

**M**

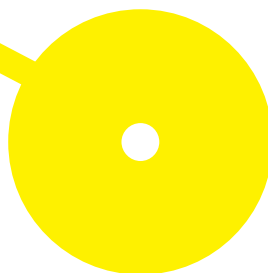
**MESTRADO**

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO: GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

# Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários

Rita Ribeiro César

09/**2024**





**Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de  
espirometria nos Cuidados de Saúde Primários**

**Autor**

Rita Ribeiro César

**Orientador**

Professor Doutor Tiago Jacinto / Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das Organizações – Ramo: Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

## Agradecimentos

É com gratidão que escrevo estas palavras, pois reconheço que a concretização deste objetivo não teria sido possível sem o apoio incondicional de pessoas muito especiais.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais por todo o amor e apoio incondicional que sempre me deram. Foram fundamentais para que eu conseguisse persistir e me tornasse quem sou hoje.

À minha irmã e ao meu cunhado, o meu agradecimento por estarem sempre presentes, pelo apoio constante e pela força que me deram. Por serem para mim uma inspiração e motivação para superar os desafios e não desistir.

Sou imensamente grata ao Tomás, por estar sempre ao meu lado, por me apoiar nos momentos mais difíceis e pela sua presença e carinho que me deram a força e a coragem que eu precisava para seguir em frente.

Aos meus familiares e amigos, por todo o apoio, compreensão e incentivo ao longo destes anos e por serem um alicerce na minha vida.

O meu agradecimento especial ao meu orientador, cuja orientação e sugestões foram indispensáveis para a realização desta pesquisa. O seu apoio, o seu conhecimento e as suas contribuições foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento académico.

Gostaria também de expressar a minha gratidão às minhas colegas da UCSP, pelo apoio e orientação prestados ao longo deste percurso, que foram essenciais para poder iniciar a minha pesquisa.

Agradeço ainda a todos os participantes deste estudo, cuja colaboração e disponibilidade foram cruciais para a realização da pesquisa.

## **Resumo**

**Enquadramento:** Este estudo transversal analisou as características sociodemográficas, clínicas e a qualidade de vida (QV) de 126 utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, referenciados para espirometria numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários. Além das espirometrias, foram recolhidos dados sociodemográficos e aplicou-se o questionário SF-36v2 para medir a QV.

**Resultados:** A amostra foi predominantemente feminina, com idade mediana de 57 anos. A maioria tinha excesso de peso e condições crónicas, especialmente em mulheres e utentes mais velhos. O tabagismo revelou-se elevado, exigindo estratégias para cessação. A adesão ao tratamento foi satisfatória, embora haja necessidade de mais acompanhamento. As espirometrias foram, em sua maioria, normais, embora algumas alterações ventilatórias tenham sido detetadas. Não houve correlação significativa entre os resultados das espirometrias e a QV.

**Conclusão:** A gestão de doenças crónicas pode ser melhorada com programas de gestão de peso, educação para a cessação tabágica, maior frequência de consultas e espirometrias regulares, principalmente para idosos e pessoas com doenças respiratórias crónicas. Programas personalizados e formação contínua dos profissionais são essenciais para cuidados mais eficazes.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, questionário SF-36v2, espirometria, cuidados de saúde primários

## **Abstract**

**Background:** This cross-sectional study analyzed the sociodemographic, clinical characteristics, and quality of life (QoL) of 126 patients, aged 18 years or older, referred for spirometry in a Primary Health Care Unit. In addition to spirometry, sociodemographic data were collected, and the SF-36v2 questionnaire was applied to measure QoL.

**Results:** The sample was predominantly female, with a median age of 57 years. Most had excess weight and chronic conditions, particularly women and older patients. Smoking was prevalent, requiring cessation strategies. Treatment adherence was satisfactory, although there is a need for more follow-up. Spirometries were mostly normal, though some ventilatory changes were detected. There was no significant correlation between spirometry results and QoL.

**Conclusion:** Chronic disease management can be improved through weight management programs, smoking cessation education, more frequent consultations, and regular spirometry, especially for the elderly and those with chronic respiratory diseases. Personalized programs and continuous training of healthcare professionals are essential for more effective care.

**Keywords:** Quality of life, SF-36v2 questionnaire, spirometry, primary health care

## Índice

1.	Introdução.....	1
2.	Fundamentação teórica.....	3
2.1	Importância da gestão organizacional na saúde do utente .....	3
2.2	A qualidade de vida aplicada à saúde.....	4
2.2.1	Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na saúde: SF-36 .....	5
2.2.2	Qualidade de Vida e perfil do utente associado a medidas organizacionais .....	7
2.3	As doenças respiratórias no mundo e em Portugal .....	7
2.4	As doenças respiratórias crónicas .....	9
2.4.1	Asma.....	10
2.4.2	DPOC .....	11
2.4.3	Qualidade de vida nos doentes com doenças pulmonares crónicas .....	11
2.5	Espirometria no diagnóstico de doenças respiratórias crónicas e a importância do diagnóstico precoce .....	12
2.5.1	Espirometria nos Cuidados de Saúde Primários .....	15
3.	Métodos.....	17
3.1	Objetivos e tipo de estudo.....	17
3.2	População e amostra .....	18
3.3	Procedimento de recolha, tratamento e análise informação .....	19
3.4	Variáveis em estudo.....	25
3.5	Tratamento estatístico e análise de dados.....	25
4.	Análise de resultados.....	25
4.1	Objetivo específico 1: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível sociodemográfico. 26	
4.2	Objetivo específico 2: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível clínico.....	27
4.2.1	Comorbilidades.....	27
4.2.2	Consciência face à doença respiratória crónica, terapêutica e seguimento clínico.....	29
4.2.3	Hábitos tabágicos.....	31
4.2.4	Profissão de risco.....	33
4.2.5	Sintomatologia .....	33
4.2.6	Acessibilidade geral aos serviços de saúde .....	35

4.3	Objetivo específico 3: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível da espirometria.	36
4.3.1	Acessibilidade à espirometria .....	36
4.3.2	Motivo de referência para realização de espirometria.....	39
4.3.3	Conclusão da espirometria.....	40
4.4	Objetivo específico 4: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível de qualidade de vida e correlacioná-la com os dados obtidos através da caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e de espirometria .....	41
4.4.1	Qualidade – instrumento (fiabilidade) e análise geral da qualidade de vida da amostra ..	41
4.4.2	Relação entre a QV e as variáveis sociodemográficas.....	42
4.4.3	Relação entre a QV e fatores de risco .....	45
4.4.3	Relação entre a QV e sintomatologia.....	46
4.4.5	Relação entre QV e comorbilidades.....	48
4.2.6	Relação entre QV e a conclusão da espirometria.....	49
5.	Discussão de resultados.....	50
5.1	Objetivo específico 1: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível sociodemográfico.	
5.2	Objetivo específico 2: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível clínico.....	51
5.2.1	Comorbilidades.....	51
5.2.2	Consciência face à Doença Respiratória Crónica, Terapêutica e Seguimento Clínico.	52
5.2.3	Hábitos Tabágicos .....	53
5.2.4	Profissão de Risco .....	54
5.2.5	Sintomatologia .....	54
5.2.6	Acessibilidade Geral aos Serviços de Saúde.....	55
5.3	Objetivo específico 3: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível da espirometria.	56
5.3.1	Acessibilidade à Espirometria .....	56
5.3.2	Motivo de Referência para Realização de Espirometria .....	56
5.3.3	Conclusão da Espirometria.....	57
5.4	Objetivo específico 4: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível de qualidade de vida e correlacioná-la com os dados obtidos através da caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e de espirometria .....	57
5.4.1	Relação da QV com as características sociodemográficas.....	57
5.4.2	Relação da QV com os fatores de risco.....	59
5.4.3	Relação entre a QV e sintomatologia.....	60

5.4.4	Relação entre a QV e as comorbilidades .....	61
5.4.5	Relação entre a QV e a conclusão da espirometria.....	62
6.	Conclusão.....	63
	Referências Bibliográficas.....	67
	Anexos.....	81

## Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACOS – Síndrome da sobreposição Asma-DPOC  
AVD – Atividades da vida diária  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DC – Doença crónica  
DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis  
DE – Desempenho emocional  
DF – Desempenho físico  
DP – Desvio Padrão  
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica  
DR – Doença respiratória  
DRC – Doença respiratória crónica  
EPI – Equipamento de proteção individual  
FEV1 – *Forced expiratory time*  
FF – Função física  
FS – Função social  
FVC – *Forced vital capacity*  
GARD – *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*  
GLI – *Global Lung Function Initiative*  
HTA – Hipertensão arterial  
IQR – Amplitude interquartil  
LLN – *Lower limit normal*  
MD – Mediana  
MSF – Medidas sumárias físicas  
MSM – Medidas sumárias mentais  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PHCU – Primary Health Care Unit  
PNDR – Programa nacional para as doenças respiratórias  
PRR – Plano de Recuperação e Resiliência  
QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QOL – *Quality of life*

QV – Qualidade de vida

SAOS – Síndrome de apneia obstrutiva do sono

SF-36 v2 – *MOS Short Form Health Survey* 36 Item v2

SG – Saúde geral

SM – Saúde mental

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSGE – Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

UMA – Unidades Maço Ano

VC – *Vital capacity*

VT – Vitalidade

## Índice de tabelas

Tabela 1. Classificação do IMC.....	20
Tabela 2. Classificação da gravidade dos padrões respiratórios de acordo com ATS/ERS 2005. .....	23
Tabela 3. Domínios do questionário MOS SF-36 v.2.....	24
Tabela 4. Dados antropométrico da amostra.....	26
Tabela 5. Categorização e score das DC relatada ou descritas no processo clínico.....	28
Tabela 6. Consciência face à DRC, terapêutica e seguimento clínico.....	30
Tabela 7. Tabela resumo dos hábitos tabágicos.....	32
Tabela 8. Número de horas de exposição passiva ao fumo do tabaco por dia.....	33
Tabela 9. Frequência da sintomatologia.....	34
Tabela 10. Correlação entre hábitos tabágicos e sintomatologia.....	34
Tabela 11. Acessibilidade aos serviços de saúde.....	36
Tabela 12. Acessibilidade à realização de espirometria.....	37
Tabela 13. Motivo de referência dos utentes para realização de espirometria.....	39
Tabela 14. Conclusões obtidas nas espirometrias realizados.....	40
Tabela 15. Resultados e consistência interna das dimensões do SF-36v2.....	41
Tabela 16. Matriz de correlações entre escalas do SF-36.....	42
Tabela 17. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com o sexo.....	43
Tabela 18. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a faixa etária e mediana da FF. .....	44
Tabela 19. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com o IMC e mediana da VT.....	45
Tabela 20. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a exposição ocupacional.....	46
Tabela 21. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a tosse e mediana.....	47
Tabela 22. Mediana e IQR dos domínios do SF-36v2, em relação à dispneia.....	48
Tabela 23. Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com as DC autorelatadas.....	49
Tabela A. 1. Designação, escada e valor possível das variáveis estudadas.....	91

## Índice de figuras

Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra. ....	19
--	----

## 1. Introdução

A gestão na área da saúde requer compromisso com a excelência, inovação e equilíbrio entre os diversos interesses dos envolvidos. Criar valor no contexto da saúde significa atender às necessidades dos prestadores de cuidados, acionistas e utentes, refletindo o bem-estar dos pacientes (Bernardino, 2017). O sucesso das organizações de saúde depende da satisfação dos doentes e profissionais, resultados económicos e qualidade dos cuidados, com destaque para a cultura organizacional e promoção da saúde (Griffith, 2015; Skriabikova et al., 2016).

A crescente exigência dos doentes e o envelhecimento populacional impulsionam mudanças nos serviços de saúde (Moreira & Fries-Tersch, 2015). A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QdVRS) é crucial na avaliação dos serviços e no bem-estar dos pacientes, essencial para uma gestão eficaz e centrada no paciente (Fitzpatrick & Hopkins, 1983; Wilson & Cleary, 1995), pois estas informações podem sustentar a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e subsidiar políticas públicas de saúde, gerando um impacto positivo (Jacques, 2011). Um dos métodos de avaliação da QdVRS é através do questionário MOS SF-36 V2 (MOS Short Form Health Survey 36 Item v2) (Ferreira, 2000).

O cenário das doenças respiratórias (DR) tem evoluído de forma acentuada em Portugal e em todo o mundo. Esta evolução tem desafiado os sistemas de saúde devido a uma mudança no padrão de DR, havendo um aumento das doenças respiratórias crónicas (DRC) e uma diminuição das DR agudas (Bárbara et al., 2015). Este aumento das DRC está relacionado não apenas com os efeitos a curto e longo prazo do tabagismo, mas também com o envelhecimento da população. Como resultado, as DR que agrupam a patologia de etiologia infecciosa e não infecciosa, de natureza aguda ou crónica, são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal (Bárbara et al., 2015; ONDR, 2020). A espirometria é uma ferramenta imprescindível na deteção destas alterações ventilatórias obstrutivas, que estão na base das DRC mais prevalentes e subdiagnosticadas em Portugal (Sardinha, 2014a).

Nos cuidados de saúde primários (CSP) houve um aumento do número de utentes com problemas ativos de asma e de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e como as DR têm um impacto significativo na saúde da população, é fundamental dispor de sistemas de informação e análise bem estruturados para medir e acompanhar a sua prevalência e, ao mesmo tempo, coordenar a gestão da saúde e o planeamento de cuidados em diferentes

níveis. Esse desafio é crucial para garantir um sistema de saúde eficaz e de qualidade (ONDR, 2020). Deste modo, conhecer o perfil de saúde da comunidade torna-se essencial para a elaboração e a gestão de serviços e ações de saúde, com vista a favorecer a potencialização dos serviços e a redução de gastos, tendo capacidade ainda para melhorar o controlo de prováveis fatores de risco à saúde e tratamento aos pacientes com alguma patologia (Dietrich et al., 2019).

A escolha do tema a desenvolver neste projeto de investigação surgiu da experiência profissional e do interesse pessoal pelos métodos e técnicas aplicados ao estudo da função respiratória, aliado ao conjunto de conhecimentos adquiridos no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações, com especialização nos Ramo da Gestão de Unidades de Saúde. No que diz respeito à vertente profissional, a espirometria é um exame utilizado no meu dia-a-dia, uma vez que realizo este exame numa Unidade de Cuidados Saúde Primários (UCSP) como consequência do projeto de Investimento "RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas", cujo objetivo é ampliar os CSP e reforçar o seu papel central na resposta às necessidades da população em saúde, no contexto do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Isso envolve expandir a capacidade de deteção e diagnóstico precoce de doenças comuns, particularmente no domínio das DR, como asma, DPOC e tabagismo (Recuperar Portugal, 2021a, 2022).

Ao iniciar a minha jornada nos CSP, percebi que o potencial da espirometria é frequentemente subestimado, contrariamente ao que seria esperado, uma vez que este exame é considerado o gold-standard na deteção de alterações ventilatórias obstrutivas. Nesse sentido, identifiquei que esta temática poderia ser especialmente relevante para os CSP, uma vez que se trata de um projeto recente e inovador, pois nunca foram realizadas espirometrias na UCSP onde trabalho. Dessa forma, propus-me a caracterizar os utentes referenciados, tanto em termos sociodemográficos como de qualidade de vida (QV), visando explorar ao máximo o potencial desta valiosa ferramenta e a detetar as necessidades dos utentes.

Assim, em suma, este estudo tem como finalidade identificar as necessidades de saúde da população-alvo e potencializar as medidas organizacionais em saúde mais eficientes em termos de gestão de recursos e referência dos utentes. Deste modo, pode haver uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, promovendo uma deteção precoce de DR e consequentemente uma melhoria na QV destes utentes.

## 2. Fundamentação teórica

### 2.1 Importância da gestão organizacional na saúde do utente

Gerir na área da saúde exige um compromisso contínuo com a excelência na prestação de cuidados, aliado a uma constante procura por transformação e inovação. Como gestores, é essencial considerar diversos interesses conflitantes ao tomar decisões, procurando sempre o equilíbrio que resulte no melhor para todas as partes envolvidas. O princípio fundamental de qualquer organização ou empresa é a sua capacidade de criar valor, no entanto, no contexto da saúde, essa criação de valor pode variar entre os diversos interessados, muitas vezes apresentando diferentes perspetivas entre os prestadores de cuidados, os acionistas e até mesmo os próprios utentes, que esperam que a organização forneça soluções adaptadas às suas necessidades e expectativas, refletindo assim o seu conceito de valor através do seu bem-estar (Bernardino, 2017).

