. *Revista EssFisiOnline*, Vol.4, n.º 2: 33 – 43. Abril. Acedido em 11 de junho de 2011 em: <<http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n2.pdf>>.
- Hillers, T. K., *et al.* (1994). Quality of life after myocardial infarction. *Journal Clinical Epidemiology*, Vol. 47, n.º 11: 1287-1296.
- Jones, P. W.; Quirk, F. H. & Baveystock, C. M. (1991). The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med.*, 85 Suppl B:25-31; discussion 33-7.
- Kaplan, R. & Ernst, J., (1983). Do category rating scales produce biased preference weights for a health index - *Medical Care*, Vol.21, n.º2:193-207.

- Kiess, H. O. & Bloomquist, D. N. (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. Londres: Allyn and Bacon.
- Lima, Fabíola; Peluso, Andreia & Virgínio, Flávio (2007). Ventilação Não Invasiva com pressão positiva na insuficiência respiratória aguda: prevenção da intubação e reintubação. Brasil. Acedido em 11 de junho de 2011 em <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/invasiva_fabiola.htm>.
- Mancini, Aloe & Tavares (2000). Apneia do sono em obesos. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Vol 44, nº1, Fev.
- Morris, J. *et al.* (1986). Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, Vol 39, Issue 1: 47-62.
- ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2005). *Relatório Preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Relator: A. Teles de Araújo.
- Organização Mundial de saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. M.d. Saúde, Ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Oldridge, N *et al.* (1998). Predicts of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, v.18: 95-103.
- Pagani, N. (2008). *Percepção sobre qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília.
- Paiva, D.; Tabatinga, D. & Ferreira, M. (2006). *Uso de CPAP nos distúrbios respiratórios do sono*. Novafabi. Acedido em 28 de junho de 2011 em: <<http://www.novafapi.com.br/eventos/jic2006/trabalhos/FISIOTERAPIA/Oral/174%20-%20USO%20DE%20CPAP%20NOS%20DISTURBIOS%20RESPIRAT%20RIOS%20DO%20SONO.pdf>>.
- Patrick, D. L. & Erikson, P. (1993). *Health status and health policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Pedhazur, E. J. & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. New York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Rodriguez, E. (2010) *Guía Esencial de metodología en ventilación mecánica no invasiva*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Schettino, G. *et al.* (2007). Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. *J. bras. Pneumol*, Vol 3, Supl. 2: 92-105. São Paulo.
- Sousa, Galante & Figueiredo (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37: 364-371.
- Teixeira, F. (2006). Distúrbios respiratórios obstrutivos do sono: síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono e síndrome de resistência das vias aéreas superiores. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 22: 613-623.
- Ventura *et al.* (2007). Papel da oximetria nocturna no rastreio da síndrome de apneia-hipopneia obstrutiva do sono. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, VolXIII, nº 4, julho/agosto.
- Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, Vol 41, nº 10: 1403-1409.

Recebido: 28 de março de 2012.

Aceite: 4 de novembro de 2013.