O funcionamento das organizações de saúde é um fenómeno complexo e multidimensional, onde se incluem fatores políticos, de organização, dos profissionais e relacionados com os doentes (Bronfenbrenner, 2005; Early, 2016; Eriksson et al., 2018). O sucesso ao nível da gestão, dos resultados e processos dos cuidados, a satisfação dos doentes, a satisfação dos profissionais e os resultados económico-financeiros contribuem para o sucesso de uma organização de saúde e, para isso, é importante incluir a cultura organizacional, com especial foco na comunicação, autonomia, promoção de saúde e QV (Griffith, 2015; Skriabikova et al., 2016). É evidente uma crescente exigência por parte dos doentes em relação aos cuidados de saúde oferecidos, o que tem impulsionado mudanças significativas na população que procura os serviços de saúde. Assim, é notório que com o envelhecimento da população, surge uma maior preocupação com a saúde e QV. Essas tendências têm impacto direto na forma como os serviços de saúde são prestados e nas abordagens terapêuticas adotadas (Moreira & Fries-Tersch, 2015).

A gestão organizacional na área da saúde enfrenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito à QdVRS. Esta desempenha um papel crucial na avaliação e melhoria dos serviços de saúde, influenciando diretamente o bem-estar dos pacientes. Portanto, compreender as implicações da QdVRS na gestão da saúde é essencial para fornecer cuidados eficazes e centrados no paciente (Fitzpatrick & Hopkins, 1983; Wilson & Cleary, 1995).

## 2.2 A qualidade de vida aplicada à saúde

A saúde é reconhecida como um dos direitos primordiais do ser humano, constituindo um conceito multifacetado e complexo, sujeito a diversas interpretações. Tradicionalmente, é frequentemente concebida como o estado oposto à doença (Hubbard & Huang, 2020). Pela OMS (Organização Mundial de Saúde), saúde define-se como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, uma definição considerada controversa para alguns autores pela sua abrangência e por considerarem impossível atingir um completo estado de bem-estar (World Health Organization, 1986, 1998).

A saúde pode ser influenciada positiva ou negativamente por uma variedade de elementos, incluindo fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Assim, a saúde é considerada como um recurso de extrema relevância para o progresso social, económico e pessoal, sendo uma dimensão essencial da QV (World Health Organization, 1986).

Segundo a OMS, QV define-se como "a perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"(2005). Já o termo QdVRS é frequentemente descrito como um termo que se refere aos aspetos de saúde da QV, que reflete o impacto da doença e do tratamento na incapacidade e no funcionamento diário, refletindo ainda o impacto da saúde percebida na capacidade de uma pessoa viver uma vida plena. No entanto, mais especificamente, a QdVRS é uma medida do valor atribuído à duração da vida modificada por deficiências, estados funcionais, perceções e oportunidades, influenciadas por doenças, lesões, tratamentos e políticas (Mayo, 2015). A QdVRS emergiu como um conceito fundamental e objetivo tanto na investigação como na prática dos domínios da saúde e medicina e a sua compreensão torna-se crucial para aprimorar o alívio dos sintomas, os cuidados e a reabilitação dos doentes (Mayo, 2015), visto que, anteriormente a avaliação e medição dos resultados na saúde se baseava apenas na presença ou ausência de estados negativos de saúde, limitações funcionais, sintomas de doença e existência de problemas agudos e crónicos, utilizando apenas indicadores como a expectativa de vida e as causas de morte, que não tinham em conta o estado de saúde mental, física e social do indivíduo (Hubbard & Huang, 2020).

A OMS defende que “a medição da saúde e dos efeitos dos cuidados de saúde não deve incluir apenas uma indicação de mudanças na frequência e gravidade das doenças, como também uma estimativa de bem-estar, podendo isso ser avaliado através da medição da melhoria na QV relacionada com os cuidados de saúde” (World Health Organization, 1998). Deste modo, os relatos pessoais dos pacientes sobre a sua própria QV podem conduzir a ajustes e melhorias nos tratamentos e cuidados, bem como evidenciar que determinadas terapias oferecem escassos benefícios e ainda identificar uma panóplia de problemas que podem afetar os doentes. Esta informação pode ser transmitida aos futuros pacientes, auxiliando-os a antecipar e compreender as consequências da sua condição e do tratamento. Além disso, os pacientes curados e sobreviventes a longo prazo podem enfrentar problemas persistentes muito tempo após a conclusão do tratamento, os quais podem passar despercebidos sem uma avaliação da QV (Fayers & Machin, 2015). Podemos assim concluir que a QV assume igualmente relevância na tomada de decisões médicas, pois é um indicador do êxito do tratamento, conferindo-lhe, assim, uma importância prognóstica, uma vez que este é um forte indicador de sobrevivência. Esta capacidade prognóstica sugere a necessidade de realizar avaliações regulares da QV em ensaios clínicos (Fayers & Machin, 2015).

Em suma, o conhecimento sobre a QV é crucial para compreender as consequências da doença e do tratamento, além de ser essencial na tomada de decisões médicas, independentemente da idade ou cultura. A QV é um elemento fundamental na investigação médica e de saúde e envolvendo uma variedade de grupos-alvo e abordagens de investigação (Haraldstad et al., 2019).

### **2.2.1 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na saúde: SF-36**

Nos últimos tempos, há um aumento do interesse na utilização de instrumentos de medição do estado de saúde ou da QdVRS, que são geralmente aceites como medidas de resultados e ganhos em saúde. Estes instrumentos são frequentemente aplicados em inquéritos populacionais, avaliações económicas de custo-efetividade e custo-utilidade, no acompanhamento de uma doença ou condição de saúde, bem como em ensaios clínicos (Ferreira et al., 2012).

O conceito de QdVRS é multidimensional, abrangendo, entre outros, os aspetos físicos, psicológicos e sociais (Stewart & Ware, 1992). Geralmente, as duas abordagens para medir a QV e o estado de saúde das pessoas estão ligadas à utilização de instrumentos genéricos e instrumentos específicos de medição em saúde. Os questionários genéricos não são direcionados para nenhuma população específica, enquanto os específicos são voltados para indivíduos com uma condição ou doença particular (Ferreira, 2000; Ferreira et al., 2012).

No que diz respeito aos instrumentos genéricos de medição do estado de saúde, o questionário SF-36 é dos mais utilizados, que é composto por 36 questões e permite avaliar oito dimensões principais da saúde. Cada dimensão é avaliada através de vários itens numa escala de 0 a 100, onde os extremos representam, respetivamente, a pior e a melhor QV relacionada com a saúde possível, sendo que as dimensões avaliadas incluem a função física (FF), as limitações no desempenho devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DRc), a saúde geral (SG), a vitalidade (VT), a função social (FS) e a saúde mental (SM) (Ware & Sherbourne, 1992; Ware, Snow, et al., 1993). Neste âmbito, a dimensão DR avalia não apenas a intensidade e o desconforto da dor, mas também como interfere no desempenho laboral e a dimensão SG mede a perceção global da saúde, abrangendo o estado atual de saúde, a resistência a doenças e a aparência saudável. Por sua vez, a VT avalia os níveis de energia e fadiga, enquanto a FS aborda a quantidade e qualidade das interações sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades. Por fim, a dimensão SM engloba ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e bem-estar psicológico. Estas oito dimensões podem ser resumidas em duas medidas sumárias: física (MSF), compreende as dimensões FF, DF, DRc e SG, e mental (MSM), que compreende as dimensões SM, DE, FS e VT (Ware et al., 1993).

Este instrumento é utilizado em todo o mundo, tanto na população, como em subgrupos da população ou em grupos de doentes, tem sido já traduzido e validado para diversas populações e países, incluindo a população portuguesa (Ferreira et al., 2012).

Em suma, o questionário SF-36 é considerado uma medida genérica de saúde, pois visa avaliar conceitos de saúde que refletem valores humanos fundamentais relacionados à funcionalidade e ao bem-estar, sem ser específico para qualquer faixa etária, doença ou tratamento (Ferreira, 2000).

## **2.2.2 Qualidade de Vida e perfil do utente associado a medidas organizacionais**

Portugal é cada vez mais um país mais envelhecido e, por este motivo é necessário continuar a implementar políticas reformadoras e potenciadoras do bem-estar comum (Quintas et al., 2023). As informações sobre o perfil de saúde das pessoas são de extrema importância para otimizar os serviços de saúde, visando a redução de gastos e a excelência dos serviços prestados à população. Além disso, procuram sensibilizar os profissionais de saúde, os órgãos de gestão e os beneficiários sobre a importância de conhecer o estado de saúde dessa população (Dietrich et al., 2019). É, assim, fundamental continuar a apostar na simplificação e modernização do SNS, assegurando a sua sobrevivência, melhorando a sua capacidade de prestação de serviço o que pode ser conseguido através da redução dos tempos de espera dos diferentes atos médicos e, entre outros, através do aumento na aposta da medicina preventiva (Quintas et al., 2023).

O conceito de QV reconhecidamente abrange duas componentes distintas: uma subjetiva ou psicológica, que reflete o julgamento pessoal, como autoestima, satisfação com a vida e bem-estar e outra objetiva ou social, que considera fatores económicos, políticos e ambientais (saúde em geral, nível funcional e socioeconómico). A avaliação da QdVRS tem como objetivos, a gestão da saúde, conhecer os interesses específicos dos doentes, avaliar o efeito da terapêutica, melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente, constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população (Santos, 2006). Nesse sentido, a perceção da QdVRS tem adquirido uma importância cada vez maior como indicador da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, assim como nas áreas económica e social de um país (WHOQoL, 2005).

Assim, implementar práticas que incluam ações de promoção, prevenção, proteção e cuidados para este grupo específico, influencia positivamente o controlo dos potenciais fatores de risco e o tratamento adequado das pessoas doentes (Dietrich et al., 2019).

## **2.3 As doenças respiratórias no mundo e em Portugal**

As DRC são uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo, com a maior prevalência (10-11% da população ou mais) observada em regiões de elevado

rendimento, o que resulta em mortes prematuras (Soriano et al., 2020). As DRC afetam as vias respiratórias e outras estruturas dos pulmões, sendo a DPOC, a asma, doenças pulmonares ocupacionais e a hipertensão pulmonar algumas das mais comuns (World Health Organization, 2019). A nível mundial a DPOC mantém-se como a DRC mais prevalente a nível global, tanto em homens como em mulheres, com a prevalência bruta a aumentar globalmente em termos absolutos. Esta alteração é provavelmente consequência do envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, especialmente em áreas de elevado rendimento. Assim, os fatores socioeconómicos participam também fortemente no aumento da prevalência e gravidade das DRC mediante os determinantes ambientais, por um lado, e por outro, por causa do défice de acesso aos cuidados de saúde indicados (Antunes et al., 2013; Soriano et al., 2020).

Os fatores de risco para estas patologias são comuns: pelo menos dois mil milhões de pessoas estão expostas aos efeitos tóxicos do uso de combustíveis de fósseis, mil milhões estão expostos à poluição do ar exterior e, de igual forma, mil milhões são fumadores, expondo uma magnitude quase igual de pessoas aos efeitos prejudiciais do fumo passivo. A prevenção destes fatores de risco tem um impacto significativo na ocorrência de doenças e nas taxas de mortalidade e, apesar de existirem medidas preventivas eficazes disponíveis, as DRC evitáveis são frequentemente subestimadas e não são devidamente diagnosticadas, tratadas e prevenidas, levando a efeitos adversos graves na QV e na deficiência dos indivíduos afetados (Soriano et al., 2020).

Também em Portugal, as DR são uma das principais causas de mortalidade e morbidade, destacando-se as DRC que são responsáveis por um significativo impacto na saúde da população em Portugal, apresentando uma prevalência de 40%, com tendência crescente, sendo então estimado que cerca de dois milhões de portugueses sofram de DRC (20 % da população), subindo este número para quatro milhões ao incluir a rinite. As DRC constituem-se como a terceira causa de mortalidade e a quinta causa de internamentos hospitalares (Antunes et al., 2013; Doenças Respiratórias Em Números, 2015).

Nos CSP o número de utentes com problemas ativos de asma e de DPOC aumentou significativamente nos últimos anos e também isso demonstra que é inquestionável que as DR representam uma considerável carga de morbidade na população portuguesa. Contudo, para

a sua avaliação e acompanhamento, bem como para um planeamento de saúde eficaz, é crucial contar com sistemas de informação e análise cuidadosa, integrados com a gestão da doença e o planeamento nos diversos níveis de cuidados de saúde (Santos et al., 2020).

## 2.4 As doenças respiratórias crónicas

As patologias crónicas partilham a característica de exigirem respostas complexas e de longa duração, coordenadas por diversos grupos de profissionais de saúde, assegurando o acesso a medicamentos e equipamentos essenciais, sendo que as intervenções devem também abranger aspetos sociais. No entanto, a prestação de cuidados de saúde está estruturada fundamentalmente para responder aos episódios agudos (“Doenças Respiratórias Crónicas Em Portugal: Estratégias, Intervenções e Desafios,” 2010).

As DRC, tendo como patologias principais a asma e a DPOC, são uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo, com a maior prevalência observada em regiões de elevado rendimento, sendo contribuidoras importantes para o peso das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT). Embora grande parte desse peso seja passível de prevenção ou tratamento com intervenções acessíveis, estas doenças têm recebido menos atenção do que outras DCNT proeminentes, como as doenças cardiovasculares, diabetes e o cancro. O conhecimento dos dados da incidência e prevalência das DRC é um passo essencial na elaboração de qualquer estratégia de intervenção («Doenças respiratórias crónicas em Portugal: Estratégias, intervenções e desafios», 2010; Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, 2021; Soriano et al., 2020).

O impacto das DRC tem efeitos adversos graves na QV e na deficiência dos indivíduos afetados. A percentagem de óbitos por causa respiratória (excluindo a tuberculose e o cancro do pulmão) tem vindo consistentemente a aumentar, desde a década de 90, ocupando a terceira posição relativa a seguir aos óbitos por doenças cardiovasculares e por neoplasias, constatando-se que, no momento atual, a mortalidade no sexo masculino é discretamente superior quando comparada com o sexo feminino (Bousquet & Kaltaev, 2007; *Doenças Respiratórias em Números*, 2015). Além disso, a nível económico, têm efeitos adversos graves, ainda que por vezes sejam desvalorizados, nas famílias, comunidades e sociedade em geral, pois, a longo prazo as doenças crónicas (DC) têm um impacto direto no estatuto económico e nas oportunidades de emprego das populações (Bousquet & Kaltaev, 2007).

### 2.4.1 Asma

A asma é um distúrbio inflamatório crônico das vias aéreas, representada por um conjunto heterogêneo de condições clínicas que variam em gravidade, fatores de risco, fatores desencadeantes, resposta ao tratamento, genética e história natural. Em indivíduos suscetíveis, essa inflamação causa episódios recorrentes de pieira, falta de ar, aperto no peito e tosse, especialmente à noite ou de manhã cedo. Esses episódios estão geralmente associados a uma obstrução do fluxo de ar, que muitas vezes é reversível espontaneamente ou com tratamento. A inflamação também causa um aumento associado na hiperreatividade brônquica existente a uma variedade de estímulos. A reversibilidade da limitação do fluxo de ar pode ser incompleta em alguns pacientes com asma, sugerindo que a asma pode ter efeitos duradouros no sistema respiratório e que o controle contínuo da condição pode ser necessário (NHLBI, 2007).

A asma está a tornar-se mais prevalente, devido à poluição ambiental, estilos de vida modernos e exposição ocupacional. Apesar disso, a taxa de complicações está a diminuir graças aos avanços na terapia inalada, como novos medicamentos e dispositivos, e abordagens de imunoterapia específica, incluindo tratamentos biológicos para formas graves de asma. No entanto, apenas metade dos pacientes tem a sua asma sob controle. Investir na formação de profissionais de saúde e na educação dos pacientes, enfatizando a importância do uso adequado da medicação e dos inaladores, pode melhorar o controle da doença. Assim, é essencial que todos os asmáticos tenham um plano que indique o uso regular da medicação e quando e como usar medicação de emergência (Santos et al., 2020).

Na presente condição médica, apesar de o número de óbitos ser baixo, em 2022 os internamentos iniciaram uma trajetória ascendente, sendo que uma proporção significativa dos internamentos ocorreu em indivíduos com menos de 18 anos, evidenciando uma maior incidência nesse grupo etário e uma maior dificuldade em controlar a doença, muitas vezes devido à falta de adesão ao tratamento (Observatório Nacional Doenças Respiratórias, 2023).

Relativamente ao número de pacientes com diagnóstico de asma registados nos CSP, observou-se um aumento significativo de 98% entre os anos de 2011 e 2014. A região

Norte é a que possui o maior número de pacientes inscritos, seguida pela região de Lisboa e Vale do Tejo (*Doenças Respiratórias em Números, 2015*).

### **2.4.2 DPOC**

A DPOC é uma condição pulmonar heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos, tais como dispneia, tosse, produção de expectoração e/ou exacerbações, devido a anormalidades das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou dos alvéolos (enfisema) que causam obstrução persistente, muitas vezes progressiva, do fluxo de ar (Celli et al., 2022). A DPOC é uma patologia frequente, prevenível e tratável, que se caracteriza por sintomas respiratórios persistentes e limitação do débito aéreo, resultante de alterações alveolares e/ou das vias aéreas, causadas pela exposição significativa a partículas e gases (GOLD, 2018). É uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo, e muitas das pessoas portadoras desta doença convivem com ela durante anos e morrem prematuramente devido à mesma ou às suas complicações (GOLD, 2020). Esta patologia representa assim um desafio importante para a saúde pública. Globalmente, a carga da DPOC está projetada para aumentar nas próximas décadas devido à contínua exposição aos fatores de risco da DPOC e ao envelhecimento da população (Mathers & Loncar, 2006).

As limitações funcionais dos indivíduos com doença crónica repercutem-se na vida pessoal, profissional e familiar, afetando dinâmicas e rotinas, pelo que o dia-a-dia sofre reorganização e redistribuição de papéis sociais (Jácome, 2011). Com o processo natural de envelhecimento, aliado à progressão da doença, a capacidade dos indivíduos com DPOC para realizar as suas atividades da vida diária (AVD) diminui, passando a necessitar de um cuidador informal que o auxilie na gestão da doença, que usualmente é um membro da família (Nakken et al., 2015).

### **2.4.3 Qualidade de vida nos doentes com doenças pulmonares crónicas**

Como já referido nos capítulos anteriores, DRC são uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo, resultando muitas vezes em mortes prematuras (Soriano et al., 2020).

A DPOC é uma condição de longa duração, caracterizada por uma progressão gradual ao longo do tempo, que exerce um impacto significativo na função respiratória. Esta condição pode dar lugar a períodos de exacerbação e complicações sérias. Muitos indivíduos lidam com esta enfermidade ao longo de vários anos e acabam por falecer precocemente devido à própria doença ou às suas complicações. Esta é uma das maiores causas de morte e um enorme e crescente problema, não só médico, mas também social e económico (Silva, 2011).

Também a asma, sendo uma das DC mais comuns entre crianças e jovens, representa um importante desafio de saúde pública. O aumento contínuo da sua incidência e prevalência a torna uma causa significativa de internamentos hospitalares e sofrimento. Esse sofrimento manifesta-se a diversos níveis, podendo ocorrer diariamente e de forma recorrente, afetando não apenas os pacientes, mas também as suas famílias. Isso acaba por limitar as atividades normais dos doentes e, conseqüentemente, compromete a sua QV (Lobo, 2006).

A asma, DPOC ou o conjunto das duas doenças representada pela Síndrome de Sobreposição Asma-DPOC (ACOS), impede que os pacientes exerçam algumas AVD e vivam as suas vidas de maneira plena e satisfatória, uma vez que estes utentes enfrentam sintomas como cansaço, quadros de dispneia, sentindo que não é possível aproveitar de maneira plena as suas vidas.

Pode-se observar também uma alta incidência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes diagnosticados com doenças pulmonares obstrutivas. A avaliação desses sintomas é crucial para o prognóstico do paciente, uma vez que podem afetar negativamente a adesão ao tratamento, complicar o controlo da doença e aumentar o risco de morbilidade e mortalidade (Carvalho et al., 2007). A inclusão de medidas da QV na avaliação do completo estado de saúde dos portadores de DRC na prática clínica é de extrema importância, pois, para além de nos fornecerem informação sobre o bem-estar geral do doente, refletem o grau de controlo da patologia e podem ajudar a quantificar a sua gravidade (Lobo, 2006).

## **2.5 Espirometria no diagnóstico de doenças respiratórias crónicas e a importância do diagnóstico precoce**

A espirometria é uma técnica essencial na avaliação funcional respiratória, amplamente utilizada para diagnosticar e monitorizar uma variedade de condições pulmonares. Além de medir fluxos e volumes respiratórios, a análise da forma das curvas expiratórias e inspiratórias

fornece informações diagnósticas importantes. As suas principais aplicações incluem o diagnóstico de DR, prognóstico, avaliação pré-operatória para cirurgias pulmonares e abdominais, bem como a classificação da gravidade funcional de várias patologias. Na prática pneumológica, a espirometria desempenha um papel central, sendo fundamental para avaliar sintomas respiratórios, monitorizar pacientes ao longo do tempo, classificar a gravidade das doenças e até mesmo prever o prognóstico. Além disso, é uma ferramenta importante no controlo pré-operatório e na avaliação da capacidade ocupacional dos indivíduos (Moreto Trindade et al., 2015).

A interpretação da espirometria baseia-se na comparação entre os valores medidos e os valores de referência específicos para o mesmo indivíduo. O resultado pode indicar a presença ou ausência de alterações na função respiratória. Os valores de referência para espirometria são determinados utilizando equações que consideram diversos fatores que afetam a função respiratória, como altura, idade, género e características étnicas (Pellegrino et al., 2005).

Para além desses fatores individuais, é importante considerar também os fatores socioeconómicos, comportamentais e ambientais. Devido às implicações na prática clínica, as equações de referência selecionadas devem representar de forma adequada a população em estudo, levando em conta as características mencionadas anteriormente (Pellegrino et al., 2005; Pistelli et al., 2007; Stanojevic et al., 2014).

Segundo Moreto Trindade et al. (2015) e Wheatley (2017), as alterações observadas na espirometria podem ser agrupadas em 3 grupos:

- Alterações ventilatórias obstrutivas, caracterizadas pela redução do fluxo expiratório em relação ao volume pulmonar expirado, onde se incluem patologias como asma, DPOC, enfisema, bronquite crónica, bronquiectasia, fibrose cística, bronquiolite, corpos estranhos e tumores. Esta obstrução traduz-se através da relação FEV1 (Volume expiratório forçado no primeiro segundo)/FVC (capacidade vital forçada) abaixo do LLN (*lower limit of normal*), com o FEV1 e débitos expiratórios forçados geralmente reduzidos.
- Alterações ventilatórias restritivas, que ocorrem da redução significativa da capacidade vital (VC) associada à relação FEV1/FVC normal ou aumentada, onde se

incluem as doenças pulmonares intersticiais, insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios da parede torácica (por exemplo, cifoescoliose), doenças neuromusculares que afetam os músculos respiratórios, lobectomia ou pneumectomia, doença pleural e obesidade mórbida (índice de massa corporal > 40 kg/m<sup>2</sup>).

As alterações restritivas requerem confirmação através da medição do volume pulmonar, ou seja, a capacidade pulmonar total, através de outro exame específico, a pletismografia corporal.

-Alterações ventilatórias mistas, em que tanto a relação FEV1/FVC, quanto a percentagem de FVC e FEV1 previstas estão abaixo do LLN, em que as possíveis patologias podem ser uma combinação de qualquer uma das listadas anteriormente para alterações ventilatórias obstrutivas e restritivas. À semelhança das alterações ventilatórias restritivas este diagnóstico requer confirmação e interpretação, através de exames como a pletismografia

A correta interpretação dos resultados dos testes de espirometria, aliada à avaliação clínica, desempenha um papel fundamental no diagnóstico e acompanhamento de uma vasta gama de distúrbios respiratórios comuns. Este processo é crucial não apenas para a prevenção e tratamento dessas condições, mas também desempenha um papel vital no diagnóstico precoce, o que é de extrema importância para garantir intervenções eficazes e melhorar os resultados clínicos.

Devido à relevância do diagnóstico precoce, a OMS criou a Aliança Global Contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD), uma colaboração voluntária que agrega o conhecimento de entidades nacionais e internacionais, bem como de instituições e agências, com o intuito de auxiliar os países na redução do impacto global das DRC. Os objetivos específicos da GARD incluem a diminuição do subdiagnóstico dessas doenças, a promoção do diagnóstico precoce, a garantia de acesso a testes de diagnóstico economicamente acessíveis, como a espirometria, e o desenvolvimento de programas de capacitação para profissionais sobre exames diagnósticos, bem como a sua utilização e interpretação dos resultados. Uma vez que o diagnóstico também envolve a avaliação da função pulmonar, esta possibilita não apenas a identificação da doença, mas também a avaliação da sua gravidade, o

que é particularmente crucial no caso da DPOC e da asma para garantir a adequação do tratamento (Bousquet & Kaltaev, 2007), uma vez que o diagnóstico precoce da DPOC e da asma e o seu tratamento são imprescindíveis para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações, e atraso no declínio da função pulmonar (Direção Geral da Saúde, 2018; Direção-Geral da Saúde, 2013).

Para além do impacto negativo que as DRC evitáveis têm na QV das pessoas e que muitas vezes provoca a morte prematura, é necessário também ter em conta os encargos que estas representam a nível económico para os países, muitas vezes são menosprezados, nomeadamente pela redução de rendimentos, tanto dos doentes como dos familiares que cuidam deles, assim como a perda de oportunidades nos jovens, que abandonam a escola para cuidar dos familiares doentes ou para arranjam emprego (Bousquet & Kaltaev, 2007).

Assim, podemos afirmar que também a nível económico, há interesse no diagnóstico precoce das DR. As DR representam um encargo substancial para a sociedade, tanto do ponto de vista económico, decorrente dos custos diretos associados à utilização dos serviços de saúde, como dos custos indiretos resultantes da diminuição da produtividade devido à doença, além do valor económico perdido devido à redução da QV e anos de vida afetados pelos doentes. O desenvolvimento de políticas de saúde adequadas, com estratégias de prevenção e tratamento ajustadas à realidade, exige um diagnóstico preciso das DR (JSantos et al., 2020).

### **2.5.1 Espirometria nos Cuidados de Saúde Primários**

Os CSP abrangem uma ampla gama de serviços de saúde fornecidos por profissionais de saúde na comunidade. Isso implica que os cuidados de saúde universais estão disponíveis para todos os indivíduos e famílias dentro de uma comunidade. Em essência, os CSP envolvem o processo e a prática de serviços de saúde imediatos, que incluem o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, apoio na gestão de cuidados de saúde a longo prazo, incluindo DC. Além disso, incorporam ainda exames e controlos de saúde regulares e aconselhamento para aqueles que procuram apoio enquanto enfrentam desafios de saúde (Behera et al., 2022).

Sendo o primeiro ponto de contacto dos utentes com os serviços integrados no SNS ou articulados com ele, segundo o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde (2021), os CSP desempenham um papel crucial na satisfação das necessidades em saúde da maioria das

peças e têm como objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, a aplicação de tratamento precoces e a referência aos cuidados hospitalares, apenas quando apropriado. Graças à sua abordagem preventiva e de promoção da saúde, bem como à sua capacidade de resposta em situações agudas, os CSP conseguem oferecer uma cobertura abrangente e eficaz. Uma melhor cobertura e capacitação dos CSP podem reduzir complicações de DC e evitar internamentos hospitalares, contribuindo assim para a eficiência do sistema de saúde. Em linha com esta abordagem o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde (2021) fala-nos sobre o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Crónicas (PNDR), que tem como missão melhorar a saúde dos doentes respiratórios crónicos, aumentando a sua longevidade e QV. Um dos principais objetivos deste programa é melhorar a acessibilidade aos CSP, visando tornar mais precoce o diagnóstico e tratamento das principais DRC, o que consequentemente contribui para a redução dos internamentos.

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR),(Recuperar Portugal, 2021b), representa um programa abrangente a nível nacional, com uma duração prevista até 2026. Este plano visa implementar uma série de reformas e investimentos com o intuito de impulsionar o país na trajetória da recuperação, do crescimento económico sustentado e da convergência com a Europa ao longo dos próximos anos. A sua orientação é fundamentada num conceito de sustentabilidade inspirado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas. Assim, com o objetivo de responder ao desafio de diminuir a mortalidade evitável, melhorar os níveis de bem-estar e QV da população e aumentar o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença, está atualmente em andamento a Reforma dos CSP, baseada na Lei de Bases da Saúde e assumindo a perspetiva de que este nível de prestação de cuidados é fundamental para a modernização e sustentabilidade de todo o sistema de saúde, com o objetivo de promover a saúde da população (Recuperar Portugal, 2022). Um dos investimentos deste projeto é o Investimento "RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas", cujo objetivo é alargar os CSP e reforçar o seu papel central na resposta às necessidades da população em matéria de saúde, no âmbito da arquitetura global do SNS, passando, para isso, por expandir a capacidade de deteção e diagnóstico precoce de doenças comuns, particularmente no domínio das DR, incluindo asma, DPOC e tabagismo(Recuperar Portugal, 2021a, 2022). Para este fim, uma das medidas é "equipar os agrupamentos de centros de saúde com espirómetros para diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento da asma, da DPOC e do tabagismo" (Recuperar Portugal, 2021a).

No âmbito da prevenção secundária, enfatizando o diagnóstico precoce das DRC, é crucial minimizar as hospitalizações decorrentes de condições evitáveis, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado da asma, DPOC e tabagismo. Para tal, é fundamental garantir o acesso à realização de espirometria em todos as UCSP.

Em suma, a ampliação desta capacidade não só melhora a eficácia do tratamento dessas doenças, mas também reduz a incidência de complicações, mortalidade e custos associados (Recuperar Portugal, 2022).

### 3. Métodos

Neste capítulo, será exposta a metodologia utilizada no presente estudo, com a definição dos objetivos da pesquisa, discriminação do tipo de estudo realizado, a descrição da população alvo, o método de seleção e o tamanho da amostra, as variáveis em análise, os procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados, bem como a abordagem estatística e a interpretação dos resultados. Por último, serão discutidas as considerações éticas e legais pertinentes.

#### 3.1 Objetivos e tipo de estudo

O objetivo principal deste estudo é:

- Analisar as características sociodemográficas, clínicas e de QV dos utentes referenciados para espirometria numa UCSP da ULSGE (Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho), a fim de identificar as suas necessidades de saúde e, com base nessas informações, propor medidas organizacionais, com foco na prevenção e gestão de DR.

Como objetivos específicos são identificados os seguintes:

**Objetivo específico 1:** Caracterizar detalhadamente a amostra a nível sociodemográfico.

**Objetivo específico 2:** Caracterizar detalhadamente a amostra a nível clínico.

**Objetivo específico 3:** Caracterizar detalhadamente a amostra a nível da espirometria.

**Objetivo específico 4:** Caracterizar detalhadamente a amostra a nível de QV e correlacioná-la com os dados obtidos através da caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e de espirometria

Quanto ao tipo de estudo, foi desenvolvido um estudo observacional e transversal, uma vez que é apenas tido em conta o paciente e as características da doença, sem intervir ou modificar qualquer aspeto estudado e que os dados são recolhidos num único momento no tempo (Campana et al., 2001).

### 3.2 População e amostra

A população alvo deste estudo consiste nos utentes de uma ULS (Unidade Local de Saúde) que foram encaminhados para a realização de espirometria uma UCSP, pelos médicos de família.

Para garantir a representatividade e a validade dos resultados, foram definidos critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Aceitar participar no estudo de livre vontade através de consentimento informado (anexo 1);
- Possuir condição física e psicológica adequada para realizar a espirometria;
- Possuir condição psicológica adequada para responder de forma autónoma aos questionários;
- Comunicar em português;
- Realizar o exame entre fevereiro e abril de 2024;

A amostra deste estudo foi constituída por uma seleção consecutiva de utentes que atendam aos critérios de inclusão mencionados durante o período de recrutamento, sendo que o método de amostragem utilizado foi não probabilístico por conveniência. Esta abordagem garante a representatividade dos dados recolhidos, abrangendo uma variedade de casos dentro da população alvo. O tamanho amostral foi determinado com base na média dos exames realizados nos últimos sete meses. Para garantir que o estudo fosse representativo e estatisticamente robusto, foram recolhidos dados referentes ao número de exames realizados de outubro a abril realizados na UCSP. Após essa recolha, foi calculada a média mensal do número de exames realizados durante este período, que resultou em aproximadamente 76 exames por mês.

Para obter uma medida da variabilidade dos dados, foi calculado o desvio-padrão (DP), que foi aproximadamente 26 exames. Com base nesta média e DP, determinámos o tamanho amostral necessário utilizando um nível de confiança de 95% ( $Z = 1,96$ ) e uma margem de erro de 5 exames. Portanto, o tamanho amostral calculado foi de 103 exames. No entanto, a amostra final incluiu 126 utentes. Este número superior ao mínimo necessário é benéfico, uma vez que aumenta a precisão das estimativas e a robustez das análises estatísticas, além de compensar possíveis perdas de dados ou exclusões durante o estudo. A definição clara da população alvo, dos critérios de inclusão e da abordagem de seleção da amostra são fundamentais para garantir a qualidade e a validade dos resultados deste estudo.

O fluxograma abaixo apresentado representa o processo de seleção e exclusão da amostra em estudo.

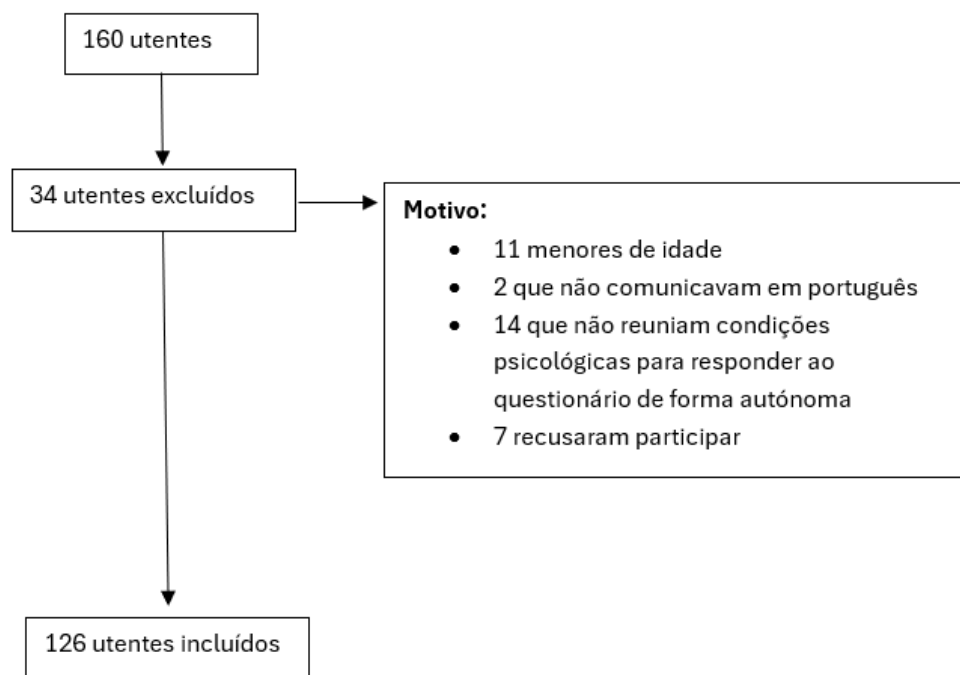


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra.

### 3.3 Procedimento de recolha, tratamento e análise informação

Todos os indivíduos referenciados para realização de espirometria na UCSP, que cumprissem dos critérios de inclusão, foram abordados no sentido de participarem no estudo. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2024.

As espirometrias foram executadas com recurso a um espirómetro portátil *Sibelmed*, com o modelo *Datospir Aira*, de turbina. Em conjunto foram utilizados bocais com filtro bacterianos e pinças nasais, também da marca *Sibelmed*.

Deste modo, após a realização do exame, caso os utentes aceitassem participar no estudo, expressando esta vontade através da leitura e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação (Anexo 1), era preenchido um formulário com o registo dos dados antropométricos, assim como outros dados necessários à caracterização do indivíduo, tais como sintomas, patologia pulmonar, hábitos tabágicos, exposição ocupacional e de acessibilidade aos CSP e à realização de provas funcionais respiratórias (Anexo 2). Alguns dos dados coletados foram submetidos a classificações e agrupamentos com termos alternativos ou específicos para facilitar sua interpretação e análise:

### Faixa etária

Em alguns casos, as idades foram agrupadas em faixas etárias, conforme a seguinte classificação: 18-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos, 61-70 anos e mais de 70 anos. Este método não só facilitou a análise de certas variáveis, como também simplificou o preenchimento de algumas questões no formulário de recolha de dados sociodemográficos, no qual se pedia aos utentes que recordassem a idade em que realizaram a primeira espirometria, um dado que frequentemente não conseguiam precisar.

### Índice de Massa Corporal

Os dados obtidos através do IMC dos utentes foram agrupados segundo as seguintes classificações (tabela 1):

Tabela 1. Classificação do IMC

IMC	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso
18,6 – 24,9	Peso normal
25,0 – 29,9	Excesso de peso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

### Patologias crónicas conhecidas

Estes dados foram recolhidos com base no relato dos utentes e das informações presentes no processo clínico do centro de saúde, na plataforma *SClínico*. As patologias foram classificadas ou agrupadas segundo as seguintes categorias:

- ***Hipertensão arterial***
- ***Diabetes Mellitus***
- ***Dislipidémia***
- ***Perturbação Depressiva***
- ***Ansiedade***
- ***Doenças do sistema musculoesquelético***– onde se incluíram perturbações que se manifestam por alterações ao nível dos músculos, nervos, tendões e ligamentos, articulações e cartilagens, abrangendo situações inflamatórias e degenerativas que afetam o sistema músculo-esquelético (Punnett & Wegman, 2004)
- ***Doenças ósseas*** – onde se incluíram patologias que englobam uma ampla variedade de condições que afetam os ossos, como osteoporose, osteoartrite, artrite reumatoide, doença de Paget, entre outras. Essas condições podem resultar em perda óssea, deformidades, dor e comprometimento da mobilidade (Bonewald, 2013).
- ***Doenças neurológicas*** – onde se incluíram distúrbios que afetam o sistema nervoso, incluindo o cérebro, a medula espinhal e os nervos periféricos. Elas podem resultar de lesões, infeções, degeneração neuronal ou distúrbios genéticos. Exemplos comuns incluem AVC, epilepsia, Alzheimer, Parkinson e esclerose múltipla (Longo et al., 2012).
- ***Doenças Dermatológicas***– Onde foram incluídas condições de pele que podem ocorrer devido a condições cutâneas inerentes, manifestações cutâneas de doenças sistémicas, ou até mesmo como resultado de procedimentos de cuidados hospitalares (Rosenbach et al., 2018).
- ***Doenças Hematológicas*** – Onde foram incluídas condições que afetam o sangue, os órgãos produtores de sangue (como a medula óssea) e os componentes do sangue, como células sanguíneas (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas) (Grant Shakira & Jiang, 2020).

- **Doenças Endócrinas** – Onde foram incluídas condições que afetam as glândulas endócrinas do corpo, como por exemplo, distúrbios da tireoide, doenças da hipófise, entre outros (Yoshizaki et al., 2020).
- **Doenças Gastrointestinais** – Incluindo patologias que acometem órgãos do sistema digestivo, incluindo o intestino, intestino grosso, intestino delgado, estômago, esôfago, cólon, reto e ânus (Longo et al., 2012).
- **Doenças do trato respiratório superior** – onde foram incluídas patologias que afetam as estruturas superiores do sistema respiratório, incluindo o nariz, seios paranasais, faringe e laringe (Bagatin et al., 2006).
- **Doença Oncológica** – Onde foram incluídas doenças caracterizadas por um crescimento anormal e descontrolado das células (SNS24, 2023).
- **Doença Renal ou Urológica** – Incluídas doenças do sistema urinário, incluindo rins, ureteres, bexiga, próstata e uretra (Silva & Fabiano, 2010).
- **SAOS** (Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono)
- **Doença valvular/vascular cardíaca** – Incluindo uma variedade de condições que afetam as válvulas cardíacas e os vasos sanguíneos do coração (Bourbon et al., 2016).
- **Arritmia Cardíaca**

Antes da realização da espirometria foi feita a recolha dos dados antropométricos, particularmente o peso e a altura. Para este efeito foram realizadas as medições com o utente em posição ortostática, descalço, no centro da plataforma da balança com o corpo o mais alongado possível e a cabeça posicionada de acordo com o plano de *Frankfurt* horizontal. Sempre que foram observadas deformidades na caixa torácica e/ou na coluna vertebral que afetassem a altura do indivíduo, foi medida a envergadura, utilizando-se uma fita métrica. O procedimento foi realizado com o indivíduo com os braços estendidos paralelos ao chão e com as palmas das mãos voltadas para o técnico, de forma a medir a distância entre os dois dedos médios. Em seguida, foram aplicados os fatores de correção (homens: envergadura / 1,03; mulheres: envergadura / 1,01). O valor da altura foi substituído pelo da envergadura, que foi a medida utilizada nas equações de referência (Miller, Crapo, et al., 2005).

Por fim, foi solicitado aos participantes que identificassem o seu grupo étnico de acordo com as recomendações ATS/ERS 2005 (Miller, Crapo, et al., 2005).

No final do exame é realizada a interpretação da espirometria, seguindo as recomendações ATS/ERS 2005. Estas que defendem que deve ser utilizado o LLN para a classificação dos valores obtidos (Miller, Hankinson, et al., 2005). Assim, a espirometria foi classificada segundo os seguintes critérios:

- **Espirometria sem alterações** – Caso esteja dentro dos parâmetros da normalidade, respeitando os limites de normalidade, ou seja, quando  $FEV1 \geq LLN$ ,  $FVC \geq LLN$  e relação  $FEV1/FVC \geq LLN$ .
- **Alteração Ventilatória Inespecífica** – Caso seja sugestiva de padrão ventilatório, restritivo ou misto, uma vez que requer realização de pletismografia para confirmação de diagnóstico (Moreto Trindade et al., 2015).
- **Alteração Ventilatória Obstrutiva** – Quando se verifica que a relação  $FEV1/FVC < LLN$ .

Relativamente à classificação da gravidade da obstrução, esta deve ser realizada segundo as recomendações da ATS/ERS 2005, de acordo com o FEV1% do valor previsto, como demonstrado na tabela 2 (Pellegrino et al., 2005).

**Tabela 2.** Classificação da gravidade dos padrões respiratórios de acordo com ATS/ERS 2005.

Grau de gravidade	FEV1 (% do previsto)
Ligeiro	>70
Moderado	60-69
Moderadamente grave	50-59
Grave	35-49
Muito grave	<35

No âmbito deste estudo, utilizaram-se as equações de referência da *Global Lung Function Initiative* (GLI) para a análise e interpretação dos dados obtidos. Essas equações são amplamente reconhecidas e estabelecidas como um padrão na avaliação da função respiratória, fornecendo valores esperados para diferentes parâmetros respiratórios com base em características individuais, como idade, altura, sexo e etnia (Quanjer et al., 2012).

De seguida, foi preenchido o questionário SF-36v2 (Anexo 3), cujo objetivo é medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos (crianças, adultos ou idosos) com ou sem doença; monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral (Ware & Sherbourne, 1992; Ware, et al., 1993; Ware, Snow, et al., 1993).

Como já referido anteriormente no capítulo “2.4.1 Instrumentos de avaliação da QV na saúde: SF-36”, este é composto por 36 questões e permite avaliar 8 dimensões principais da saúde. Cada dimensão é avaliada através de vários itens numa escala de 0 a 100, onde os extremos representam, respetivamente, a pior e a melhor QdVRS possível (Ware & Sherbourne, 1992; Ware, Snow, et al., 1993). A seguinte tabela representa a descrição do questionário, visando as 8 dimensões, os itens com as perguntas e alíneas correspondentes, bem como as pontuações (tabela 3).

**Tabela 3.** Domínios do questionário MOS SF-36 v.2.

Dimensões	Itens	Pontuação
FF	P3(a-j)	1 a 3
DF	P4(a-d)	1 a 5
Dor	P7; P8	1 a 5
SG	P1; P11(a-d)	1 a 5
VT	P9(a,e,g,i)	1 a 5
FS	P6; P10	1 a 5
DE	P5(a-c)	1 a 5
SM	P9(b,c,d,f,h)	1 a 5

Para se proceder à análise estatística da informação obtida a partir deste questionário foi necessário um tratamento dos dados recolhidos. As informações de pontuação geral do SF-36v2 obrigaram a que:

- a) Os itens não concordantes com a direção de melhoria fossem recodificados;
- b) Recodificar os itens que compõem os domínios;
- c) Modificar valores fora de intervalo para ausentes;
- d) O cálculo dos resultados da escala fosse obtido pela soma dos itens adequados;

e) Transformar os resultados brutos da escala para uma escala transformada com resultados a oscilar entre 0 e 100.

### **3.4 Variáveis em estudo**

As variáveis dos questionários utilizados (anexos 2 e 3) estão sistematizadas e caracterizadas na tabela A.1 presente no anexo 4, onde é discriminada a designação, escala e valor possível das variáveis estudadas.

### **3.5 Tratamento estatístico e análise de dados**

Os resultados obtidos através desta investigação foram analisados utilizando o *software* IBM® SPSS® Statistics (Versão 21), considerando-se um nível de significância de 5%.

A normalidade da distribuição das variáveis foi testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A homogeneidade de variâncias foi testada através do teste de *Levene*.

Para a caracterização da amostra utilizaram-se técnicas de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas (em percentagem) para variáveis qualitativas e medidas de localização (média, mediana e IQR - índice interquartil) e de dispersão (mínimo, máximo e DP) para variáveis quantitativas.

Assim, na análise bivariada, para comparar médias de uma variável quantitativa com uma variável dicotómica nominal, uma vez que se tratava de dados não-paramétricos, utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. A comparação de médias de mais de duas amostras independentes fez-se, recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis*. Para testar a independência de variáveis qualitativas utilizou-se o teste de Qui-quadrado.

## **4. Análise de resultados**

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos, organizados de maneira a responder a alguns dos objetivos específicos estabelecidos no início do estudo. Essa abordagem permitirá uma análise detalhada e estruturada dos dados, facilitando a compreensão das principais conclusões e insights derivados da pesquisa.

#### 4.1 Objetivo específico 1: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível sociodemográfico.

Dos dados antropométricos recolhidos através do questionário de caracterização sociodemográfica resulta a tabela 4, segundo as variáveis: Sexo, idade, faixa etária e classificação do IMC.

**Tabela 4.** Dados antropométrico da amostra.

<b>Sexo n (%)</b>	
Feminino	77 (61)
Masculino	49 (39)
<b>Idade (anos) *</b>	57 (21)
<b>Faixa etária n (%)</b>	
18-30 anos	14 (11)
31-40 anos	9 (7)
41-50 anos	19 (15)
51-60 anos	29 (23)
61-70 anos	32 (25)
<b>Classificação IMC n (%)</b>	
Baixo peso	6 (5)
Peso normal	46 (37)
Excesso de peso	45 (36)
Obesidade grau I	17 (14)
Obesidade grau II	8 (6)
Obesidade grau III	4 (3)

Legenda: \*Mediana (IQR)

Dos 126 participantes, 77 são do sexo feminino, correspondendo a 61% da amostra e 49 são do sexo masculino, correspondendo aos restantes 39% da amostra.

Os resultados da análise das idades revelam uma distribuição heterogénea dentro da amostra estudada, com uma ampla faixa etária representada. A mediana das idades dos utentes incluídos no estudo é de 57 anos, com um IQR de 21 anos, sendo que o valor mínimo foi de 20 anos e o valor máximo de 84 anos. A maior proporção de participantes encontra-se

na faixa etária de 61 a 70 anos, com 32 utentes, o que corresponde a 25,4% da amostra, seguindo-se as faixas etárias "51- 60 anos", ">70 anos", "41-50 anos", "18-30 anos" e, por fim, "31-40 anos", sendo a faixa etária com menos representação na amostra, com apenas 7%.

O IMC apresenta uma mediana de 25,8 kg/m<sup>2</sup> e, quando agrupado em classes, 58,7 % dos indivíduos apresentam peso acima do recomendado (excesso de peso e obesidade).

Ao comparar os índices de IMC entre os sexos, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino (U=1815,000; p>0,05). No entanto, quando comparamos os índices de IMC em função da faixa etária, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos [ $\chi^2(5)=14,216$ ; p<0,05], verificando-se diferença entre as faixas etárias 31-40 anos (MD=24,1 kg/m<sup>2</sup>), 41-50 anos (24,5 kg/m<sup>2</sup>) e 61-70 anos (MD=24,9 kg/m<sup>2</sup>), que apresentam menores valores de IMC, em comparação com as restantes faixas etárias.

## **4.2 Objetivo específico 2: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível clínico.**

### **4.2.1 Comorbilidades**

A tabela 5 representa a categorização e score das DC relatada ou descritas no processo clínico.

Os dados mostram uma alta prevalência de DC entre os participantes do estudo, com cerca de 78% a apresentar pelo menos uma condição crónica, indicando uma prevalência significativa de problemas de saúde de longo prazo nesta população.

As condições mais comuns entre eles são dislipidemia e hipertensão arterial (HTA), seguidas pelas doenças do sistema musculoesquelético e perturbações depressivas. Também foram frequentemente mencionadas a ansiedade e diabetes *mellitus*. Outras doenças, como as endócrinas, respiratórias superiores, neurológicas e cardíacas, ocorrem com menor frequência. As condições mais raras, como doenças dermatológicas e oncológicas, foram relatadas por uma pequena percentagem da amostra. Isso destaca uma prevalência significativa de DC, com uma concentração notável em problemas cardiovasculares, como a HTA e dislipidemia e psicológicos.

**Tabela 5.** Categorização e score das DC relatada ou descritas no processo clínico.

<b>Presença de doenças crónicas n (%)</b>	<b>98 (78)</b>
Dislipidémia	50 (17)
Hipertensão arterial	46 (16)
Doenças do sistema musculoesquelético	41(14)
Perturbação Depressiva	30 (10)
Ansiedade	23 (8)
Diabetes <i>Mellitus</i>	22 (8)
Doenças endócrinas	17 (6)
Doenças do trato respiratório superior	13 (4)
Doenças neurológicas	11 (4)
Doença valvular/ vascular cardíaca	11 (4)
Doenças gastrointestinais	8 (3)
Arritmia Cardíaca	5 (2)
Doenças ósseas	4 (1)
Doenças Hematológicas	3 (1)
Doença Renal ou Urológica	3 (1)
SAOS	3 (1)
Doenças Dermatológicas	2 (1)
Doença Oncológica	1 (0,3)
<b>Score de doenças crónicas n (%)</b>	
0	28 (22)
1	24 (19)
2	26 (21)
3	12 (10)
4	16 (13)
5	10 (8)
6	6 (5)
7	3 (2)
9	1 (1)

Quando contabilizado o *score* de DC de cada utente, concluímos que há 28 utentes sem DC autorelatadas/descritas no processo clínico individual dos CSP e que no máximo há 1 utente com 9 doenças concomitantes. Ao relacionamos o *score* de DC em função do sexo, observamos que há diferenças estatisticamente significativas entre ambos ( $U=1431,500$ ;  $p<0,05$ ), onde as mulheres ( $MD=2,00$ ;  $DP=2,25$ ) relatam um maior número de doenças, em relação aos homens ( $MD=1,00$ ;  $DP=1,38$ ).

O mesmo acontece quando relacionamos o *score* de DC em função das faixas etárias, observando-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos ( $\chi^2 (5)= 49,224$ ;  $p<0,05$ ), sendo que, a partir dos 41 anos, os utentes apresentam progressivamente maiores medianas, refletindo um maior número de doenças por utente.

#### 4.2.2 Consciência face à doença respiratória crónica, terapêutica e seguimento clínico

A tabela 6 representa a consciência da amostra face à DRC, terapêutica e seguimento clínico.

Das 126 pessoas que compõem a amostra, 42 (33%) possuem diagnóstico prévio de algum tipo de DRC, sendo ela asma, DPOC ou bronquite. A amostra é constituída por 24 utentes que relatam ter diagnóstico de asma (57%), 16 com diagnóstico de DPOC (35%) e duas com diagnóstico de bronquite (5%). Excluindo duas pessoas que não conseguiram especificar há quanto tempo haviam sido diagnosticadas com a DRC e cujas informações não estavam registadas no processo clínico, foi possível determinar que a duração da patologia variou entre 1 e 57 anos, com uma média de duração de 15,05 anos e DP de 14,9 anos.

Ao analisar a tabela, observa-se que a maioria dos participantes com diagnóstico de DRC relatou estar em curso de tratamento (81%), sendo que uma parcela significativa (61%) realiza a terapêutica diariamente. Observa-se também que uma proporção considerável admitiu ter suspenso a terapêutica por iniciativa própria. Estes resultados sugerem uma adesão relativamente alta à terapêutica para DRC entre os participantes, com a maioria a relatar estar em curso de tratamento e uma boa parte realizando-o regularmente, seja diariamente ou em situações de necessidade (SOS). No entanto, a presença de alguns participantes que suspenderam a terapêutica por iniciativa própria indica uma possível área de preocupação em relação à continuidade do tratamento.

**Tabela 6.** Consciência face à DRC, terapêutica e seguimento clínico.

<b>Presença de DRC n (%)</b>	<b>42 (33)</b>
Asma	24 (57)
DPOC	16 (38)
Bronquite	2 (5)
<b>Realização de terapêutica inalatória n (%)</b>	<b>34 (81)</b>
Todos os dias	26 (61)
Apenas em SOS	8 (19)
<b>Motivo da não realização de terapêutica n (%)</b>	
Suspendeu por iniciativa própria	7 (16)
Nunca realizou	1 (2)
<b>Acompanhamento da DRC n (%)</b>	
Hospital público	4 (11)
Hospital privado	0 (0)
Centro de saúde	38 (91)
<b>Ida ao SU por agravamento da DRC n (%)</b>	<b>6 (14)</b>
<b>Internamento do agravamento da DRC n (%)</b>	<b>1 (2)</b>
<b>Participação em programas de reabilitação respiratória n (%)</b>	<b>0 (0)</b>
<b>DRC controlada n (%)</b>	<b>34 (71)</b>

Ao analisar a tabela, observa-se que a maioria dos participantes com diagnóstico de DRC relatou estar em curso de tratamento (81%), sendo que uma parcela significativa (61%) realiza a terapêutica diariamente. Observa-se também que uma proporção considerável admitiu ter suspenso a terapêutica por iniciativa própria. Estes resultados sugerem uma adesão relativamente alta à terapêutica para DRC entre os participantes, com a maioria a relatar estar em curso de tratamento e uma boa parte realizando-o regularmente, seja diariamente ou em situações de necessidade (SOS). No entanto, a presença de alguns participantes que suspenderam a terapêutica por iniciativa própria indica uma possível área de preocupação em relação à continuidade do tratamento.

Dos 42 utentes com diagnóstico prévio de DRC, apenas 4 (9,5%) são seguidos em consulta exclusivamente no hospital público, enquanto a esmagadora maioria (90,5%) são

seguidos em consulta nos CSP. Concluiu-se também que nenhum dos utentes em estudo participa ou participou de algum tipo de programa de reabilitação respiratória.

Dos participantes questionados sobre as suas visitas ao serviço de urgência no último ano como consequência do agravamento da DRC, apenas 6 responderam afirmativamente. A frequência dessas visitas variou, sendo que a maioria relatou ter ido apenas uma vez (66,7%), seguido por 16,7% que foram duas vezes, e outros 16,7% que foram quatro vezes. Apenas um participante relatou ter sido internado devido ao agravamento da DRC no último ano, ocorrendo apenas uma vez.

Por fim, observou-se que a maioria dos participantes (70,8%, n=34) relatou sentir que a sua DR sob controlo, enquanto 29,2% (n=14) expressaram a sensação oposta, indicando que sua condição não está controlada.

#### **4.2.3 Hábitos tabágicos**

Para a análise dos hábitos tabágicos da população em estudo, foram recolhidas informações relacionadas ao histórico pessoal de tabagismo. Os participantes foram categorizados como fumadores, ex-fumadores ou não fumadores.

- Os fumadores foram identificados através da idade em que começaram a fumar, o número atual de cigarros consumidos diariamente e a carga tabágica, fornecendo uma visão detalhada dos padrões de consumo de tabaco.
- Os ex-fumadores foram caracterizados pela idade em que iniciaram o tabagismo e há quanto tempo cessaram o hábito de fumar, o que permite avaliar a duração e a história do tabagismo anterior.

Além disso, a exposição diária ao fumo passivo de outras pessoas também foi avaliada, visando compreender a extensão da exposição dos participantes ao tabagismo ambiental, o que é fundamental para avaliar os efeitos da exposição passiva ao tabaco na saúde dos indivíduos.

A tabela 7 resume os hábitos tabágicos da amostra.

**Tabela 7.** Tabela resumo dos hábitos tabágicos.

<b>Hábitos tabágicos n (%)</b>	
Não Fumador	53 (42)
Ex-fumador	23 (18)
Fumador	50 (40)
<b>Nº de cigarros que fuma, atualmente (unidade)*</b>	15 (10)
<b>Carga Tabágica (UMA)*</b>	24,5 (27,7)
<b>Anos como fumador (anos)*</b>	39 (17,6)
<b>Anos como Ex-Fumador (anos)*</b>	30 (23)

Legenda: \*Mediana (IQR)

Dos 126 participantes incluídos no estudo, a maioria (n=73, ou 58% do total) possui histórico de hábitos tabágicos, sendo fumador ou ex-fumador. Os dados revelam uma ampla variação no consumo de tabaco entre os participantes, sendo que a mediana mostra que os participantes fumam cerca de 15 cigarros por dia, com uma grande variação, de 2 a 60 cigarros por dia. Quanto à carga tabágica, a mediana é de aproximadamente 25 unidades maço-ano (UMA), com um IQR de 27,7, indicando uma grande dispersão nos níveis de exposição ao tabaco na amostra.

No que diz respeito à duração do tabagismo, os fumadores têm uma mediana de cerca de 39 anos de tabagismo, enquanto os ex-fumadores apresentam uma mediana de cerca de 30 anos desde que cessaram o tabagismo.

Na tabela 8, os dados fornecidos apresentam os dados recolhidos relacionados à exposição passiva ao fumo do tabaco.

O tempo de exposição ao fumo de tabaco entre a população da amostra varia de 0 a 5 horas por dia. A maioria dos participantes relatou não ter exposição ao fumo de outras pessoas durante o dia, enquanto uma pequena proporção (15,1%) relatou estar exposta a pelo menos 1 hora de exposição passiva por dia. Estes dados indicam uma baixa exposição ao fumo passivo entre os participantes da amostra.

Quando comparamos a presença de DR previamente diagnosticadas com o histórico de hábitos tabágicos, ou com a carga tabágica, observamos que não há associação

estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ). O mesmo se aplica à associação entre as horas de exposição tabágica passiva e o diagnóstico prévio de DRC.

**Tabela 8.** Número de horas de exposição passiva ao fumo do tabaco por dia.

Horas/dia de exposição passiva n (%)	
0	107 (85)
<1	1 (1)
1	8 (6)
2	2 (2)
3	5 (4)
4	1 (1)
5	2 (2)

#### 4.2.4 Profissão de risco

Os utentes que participaram no estudo foram questionados de forma a compreender se exerceram alguma profissão em que estavam expostos a pó, produtos químicos ou fumo, sendo que 71 responderam afirmativamente, correspondendo a 56% dos participantes. A exposição ocupacional, medida numa escala contínua, varia de um mínimo de 0,17, correspondendo a 2 meses, até um máximo de 48 anos, com uma mediana de aproximadamente 17 anos. Essa distribuição indica que a maioria dos participantes está ou esteve envolvida em ocupações que os expõem a algum tipo de risco a nível de exposição a pó, produtos químicos ou fumo.

Quando comparamos a presença de DR com o histórico de exposição ocupacional, ou com os anos de exposição ocupacional, observamos que não há associação estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.5 Sintomatologia

Dos 126 participantes analisados, observou-se que uma proporção significativa relatou a presença de sintomas respiratórios (tabela 9).

**Tabela 9.** Frequência da sintomatologia.

Tosse n (%)	88 (70)
Pieira/sibilância n (%)	84 (67)
Expetoração n (%)	73 (58)
Dispneia n (%)	51 (41)

A tosse foi um dos sintomas mais comuns, com 69,8% a relatar a sua ocorrência, evidenciando a sua prevalência na amostra estudada. A pieira/sibilância também foi uma queixa comum entre os participantes, com dois em cada três (66,7%) a relatar a sua presença, seguindo-se a expetoração, relatada por mais da metade dos participantes (57,9%). Por fim, em relação à dispneia, esta foi relatada por 40,5% dos participantes, indicando uma proporção considerável de indivíduos afetados por este sintoma.

A análise dos resultados da tabela 10, abaixo apresentada, procura compreender a correlação entre os hábitos tabágicos e a presença de sintomas respiratórios específicos.

**Tabela 10.** Correlação entre hábitos tabágicos e sintomatologia.

	Não Fumador	Ex-fumador	Fumador	p-value
Tosse n (%)	40 (46)	17 (19)	31 (35)	0,295
Pieira/sibilância n (%)	35 (42)	15 (18)	34 (41)	0,965
Expetoração n (%)	26 (36)	16 (22)	31 (43)	0,189
Dispneia n (%)	25 (49)	13 (26)	13 (26)	<u>0,020</u>

Ao observar os dados, não encontramos associação significativa entre os hábitos tabágicos e a tosse, pieira/sibilância e expetoração ( $p > 0,05$ ). Isto significa que não há uma relação clara entre estes sintomas respiratórios e o status tabágico dos participantes. No entanto, quando analisamos a dispneia, observamos uma associação estatisticamente significativa com os hábitos tabágicos ( $p < 0,05$ ), em que os fumadores e ex-fumadores apresentam uma proporção maior de dispneia em comparação com os não fumadores. Isto demonstra que, nos utentes que participaram no estudo, o tabagismo pode estar associado a um maior risco de desenvolver dispneia.

Ao analisarmos a associação entre a exposição ocupacional e a manifestação de sintomas respiratórios, observamos que, ao contrário do que seria esperado, não há uma associação significativa entre a exposição ocupacional e os sintomas respiratórios estudados, sendo que os resultados não demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre a exposição ocupacional e a presença dos sintomas em questão, o que sugere que outros fatores além da exposição ocupacional podem contribuir para a manifestação dos mesmos.

#### **4.2.6 Acessibilidade geral aos serviços de saúde**

A tabela 11 oferece um resumo abrangente da acessibilidade aos serviços de saúde, fornecendo uma contagem e a correspondente frequência de diversas variáveis importantes. Estes dados destacam padrões significativos relacionados à capacidade de deslocamento para as consultas, ao acompanhamento durante as mesmas, à adesão aos compromissos agendados e à percepção sobre a adequação das consultas em relação às necessidades de saúde dos indivíduos analisados.

Os dados mostram informações relevantes sobre a acessibilidade aos serviços de saúde no grupo estudado. Um ponto importante é que uma parcela minoritária das pessoas enfrenta dificuldades em deslocar-se para as consultas e que a preferência pela utilização de viatura própria para deslocamentos é dominante, indicando uma dependência relativamente alta desse meio de transporte.

Quanto ao acompanhamento às consultas, a maioria das pessoas não necessita de acompanhante, embora uma parte considere essa assistência necessária, mas não disponha dela.

No que diz respeito à frequência das consultas agendadas, é observado que a maioria das pessoas comparece regularmente, embora uma pequena proporção admita faltar ocasionalmente. Os motivos para a não comparência variam, desde questões práticas, como esquecimento, até obrigações de trabalho. Além disso, a maioria das pessoas considera que as consultas que têm estão adequadas às suas necessidades de saúde, indicando uma percepção positiva em relação à qualidade e frequência do atendimento médico recebido. Alguns utentes acreditam que poderiam beneficiar de um número maior de consultas, enquanto uma minoria considera que tem consultas excessivas.

**Tabela 11.** Acessibilidade aos serviços de saúde.

---

<b>Dificuldade na deslocação às consultas n (%)</b>	
Sim	15 (12)
Não	111 (88)
<b>Meio de transporte para as consultas n (%)</b>	
Viatura própria	88 (70)
Transportes públicos/Táxi	29 (23)
A pé	9 (7)
<b>Acompanhamento às consultas n (%)</b>	
Normalmente acompanhado	31 (25)
Não tem quem acompanhe, embora necessite de ajuda	7 (6)
Não necessita de acompanhante	88 (70)
<b>Assiduidade n (%)</b>	
Comparece sempre	118 (94)
Às vezes falta	8 (6)
<b>Motivo da não comparência n (%)</b>	
Não recebo as marcações	2 (22)
Esquecimento	5 (56)
Não pode comparecer	2 (22)
<b>Adequação das consultas às necessidades de saúde n (%)</b>	
Sim	95 (75)
Não, são demasiadas	5 (4)
Não, devia ter mais consultas	26 (21)

---

### **4.3 Objetivo específico 3: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível da espirometria.**

#### **4.3.1 Acessibilidade à espirometria**

Os dados apresentados na tabela 12 resumizam as informações recolhidas sobre a realização de espirometria e o acesso à mesma entre os 126 participantes.

**Tabela 12.** Acessibilidade à realização de espirometria.

<b>1ª vez a realizar espirometria n (%)</b>	<b>58 (46)</b>
<b>Idade na 1ª espirometria n (%)</b>	
Menos de 18 anos	1 (1)
18 – 30 anos	16 (13)
31 – 40 anos	15 (12)
41 – 50 anos	26 (21)
51 – 60 anos	34 (27)
Mais de 70 anos	13 (10)
<b>Frequência de realização de espirometria n (%)</b>	
Apenas uma vez	58 (46)
Esporadicamente (não regularmente)	59 (47)
Regularmente (com intervalos específicos)	9 (7)
<b>Tempo de espera para realizar espirometria (fora dos CSP) n (%)</b>	
Menos de uma semana	9 (17)
Cerca de 1 semana	14 (27)
Menos de um mês	20 (39)
Mais de um mês	9 (17)
<b>Tempo de espera para realizar espirometria (nos CSP) n (%)</b>	
Menos de uma semana	75 (60)
Cerca de 1 semana	39 (31)
Menos de um mês	10 (8)
Mais de um mês	2 (2)
Considera exame importante	
<b>Percepção da importância do exame para o bem-estar n (%)</b>	
Sim	122 (97)
Não	4 (3)

Inicialmente, destaca-se que quase metade dos participantes estava a realizar espirometria pela primeira vez (46%), enquanto a restante maioria já havia realizado o exame anteriormente. Ao examinar as faixas etárias em que os participantes realizaram a primeira

espirometria, observa-se uma distribuição diversificada, com uma concentração relativamente maior na faixa etária de 51 a 60 anos, seguida da faixa etária dos 41 aos 50 anos. Os dados revelam ainda que a maioria dos participantes que já realizou este exame no passado, realiza espirometria de forma esporádica, ou seja, sem uma regularidade estabelecida. Em contraste, uma proporção menor (7,1%) realiza o exame regularmente, seguindo intervalos específicos.

Ao avaliarmos se os utentes com DRC realizam a espirometria de forma regular, podemos observar que, dos 42 utentes, apenas 8 realizam este exame de forma regular. É ainda importante referir que 6 destes, apesar do diagnóstico, nunca tinham realizado espirometria. É possível verificar também que apenas 3 utentes com diagnóstico de DPOC realizam espirometria com intervalos regulares, tal como acontece na asma, em que apenas 3 utentes realizam este exame com intervalos específicos e que nenhum utente com o diagnóstico de bronquite realiza espirometria regularmente.

Comparando os tempos de espera entre a solicitação da espirometria e a realização do exame e o tempo de espera para realizar a espirometria nos CSP, observamos algumas diferenças significativas. Na primeira variável, onde consideramos o tempo entre a solicitação e a realização do exame, excluindo os pacientes que não tinham memória de quanto tempo aguardavam normalmente para a realização deste exame noutros locais, a maioria dos participantes (38,5%) esperava entre uma semana e um mês. Por outro lado, quando avaliamos o tempo de espera da realização deste exame nos CSP, a grande maioria (59,5%) esperava menos de uma semana para realizar a espirometria. Esta comparação revela que, em média, os participantes esperavam menos tempo para realizar a espirometria nos CSP (MD=1,52; sendo que: 1=Menos de uma semana, 2=Cerca de 1 semana, 3=Menos de um mês, 4=Mais de um mês) em comparação com o tempo de espera geral entre a solicitação e a realização do exame (MD=2,53; sendo que: 1=Menos de uma semana, 2=Cerca de 1 semana, 3=Menos de um mês, 4=Mais de um mês), o que sugere eficiência nos processos de agendamento e realização de exames nos CSP.

Por fim, é notável que a esmagadora maioria dos participantes considera a espirometria importante para o seu bem-estar, o que ressalta a relevância percebida deste exame na gestão da saúde pessoal. Essa alta taxa de reconhecimento da importância do exame pode influenciar positivamente a adesão e a participação ativa dos pacientes nos cuidados de saúde respiratória.

### 4.3.2 Motivo de referenciação para realização de espirometria

A tabela 13 apresenta os motivos de referenciação dos pacientes, indicando as razões pelas quais foram encaminhados para avaliação médica.

**Tabela 13.** Motivo de referenciação dos utentes para realização de espirometria.

<b>Motivo de Referenciação n (%)</b>	
Hábitos tabágicos	48 (38)
Suspeita de doença respiratória	37 (29)
Acompanhamento de doença respiratória já conhecida	36 (29)
Tosse	36 (29)
Pieira	20 (16)
Dispneia	12 (10)
Cansaço	11 (9)
Raio-X sugestivo de enfisema	7 (6)
Astenia	4 (3)
Histórico de doença respiratória	3 (2)
Pressão Torácica	3 (2)
Sem motivo de referenciação	3 (2)
Expetoração	2 (2)
Exposição ocupacional	2 (2)
SAOS	2 (2)
Dificuldades Respiratórias	2 (2)

Ao analisarmos os dados, podemos concluir que os principais motivos de referenciação foram os hábitos tabágicos, com uma contagem de 48 referenciações, representando 38,1% do total, o que sugere uma preocupação significativa com questões relacionadas ao tabagismo entre os pacientes envolvidos no estudo. Além disso, outros motivos comuns de referenciação incluem suspeita de DR (29,4%), acompanhamento de DR já conhecida (28,6%), tosse (28,6%), e pieira (15,9%). Em suma, a análise dos motivos de referenciação destacados na tabela oferece uma visão abrangente das questões de saúde

enfrentadas pelos pacientes, permitindo uma melhor compreensão das necessidades e prioridades de cuidados médicos na população estudada.

### 4.3.3 Conclusão da espirometria

A tabela 14 sumariza as conclusões obtidas nas espirometrias realizadas.

**Tabela 14.** Conclusões obtidas nas espirometrias realizados.

<b>Conclusão da espirometria n (%)</b>	
Espirometria sem alterações	70 (56)
Alteração ventilatória obstrutiva	33 (26)
Alteração ventilatória inespecífica	23 (18)
<b>Grau de obstrução n (%)</b>	
Ligeira	23(70)
Moderada	7 (21)
Moderadamente grave	1 (3)

Ao analisar os dados da tabela 14, primeiramente, destaca-se que a maioria dos participantes (55,6%) apresentou uma espirometria sem alterações significativas, o que é um indicador positivo da saúde respiratória dessa parte da amostra, sugerindo uma função pulmonar dentro dos parâmetros considerados normais. No entanto, uma parcela significativa dos participantes (26,3%) apresentou algum tipo de alteração ventilatória obstrutiva, sendo que dentro desse grupo, a maioria das alterações foi classificada como "ligeira" (69,7%).

Foi também possível concluir que 20 utentes que realizavam espirometria pela 1ª vez apresentavam espirometria anormal, sendo que 11 deles apresentavam alteração ventilatória obstrutiva.

Ao analisarmos a frequência da realização da espirometria e a conclusão da mesma, podemos observar também que, dos utentes que obtiveram espirometrias anormais (N=56), apenas 6 realizam este exame regularmente.

#### 4.4 Objetivo específico 4: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível de qualidade de vida e correlacioná-la com os dados obtidos através da caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e de espirometria

##### 4.4.1 Qualidade – instrumento (fiabilidade) e análise geral da qualidade de vida da amostra

Ao medir a consistência interna dos itens do SF-36v2 foram utilizados os seguintes métodos: o coeficiente de correlação item-total e o *alfa* ( $\alpha$ ) de *Cronbach*, e sabendo que foi observado um  $\alpha$  de *Cronbach* global de 0,909. A tabela demonstra um bom nível de consistência interna, uma vez que, de um modo geral, segundo Murphy e Davidshofer (1988), o  $\alpha$  de *Cronbach* é considerado de fiabilidade moderada a elevada quando se encontra entre 0,8-0,9. Na totalidade da amostra e nas 8 dimensões que constituem o SF-36v2, os resultados obtidos foram os que constam da Tabela 15.

**Tabela 15.** Resultados e consistência interna das dimensões do SF-36v2.

		$\alpha$ – Cronbach
FS*	77,6 (25,9)	0,887
FF*	72,7 (25,2)	0,898
DF*	75,4 (30,3)	0,892
VT*	57,4 (21,6)	0,899
Dor*	71,3 (29,8)	0,899
SG*	57,5 (17,7)	0,903
DE*	78,3 (27,8)	0,900
SM*	68,7 (20,7)	0,896

Legenda: \*Média (Desvio Padrão)

Na tabela 14, ao analisar a média e o DP da amostra em relação ao questionário SF-36v2, que é escalado de 0 a 100, percebemos uma variedade de pontuações em cada domínio, refletindo diferentes aspetos da QV dos participantes. Entre os domínios com melhores *scores*, destacam-se a FE, FS e DE. Por outro lado, os domínios com os piores *scores* incluem VT, SG e SM.

Foram avaliadas as correlações entre a dimensão de Saúde Geral e as outras dimensões do SF36v2, conforme sugerido por Ferreira (1998), estando os resultados apresentados na Tabela 16. Observando a significância da correlação para valores acima de 0,01 (2 extremidades), constatamos correlações acima de 0,4, exceto nas correlações entre as dimensões: DE-SG e DE-FF, o que indica uma forte associação entre todas as escalas do SF-36v2, mesmo considerando a avaliação de diferentes domínios de Saúde.

**Tabela 16.** Matriz de correlações entre escalas do SF-36.

	SG	FS	FF	DF	VT	Dor	DE	SM
SG	1							
FS	,548**	1						
FF	,604**	,544**	1					
DF	,558**	,709**	,637**	1				
VT	,575**	,546**	,545**	,571**	1			
Dor	,468**	,725**	,648**	,595**	,456**	1		
DE	,395**	,690**	,383**	,600**	,520**	,495**	1	
SM	,560**	,618**	,507**	,557**	,684**	,462**	,705**	1

Legenda: \*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

#### 4.4.2 Relação entre a QV e as variáveis sociodemográficas

##### 4.4.2.1 Sexo

Ao comparar o sexo dos participantes com os diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, como podemos observar na tabela 16, onde estão sumarizadas as hipóteses. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os sexos em vários domínios de QdVRS, conforme indicado pelos valores de significância ( $p$ ). Para a distribuição da FS, FF, DF, VT, SG e SM,  $p$  foram todos menores que 0,05, indicando que há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nestes domínios.

Ao avaliarmos as medianas entre ambos os sexos, nestes domínios, observamos as mulheres apresentam valores mais baixos de QV quando comparados com os homens:

**Tabela 17.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com o sexo.

<b>Relação FS – Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>,031</u>
♀*	87,50 (50)
♂*	100,00 (25)
<b>Relação FF– Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>,001</u>
♀*	70,00 (35)
♂*	90,00 (15)
<b>Relação DF – Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>,010</u>
♀*	75,00 (55)
♂*	100,00 (18,75)
<b>Relação VT – Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>≤,001</u>
♀*	56,25 (21,9)
♂*	68,75 (18,75)
<b>Relação Dor – Sexo (<i>p</i>)</b>	,089
<b>Relação SG – Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>,013</u>
♀*	55,00 (25)
♂*	65,00 (17,5)
<b>Relação DE – Sexo (<i>p</i>)</b>	,333
<b>Relação SM – Sexo (<i>p</i>)</b>	<u>,015</u>
♀*	65,00 (27,5)
♂*	75,00 (20)

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.2.2 Faixa etária

Ao comparar a faixa etária dos participantes com os diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam não haver diferenças estatisticamente significativas entre grupos, à exceção do domínio FF, onde  $p < 0,05$ , como podemos observar na tabela 18. Podemos concluir também que na faixa etária acima de 70 anos, a mediana da FF foi a mais baixa, traduzindo-se em valores mais baixos nesta faixa etária.

**Tabela 18.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a faixa etária e mediana da FF.

Relação FS – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,674
Relação FF– Faixa etária ( <i>p</i> )	<u>0,002</u>
18–30 anos*	85,00 (13,75)
31–40 anos*	95,00 (10)
41–50 anos*	90,00 (20)
51–60 anos*	85,00 (32,5)
61–70 anos*	80,00 (33,8)
>70 anos*	55,00 (45)
Relação DF – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,756
Relação VT – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,989
Relação Dor – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,334
Relação SG – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,717
Relação DE – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,676
Relação SM – Faixa etária ( <i>p</i> )	0,392

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.2.3 IMC

Ao comparar o IMC dos participantes com os diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, como podemos observar na tabela 19.

Os resultados do teste mostram que para o domínio de VT  $p < 0,05$ , sugerindo que existem diferenças estatisticamente significativas na VT entre as diferentes classificações de IMC, onde as pessoas que se encontram abaixo do peso e em obesidade grau III, apresentam uma menor vitalidade, seguidos do excesso de peso e obesidade grau II.

**Tabela 19.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com o IMC e mediana da VT.

Relação FS – IMC ( <i>p</i> )	0,748
Relação FF– IMC ( <i>p</i> )	0,146
Relação DF – IMC ( <i>p</i> )	0,870
Relação VT – IMC ( <i>p</i> )	<u>0,024</u>
Baixo peso*	34,38 (46,9)
Peso normal*	62,50 (20,31)
Excesso de peso*	56,25 (31,25)
Obesidade Grau I*	75,00 (34,38)
Obesidade Grau II*	62,50 (15,62)
Obesidade Grau III*	50,00 (32,8)
Relação Dor – IMC ( <i>p</i> )	0,409
Relação SG – IMC ( <i>p</i> )	0,339
Relação DE – IMC ( <i>p</i> )	0,372
Relação SM – IMC ( <i>p</i> )	0,366
Legenda: *Mediana (IQR)	

#### 4.4.3 Relação entre a QV e fatores de risco

##### 4.4.3.1 Hábitos tabágicos

Ao comparar os hábitos tabágicos (fumador/ex-fumador ou sem história de hábitos tabágicos) entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, uma vez que  $p > 0,05$  em todas as hipóteses.

##### 4.4.3.2 Exposição ocupacional

Ao comparar a exposição ocupacional dos participantes com os diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam diferenças estatisticamente significativas no domínio DE. Conforme ilustrado na Tabela 20, que resume as hipóteses testadas, concluímos que pessoas sem historial de exposição ocupacional

apresentam um menor valor de desempenho emocional em comparação com aquelas que relatam historial de exposição ocupacional.

**Tabela 20.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a exposição ocupacional.

Relação FS – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,233
Relação FF– Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,469
Relação DF – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,273
Relação VT – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,134
Relação Dor– Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,410
Relação SG – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,216
Relação DE – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	<u>,003</u>
Com Hx de Exposição Ocupacional*	100 (25)
Sem Hx de Exposição Ocupacional*	75 (50)
Relação SM – Exposição Ocupacional ( <i>p</i> )	,109

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.3 Relação entre a QV e sintomatologia

##### 4.4.4.1 Tosse

Para as variáveis Dor e SG, existem diferenças estatisticamente significativas, onde os utentes que reportam tosse apresentam medianas mais baixas, significando que a presença de tosse está associada a uma maior incidência de dor corporal e a uma perceção geral de saúde mais negativa (tabela 21).

**Tabela 21.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com a tosse e mediana.

Relação FS – Tosse ( <i>p</i> )	,307
Relação FF– Tosse ( <i>p</i> )	,098
Relação DF – Tosse ( <i>p</i> )	,603
Relação VT – Tosse ( <i>p</i> )	,401
Relação Dor – Tosse ( <i>p</i> )	<u>,041</u>
Presença de tosse*	70 (55)
Ausência de tosse*	100 (43,8)
Relação SG – Tosse ( <i>p</i> )	<u>,005</u>
Presença de tosse*	55 (25)
Ausência de tosse*	70 (20)
Relação DE – Tosse ( <i>p</i> )	,741
Relação SM – Tosse ( <i>p</i> )	,784

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.4.2 Pieira/sibilância

Ao comparar a presença de pieira/sibilância entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam que não diferenças estatisticamente significativas entre grupos, uma vez que  $p > 0,05$  em todos os grupos.

#### 4.4.4.3 Dispneia

Ao comparar a presença de dispneia entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados indicam que, em todos os domínios, existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Como podemos observar na tabela 22, todos os domínios apresentam medianas mais baixas nos utentes que reportam dispneia, o que significa que os utentes que reportam dispneia tendem a ter pontuações mais baixas em todos os domínios do questionário SF-36v2 em comparação com aqueles que não relatam dispneia. Isso sugere que a presença de dispneia está associada a uma pior QV nos diversos aspetos avaliados pelo questionário.

**Tabela 22.** Mediana e IQR dos domínios do SF-36v2, em relação à dispneia.

	Presença de dispneia	Ausência de dispneia
FS*	75,00 (40,6)	93,75 (25)
FF*	65,00 (45)	90,00 (25)
DF*	68,75 (65,6)	100,00 (29,7)
VT*	50,00 (25)	62,50 (25)
Dor*	58,75 (65)	90,00 (42,5)
SG*	55,00 (25)	65,00 (20)
DE*	79,17 (58,3)	100,00 (25)
SM*	65,00 (26,3)	75,00 (23,75)

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.4.4 Expetoração

Ao comparar a presença de expetoração entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam que não diferenças estatisticamente significativas entre grupos, uma vez que  $p > 0,05$  em todas as hipóteses.

#### 4.4.5 Relação entre QV e comorbilidades

##### 4.4.5.1 Doenças crónicas

Ao comparar a presença de DC entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam diferenças estatisticamente significativas nos domínios FF e DC, como podemos observar na tabela 23. As medianas obtidas na presença de DC apresentam resultados mais baixos, o que significa que os utentes que reportam DC tendem a ter pontuações mais baixas nestes domínios do questionário SF-36v2 em comparação com aqueles que não relatam ter nenhuma DC. Isso sugere que a presença de DC está associada a uma pior QV nestes aspetos.

**Tabela 23.** Relação dos domínios do questionário SF-36v2 com as DC autorelatadas.

Relação FS – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,443
Relação FF– DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,002
Com DC autorelatadas	80,00 (35)
Sem DC autorelatadas	90,00 (13,8)
Relação DF – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,059
Relação VT – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,443
Relação Dor– DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,021
Com DC autorelatadas	73,75 (55)
Sem DC autorelatadas	100,00 (32,5)
Relação SG – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,359
Relação DE – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,108
Relação SM – DC autorelatadas ( <i>p</i> )	,112

Legenda: \*Mediana (IQR)

#### 4.4.5.2 Doenças respiratórias crónicas

Ao comparar a presença de DRC entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios avaliados. Apesar deste facto, a variável SG é a variável que apresenta uma significância menor, sendo  $p=0,072$ , o que mostra que esta é a variável mais afetada pelas DRC, pois é o domínio com o valor mais próximo do limite de significância de 0,05. Isso sugere que, embora não seja estatisticamente significativo, a um nível convencional, pode haver uma tendência para a variável SG ser afetada pelas DRC.

#### 4.2.6 Relação entre QV e a conclusão da espirometria

Ao comparar a conclusão da espirometria entre os participantes, em função dos diferentes domínios do questionário SF-36v2, os resultados do teste de hipótese indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, uma vez que  $p>0,05$  em todas as hipóteses.

## **5. Discussão de resultados**

Este capítulo visa discutir os resultados obtidos através da análise sociodemográfica, clínica, de espirometria e de QV dos utentes, seguindo os objetivos previamente designados.

Atualmente, diversos estudos têm sido realizados sobre a QV, no entanto, há uma carência de investigações específicas sobre a QV dos utentes com DRC, em contexto de CSP, o que dificultou a realização deste capítulo. Para a comparação dos resultados, foram utilizados estudos que focassem principalmente a QV, empregando, sempre que possível, os mesmos instrumentos de recolha de dados e, no que diz respeito à análise dos resultados, que apresentassem os dados numa escala, à semelhança do SF-36v2.

### **5.1 Objetivo específico 1: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível sociodemográfico.**

A amostra deste estudo é constituída por 126 utentes referenciados pelo médico de família para realizar espirometria nos CSP. Os dados sociodemográficos revelaram uma predominância de utentes do sexo feminino, representando 61% da amostra, enquanto os homens constituem 39%. A idade dos participantes do estudo varia entre os 20 e 84 anos, sendo que a mediana de idade é de 57 anos e a faixa etária mais representada é a de 61-70 anos. Observando os dados do Instituto Nacional de Estatística (2020), constata-se que há um acréscimo mais acentuado da população idosa que resulta de um maior aumento da esperança de vida e que há um maior predomínio do número de mulheres face ao número de homens e essa preponderância é reforçada à medida que a idade avança. Este facto pode também ser explicado pela sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres.

Os dados relativos ao IMC indicam que a mediana é de 25,8, com 58,7% dos participantes a apresentar excesso de peso ou obesidade. Este achado é significativo, uma vez que o excesso de peso está frequentemente associado a uma variedade de problemas de saúde, incluindo condições respiratórias. A prevalência elevada de excesso de peso na amostra sugere a necessidade de intervenções focadas na gestão de peso como parte integrante do cuidado respiratório nos CSP (Martins Anjo, 2020; Melo et al., 2014).

Embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas no IMC entre homens e mulheres as análises por faixa etária revelaram diferenças significativas, especificamente, as faixas etárias de 31–40 anos, 41–50 anos e 61–70 anos apresentaram menores valores medianos de IMC comparados com outras faixas etárias. A maior prevalência de utentes do sexo feminino e de idades mais avançadas sublinha a necessidade de estratégias de saúde pública que abordem as necessidades específicas destas populações (Redondo–Sendino et al., 2006). A alta prevalência de excesso de peso entre os participantes sugere que os programas de gestão de peso devem ser integrados nas estratégias de tratamento para melhorar os resultados respiratórios (Beuther & Sutherland, 2007; Finkelstein et al., 2012). A ausência de diferenças significativas de IMC entre os géneros indica que as intervenções podem ser aplicadas de forma uniforme entre homens e mulheres (Poulain et al., 2006). No entanto, as diferenças por faixa etária destacam a importância de abordagens personalizadas que considerem as variações no estado de saúde e necessidades específicas de diferentes grupos etários (Wadden et al., 2012).

## **5.2 Objetivo específico 2: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível clínico.**

### **5.2.1 Comorbilidades**

Os dados indicam uma alta prevalência de DC entre os participantes, com 78% a apresentar pelo menos uma condição crónica, o que evidencia uma carga significativa de problemas de saúde de longo prazo nesta população, sendo a dislipidémia e a HTA as condições mais comuns, seguidas pelas doenças do sistema musculoesquelético e perturbações depressivas. Estes achados são consistentes com a literatura, que identifica as doenças cardiovasculares e mentais como predominantes em populações adultas (Collaborators & Goudarzi, 2020; World Health Organization, 2021). A análise dos *scores* de DC revela que 28 utentes não têm DC relatadas e que o número máximo de doenças concomitantes é nove. As diferenças significativas encontradas entre os sexos e faixas etárias corroboram estudos anteriores que sugerem uma maior carga de DC nas mulheres e um aumento da prevalência com a idade (Nunes et al., 2016).

## 5.2.2 Consciência face à Doença Respiratória Crónica, Terapêutica e Seguimento Clínico

Entre os participantes, 33% possuem diagnóstico DRC, com a asma a ser a mais prevalente. A adesão à terapêutica inalatória é relativamente alta, com 81% em tratamento, sendo que 61% o fazem diariamente. No entanto, 16% suspenderam a terapêutica por iniciativa própria, sugerindo uma área de preocupação quanto à continuidade do tratamento. A importância do cumprimento da terapêutica broncodilatadora nas DRC, como a asma e a DPOC, é fundamental para uma gestão eficaz dessas condições, pois o uso adequado e regular de broncodilatadores pode reduzir significativamente a frequência e a gravidade dos sintomas e prevenir exacerbações que podem levar a hospitalizações e a um declínio acelerado da função pulmonar, melhorando a QV destes utentes (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023; Global Initiative for Asthma, 2022). Assim, a adesão à terapêutica é essencial, pois o uso irregular pode levar a um controlo deficiente dos sintomas e a um aumento das exacerbações, impactando negativamente a saúde e aumentando os custos associados aos cuidados de saúde (Bryant et al., 2013). Além disso, a educação do paciente sobre a importância da adesão ao tratamento e a correta utilização dos dispositivos inalatórios é um componente crítico da gestão da doença, havendo estudos que têm demonstrado que intervenções educacionais podem melhorar significativamente a adesão ao tratamento e os resultados clínicos em pacientes com DRC (Reddel et al., 2015). Deste modo, o incentivo ao cumprimento rigoroso da terapêutica broncodilatadora, combinado com a educação contínua do paciente, é essencial para a gestão eficaz das DRC, melhorando a QV e reduzindo a carga da doença sobre o sistema de saúde (Bandeira et al., 2014; Reddel et al., 2015).

A maioria dos utentes com DRC é acompanhada em centros de saúde, refletindo a importância dos CSP na gestão destas condições. No entanto, a participação nula em programas de reabilitação respiratória pode indicar uma falta de acesso ou de conhecimento sobre estas intervenções, que são fundamentais para melhorar a QV dos doentes respiratórios crónicos (McCarthy et al., 2015). A reabilitação respiratória é uma abordagem abrangente, pois não se foca apenas na doença pulmonar, mas também nas diversas consequências físicas e psicológicas resultantes da patologia respiratória. Esta envolve uma equipa interdisciplinar e destina-se a pessoas com DRC, englobando diversas estratégias terapêuticas personalizadas, com o objetivo de melhorar o desempenho físico e psicossocial, bem como incentivar a adesão a comportamentos e estilos de vida saudáveis a longo prazo, resultando numa melhoria da QV

destes utentes. Através de técnicas de controlo respiratório, os doentes aprendem a respirar de forma mais eficiente e, no caso de sofrerem de episódios frequentes de tosse, são ensinados a tossir de maneira mais eficaz, ajudando a remover o muco acumulado nos brônquios (Spruit et al., 2013). É essencial expandir a reabilitação respiratória para os CSP, uma vez que, com a presença dos CSP em todo o país, a criação de unidades de reabilitação em cada agrupamento de centros de saúde aumenta esta oferta e facilitar o acesso dos doentes a estes programas, permitindo uma maior proximidade dos doentes ao tratamento, reduzindo deslocações para centros hospitalares e promovendo uma maior adesão aos programas, o que resulta em melhorias significativas na QV dos doentes com DRC (Kruis et al., 2010).

Grande parte dos participantes do estudo considera que a sua DRC está sob controlo, o que reflete uma perceção positiva do controlo clínico atual.

### 5.2.3 Hábitos Tabágicos

A cessação tabágica desempenha um papel crucial na melhoria da QV, especialmente para aqueles com histórico de tabagismo. O estudo revela que 58% dos participantes têm histórico de tabagismo, com uma mediana de 15 cigarros diários entre os fumadores atuais, sendo que estes resultados são preocupantes, pois o tabagismo é um fator de risco *major* para múltiplas DC, incluindo as DR e cardiovasculares (World Health Organization, 2019b). Deixar de fumar pode trazer melhorias substanciais na saúde, especialmente para fumadores com DRC. A cessação tabágica é particularmente vantajosa, uma vez que estudos indicam que abandonar o hábito reduz a velocidade do declínio da função pulmonar, diminui a frequência e a gravidade das exacerbações e melhora a resposta aos tratamentos broncodilatadores (Tashkin, 2015).

A exposição passiva ao fumo do tabaco, que é baixa na amostra estudada (15,1%), também é um ponto positivo, dado os riscos significativos associados à inalação passiva, como doenças pulmonares e cancro (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

Portanto, da parte dos CSP, promover e apoiar a cessação tabágica é essencial para melhorar a saúde e a QV da população, reduzindo a carga de DC e a saúde a longo prazo. Para incentivar a cessação tabágica, Lindson et al. (2021) sugere que se adote uma abordagem integrada que combine aconselhamento por profissionais de saúde, fornecimento gratuito de medicamentos que auxiliem a cessação tabágica e a divulgação de materiais informativos

personalizados. Estas intervenções mostram eficácia ao aumentar as taxas de cessação. Adicionalmente, a formação contínua dos profissionais de saúde e o uso de estratégias multicomponentes, como materiais de apoio à decisão e acompanhamento personalizado, podem melhorar a adesão dos doentes, otimizando os resultados e promovendo mudanças comportamentais duradouras.

#### **5.2.4 Profissão de Risco**

A exposição ocupacional a pó, produtos químicos ou fumo foi relatada por 56% dos participantes apesar de não existir relação entre a presença de DR e a exposição ocupacional. Manter esta ausência de relação é muito importante para continuar a manter a saúde respiratória dos utentes e os CSP desempenham um papel fundamental neste processo. Nos CSP, o controlo contínuo dos trabalhadores expostos a agentes nocivos é essencial e pode ocorrer através de consultas regulares e avaliações de saúde ocupacional, onde são realizados *check-ups* e testes de função pulmonar, como a espirometria, para detetar o mais precocemente possível alterações na função respiratória (Tarlo et al., 2010). Este controlo permite a intervenção precoce e a aplicação de medidas preventivas, de forma a diminuir o risco de DR. Além disso, os CSP podem oferecer programas de educação e aconselhamento sobre a importância da utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) no ambiente de trabalho. A educação sobre a correta utilização dos EPIs e a promoção de boas práticas de higiene ocupacional são fundamentais para reduzir a exposição a agentes nocivos (Cullinan et al., 2017).

Através destas iniciativas, os CSP podem desempenhar um papel fundamental na manutenção da saúde respiratória dos trabalhadores, para que os baixos níveis de DR observados na amostra se mantenham estáveis, promovendo uma melhor QV.

#### **5.2.5 Sintomatologia**

A presença de sintomas respiratórios é comum entre os participantes, com a tosse (70%) e a pieira/sibilância (67%) a serem os mais frequentes. A associação significativa entre tabagismo e dispneia reflete o impacto do fumo na função pulmonar nesta amostra. Em relação à exposição ocupacional, apesar de 56% dos participantes relatarem exposição

ocupacional a pó, produtos químicos ou fumo, não se encontrou uma associação significativa entre essa exposição e os sintomas respiratórios. Este resultado pode ser explicado pelos motivos referidos no subcapítulo anterior – “5.2.4 Profissão de Risco”.

É crucial que os CSP utilizem estratégias organizacionais direcionadas à prevenção e gestão das DR, tais como o reforço os programas de cessação tabágica, proporcionando recursos e apoio contínuo para aqueles que desejam parar de fumar. Este apoio pode incluir consultas de acompanhamento, terapias de substituição de nicotina e intervenções comportamentais (U.S. Department of Health and Human Services, 2020). Ao focar-se tanto na prevenção quanto na gestão das condições respiratórias, as unidades de CSP podem não só melhorar significativamente a saúde respiratória da população, mas também prevenir o seu desenvolvimento futuro.

## **5.2.6 Acessibilidade Geral aos Serviços de Saúde**

A maioria dos participantes não enfrenta dificuldades em deslocar-se para as consultas, utilizando principalmente viatura própria (70%). A assiduidade às consultas é alta (94%), sendo este um achado importante pois o acompanhamento médico regular é crucial para o controlo eficaz das DC (Freeman & Hughes, 2010). No entanto, 21% dos utentes gostariam de ter mais consultas, sugerindo a necessidade de melhorar o acesso e a disponibilidade de serviços de saúde a todos os utentes. A elevada assiduidade dos utentes às consultas é um fator positivo, pois garante que os pacientes com DRC são seguidos de forma contínua, o que é essencial para a sua gestão (Freeman & Hughes, 2010). A mobilidade adequada, com a maioria dos utentes a utilizar viatura própria, contribui para esta alta taxa de assiduidade, no entanto, o desejo de uma parcela significativa dos utentes por mais consultas indica que, apesar da boa mobilidade e assiduidade, ainda há uma necessidade não atendida de maior acesso aos cuidados de saúde (Starfield et al., 2005). Para atender a estas necessidades, os CSP devem considerar a expansão da capacidade de atendimento e a implementação de estratégias que aumentem a acessibilidade dos serviços (Starfield et al., 2005), podendo isso incluir a contratação de mais profissionais de saúde, a extensão dos horários de atendimento e a utilização de tecnologias de saúde digital, como telemedicina, para complementar as consultas presenciais (Freeman & Hughes, 2010). Melhorar o acesso e a

disponibilidade dos serviços de saúde não só aumentará a satisfação dos utentes, mas também contribuirá para uma gestão mais eficaz das DC (Starfield et al., 2005).

### **5.3 Objetivo específico 3: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível da espirometria.**

#### **5.3.1 Acessibilidade à Espirometria**

Os resultados indicam que quase metade dos participantes estava a realizar espirometria pela primeira vez (46%), o que pode sugerir um subdiagnóstico prévio de DR, especialmente em faixas etárias mais avançadas. A distribuição das primeiras espirometrias nas faixas etárias de 51 a 60 anos e 41 a 50 anos é consistente com a literatura que destaca o aumento da incidência de DRC em indivíduos mais velhos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023). A irregularidade na realização de espirometrias, particularmente entre pacientes DRC, reflete a necessidade monitorizar eficazmente estas condições, uma vez que a monitorização regular da função pulmonar é essencial para o controlo adequado das DRC (Humbert et al., 2023).

A menor espera para realizar espirometrias nos CSP, comparada a outros locais, é um aspeto positivo que reflete a eficiência organizacional dos CSP. A redução do tempo de espera é crucial para a deteção precoce e o acompanhamento eficaz das DR, conforme sublinhado por estudos que associam o tempo de resposta rápido a melhores prognósticos (Haroon et al., 2015). A perceção positiva da importância da espirometria por parte dos utentes pode estar alinhada com esforços de educação em saúde que enfatizam a relevância deste exame no controlo de DRC (Haroon et al., 2015).

#### **5.3.2 Motivo de Referenciação para Realização de Espirometria**

O facto de os hábitos tabágicos serem o principal motivo de referenciação (38,1%) é consistente com a ampla evidência de que o tabagismo é o principal fator de risco para DRC (World Health Organization, 2022). Este achado sublinha, mais uma vez, a importância de programas de cessação tabágica nos CSP, que são uma intervenção-chave para prevenir a progressão das DR (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

A diversidade de sintomas que motivaram a referenciação para espirometria, incluindo tosse e pieira, destaca também a ampla aplicação clínica deste exame. Conforme estudos

anteriores, a espirometria é fundamental, não apenas para o diagnóstico inicial de DR, mas também para a monitorização da progressão da doença e a resposta ao tratamento (Sardinha, 2014). A inclusão de outros motivos de referência, como cansaço e alterações radiográficas, reforça a necessidade de uma abordagem diagnóstica abrangente na avaliação da função pulmonar (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020).

### **5.3.3 Conclusão da Espirometria**

55,6% dos participantes apresentaram espirometrias sem alterações significativas, o que sugere uma boa função pulmonar na maioria dos casos, o que pode ser um reflexo de uma população ainda em fases iniciais de DR ou sem exposição significativa a fatores de risco. No entanto, a presença de alterações ventilatórias obstrutivas em 26,3% dos participantes, com a maioria classificadas como ligeiras, é indicativa da importância de um acompanhamento contínuo, especialmente entre indivíduos com histórico de tabagismo ou exposição a poluentes (Vestbo et al., 2012).

A baixa frequência de espirometrias regulares entre os participantes que apresentaram espirometrias anormais, especialmente em utentes com diagnósticos de DPOC e asma, é alarmante. A monitorização regular através de espirometrias é recomendada pelas diretrizes internacionais para a gestão destas condições, como um meio de evitar exacerbações e controlar a progressão da doença (Global Initiative for Asthma, 2022; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023). Estes factos ressaltam a necessidade de melhorar a adesão às práticas de monitorização contínua para garantir um controlo eficaz das DRC.

## **5.4 Objetivo específico 4: Caracterizar detalhadamente a amostra a nível de qualidade de vida e correlacioná-la com os dados obtidos através da caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e de espirometria**

### **5.4.1 Relação da QV com as características sociodemográficas**

Ao correlacionar os resultados obtidos através do questionário SF-36 com o sexo dos participantes, concluiu-se que existem diferenças substanciais entre homens e mulheres nos

domínios de FS, FF, DF, VT, SG e SM, onde as mulheres apresentam valores mais baixos nestes domínios. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Karini (2009), em que em quase todos os domínios, com exceção do domínio DE, os homens apresentaram melhores médias de *scores* de QV. Estes resultados estão também alinhados com estudos anteriores que indicam que as mulheres tendem a relatar pior QdVRS em comparação com os homens, especialmente em áreas como SM e VT, o que pode ser atribuído a fatores biológicos e psicossociais que afetam diferencialmente os dois sexos (Rabasquinho & Pereira, 2007). Assim, estes achados sugerem que o género influencia a percepção e a experiência de QV em várias dimensões, destacando a importância de considerar o sexo como uma variável relevante na avaliação e gestão da saúde dos utentes (Praça, 2012). Os CSP podem aprimorar a QV das mulheres, proporcionando, por exemplo, programas de saúde direcionados às mulheres e programas de atividade física adaptados, uma vez que estes não apenas melhoram a FF, mas também a SM das participantes, como apontado por Penedo & Dahn (2005). Além disso, a integração de cuidados multidisciplinares—incluindo suporte em SM, nutrição e apoio social—oferece uma abordagem mais completa, que pode elevar a saúde e o bem-estar geral das mulheres. Personalizar os cuidados de saúde para atender às necessidades individuais das mulheres e considerar as diferenças de género é fundamental para a eficácia das intervenções (Xavier et al., 2024).

Em relação à QV relacionada com as diferentes faixas etárias, a análise dos resultados sugere que a idade dos participantes não apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação à maioria dos domínios do SF-36v2, com exceção do domínio FF. Deste modo, concluiu-se que os participantes com idade superior a 70 anos demonstraram *scores* mais baixos nesse domínio, o que está em linha com o esperado, uma vez que o envelhecimento está associado a uma diminuição na capacidade física e aumento das comorbidades, afetando diretamente a QV (L. Ferreira et al., 2013). Estudos anteriores que aplicaram o SF-36 em populações idosas também identificaram uma queda acentuada na função física com o aumento da idade, destacando a importância de intervenções que promovam a atividade física e a reabilitação para melhorar a QV nesta faixa etária (Wickramarachchi et al., 2023).

Por fim, no presente estudo, o IMC dos participantes mostrou influenciar significativamente o domínio de VT do SF-36v2. Participantes com IMC abaixo do peso e com obesidade grau III apresentaram *scores* mais baixos de VT, sugerindo uma menor energia e

disposição. Também no estudo de Barcones–Molero et al. (2018), a obesidade parece estar associada a um impacto negativo na QdVRS, afetando de maneira mais significativa a área física do que a psicossocial. Por outro lado, também a desnutrição quanto está associada a uma menor QV (Barcones–Molero et al., 2018; Ul-Haq et al., 2013). A VT, conforme avaliada pelo SF–36, é um indicador crucial de bem-estar percebido, e a sua diminuição em indivíduos com peso abaixo do ideal ou com obesidade severa pode refletir o impacto negativo das condições físicas extremas na energia diária e na capacidade para enfrentar atividades rotineiras (L. Ferreira et al., 2013). Estes achados sublinham a necessidade de abordagens integradas para a gestão do peso que considerem não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos e sociais, para uma melhoria global da QV (Wickramarachchi et al., 2023).

#### 5.4.2 Relação da QV com os fatores de risco

Os resultados da análise dos hábitos tabágicos entre os participantes do estudo indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre fumadores, ex-fumadores e indivíduos sem historial de tabagismo em nenhum dos domínios avaliados. Este resultado é surpreendente, dado que o tabagismo é amplamente reconhecido como um fator de risco significativo para diversas DR e para a redução da QV, especialmente em termos de FF e SG (World Health Organization, 2019b). No entanto, no estudo de Krawczyk–Suszek & Kleinrok (2022), foi observado que, especialmente após os 80 anos, os fumadores apresentaram uma chance significativamente maior de ter uma QdVRS mais elevada. Esta situação pode estar relacionada tanto às predisposições individuais de saúde, como ao efeito imediato da nicotina no cérebro, que melhora o humor e pode, assim, contribuir para uma melhor percepção da QV. Por outro lado, os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa no domínio de DE entre os participantes com e sem historial de exposição ocupacional, onde os indivíduos sem historial de exposição ocupacional apresentaram valores mais baixos neste domínio, sugerindo que a ausência de exposição ocupacional pode estar associada a uma pior percepção do DE. Estes resultados, apesar de também surpreendentes e controversos, podem refletir uma complexa interação entre o trabalho, a SM e a QV, onde a atividade ocupacional, mesmo em ambientes potencialmente adversos, pode proporcionar suporte social e estrutura diária que impactam positivamente na SM e na QV (Hämmig, 2019; Stansfeld & Candy, 2007).

Apesar dos resultados inesperados que indicam a ausência de diferenças significativas na QV entre fumadores, ex-fumadores e não fumadores, e a associação inesperada entre a ausência de exposição ocupacional e uma pior perceção do desempenho emocional, os CSP continuam a ser fundamentais na prevenção e gestão destas situações. No caso do tabagismo, embora o estudo não tenha encontrado diferenças esperadas, o papel dos CSP em educar e apoiar os pacientes na cessação tabágica permanece crucial, dada a conhecida evidência dos riscos à saúde associados ao tabaco (Haroon et al., 2015). Além disso, em relação à exposição ocupacional, os CSP têm um papel essencial em monitorizar e minimizar os riscos, enquanto reconhecem os benefícios potenciais da atividade ocupacional para a SM e a QV (Stansfeld & Candy, 2007; Tarlo et al., 2010).

### 5.4.3 Relação entre a QV e sintomatologia

A análise dos resultados revelou associações significativas entre sintomas respiratórios específicos e a QV, destacando a importância de considerar estes fatores na gestão da saúde dos utentes. Apesar de não terem sido encontradas associações significativas entre os sintomas pieira e expetoração, um facto que pode ser justificado pela variabilidade da perceção individual dos sintomas respiratórios, pela possível natureza episódica destes sintomas ou pela própria adaptação dos utentes (Barr et al., 2006; Jones et al., 1992), há aspetos relevantes a serem abordados no que concerne à tosse e dispneia. Verificou-se que a presença de tosse está significativamente associada a uma pior QV em termos de Dor e SG, uma vez que os utentes que reportam tosse apresentam medianas mais baixas nestes domínios, o que indica uma maior incidência de dor e uma visão mais negativa sobre a sua saúde global. Este achado está em linha com estudos anteriores que associam sintomas respiratórios crónicos, como a tosse, a um impacto negativo na QV, tal como o estudo de Meltzer et al. (2021) que concluiu que, em comparação com os quem não apresentava tosse crónica, aqueles com tosse apresentaram *scores* médios mais baixos nos componentes físico e mentais do questionário SF36v2.

Em suma, os resultados obtidos apontam para uma clara ligação entre sintomas como a tosse e a dispneia e uma pior QV em utentes referenciados para espirometria, sublinhando a necessidade de uma triagem eficaz da sintomatologia dos utentes e de medidas organizacionais com enfoque na personalização dos cuidados e na monitorização contínua

das condições respiratórias, garantindo assim um melhor acompanhamento e uma intervenção mais eficaz nos CSP, levando, conseqüentemente, a QV dos utentes (Jin & Kim, 2020; Serra et al., 2021)

#### 5.4.4 Relação entre a QV e as comorbilidades

Os resultados mostram uma relação clara entre a presença de DCNT e a QV dos utentes estudados. A análise revela que os utentes com DC apresentam pontuações significativamente mais baixas nos domínios de FF e Dor, corroborando a literatura existente, que indica que o aumento do número de DCNT impacta vários domínios da QV, estando frequentemente associada a uma diminuição da capacidade funcional e uma piora no desempenho geral, impactando negativamente a QV dos indivíduos, principalmente nas dimensões da capacidade funcional e dor (Campolina et al., 2011). No caso das DRC, embora os resultados não mostrem diferenças estatisticamente significativas nos domínios avaliados ( $p > 0,05$ ), observa-se uma tendência relevante na variável SG, com um valor de  $p = 0,072$ , na medida em que, embora este resultado não atinja significância estatística convencional, pode indicar que a SG dos utentes com DRC tende a ser mais comprometida, corroborando Esteves & Viana (2010), que concluíram que DRC como a DPOC afetam principalmente a percepção subjetiva de saúde e bem-estar, expressa através da SG, mesmo quando outras dimensões da QV, como a componente psicológica, não são drasticamente afetadas.

Estes achados reforçam a importância de uma abordagem integrada nos CSP, que leve em conta não apenas a gestão das DC, mas também intervenções direcionadas à melhoria da SG em utentes com DRC. Medidas como a educação em saúde, programas de reabilitação respiratória e a gestão proativa de sintomas podem ser essenciais para melhorar a QV desses pacientes, sendo estas consistentes com as recomendações da literatura, que destaca a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente para a gestão de comorbilidades em cuidados primários (Dhalwani et al., 2016; Serra et al., 2021; Tselebis et al., 2016).

#### 5.4.5 Relação entre a QV e a conclusão da espirometria

Na discussão dos resultados sobre a relação entre a QV e a conclusão da espirometria, os dados obtidos não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparados. Estes achados, apesar de surpreendentes dado que a espirometria é uma ferramenta crucial para o diagnóstico e monitorização de DRC, como a DPOC e a asma, que são condições que são conhecidas por impactarem negativamente a QV dos pacientes (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023), são coerentes com a literatura recente, que sugere que, embora exista uma relação entre os resultados das provas funcionais respiratórias e a QV, esta pode não ser sempre robusta o suficiente para atingir significância estatística em todas as populações ou contextos clínicos.

Os estudos recentes realizados por Meys et al. (2020) e Knox-Brown et al. (2023), demonstraram que, em pacientes com DPOC, os resultados da espirometria a força da correlação entre os resultados dos exames que avaliem a função respiratória pode variar dependendo da gravidade da doença, da sintomatologia associada e da população estudada. Knox-Brown et al. (2023), refere ainda que a QdVRS é um conceito multidimensional que inclui aspetos físicos, mentais, emocionais e sociais, e que nenhum teste funcional isolado reflete adequadamente esta dimensão, o que significa que a ausência de significância estatística pode ser atribuída a uma variedade de fatores, incluindo a heterogeneidade da população estudada ou a presença de comorbilidades que podem mascarar a relação entre a função respiratória e a QV.

Assim, a tendência observada nos dados, mesmo sem atingir significância estatística, sugere que os domínios da QV relacionados à SG e física podem ser afetados pelos resultados de espirometria, mas a complexidade das interações entre a função pulmonar e a perceção de QV exige uma análise mais aprofundada, possivelmente com uma amostra maior ou em combinação com outros indicadores clínicos. Estes achados reforçam a necessidade de abordagens multidimensionais na avaliação e gestão de pacientes com DRC, reconhecendo que a integração de diferentes medidas pode proporcionar uma melhor QV aos utentes dos CSP, uma vez que a abordagem integrada – envolvendo a coordenação e colaboração entre diferentes profissionais de saúde e serviços – e contínua – ao longo do tempo sem interrupções, garantindo que o paciente receba um acompanhamento constante e consistente dos cuidados de saúde, fortalece e assegura o tratamento adequado em todas as fases das DC (Pereira et al., 2024).

Assim, é recomendada a continuidade da personalização dos cuidados, a integração de tecnologias e a formação contínua dos profissionais de saúde. A correta alocação de recursos e aplicação de políticas de saúde que promovam o aprimoramento dos cuidados de saúde são essenciais para a eficácia das estratégias de gestão das DC, promovendo uma melhor QdVRS aos utentes (Pereira et al., 2024).

## 6. Conclusão

A presente tese teve como objetivo principal identificar as necessidades de saúde da população-alvo referenciada para espirometria numa Unidade de CSP da ULSGE. A partir da análise de características sociodemográficas, clínicas, espirométricas e da QV desses utentes, o estudo procurou fundamentar a implementação de medidas organizacionais mais eficientes, com foco na prevenção e gestão de DR.

Em relação ao primeiro objetivo, que era caracterizar a população-alvo em termos sociodemográficos, os resultados indicaram que a maioria dos utentes referenciados para espirometria são mulheres, com idade média avançada e uma alta prevalência de excesso de peso. Estes achados sublinham a necessidade urgente de adaptar as intervenções às especificidades da população, especialmente considerando o envelhecimento da mesma. As medidas organizacionais sugeridas incluem a implementação de programas de gestão de peso adaptados às necessidades específicas de cada faixa etária para otimizar estes parâmetros nos CSP (Redondo-Sendino et al., 2006; Beuther & Sutherland, 2007; Finkelstein et al., 2012; Poulain et al., 2006; Wadden et al., 2012).

Quanto ao segundo objetivo, que focou nas características clínicas, identificou-se uma alta prevalência de comorbidades, como dislipidemia e HTA, frequentemente associadas a um IMC elevado. Quanto às DRC, a asma revelou-se como a mais prevalente. A adesão à terapêutica para DR é relativamente alta, mas a interrupção por iniciativa própria de 16% dos utentes ressalta a importância de reforçar a educação e a adesão ao tratamento (Global Initiative for Asthma, 2022; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023; Bryant et al., 2013; Reddel et al., 2015).

A elevada taxa de tabagismo destaca a necessidade urgente de promover programas de cessação tabágica para melhorar a QV e reduzir sintomas respiratórios (World Health Organization, 2019b; Tashkin, 2015). Embora a exposição ocupacional a agentes nocivos não tenha mostrado relação significativa com a DRC, a referenciação destes utentes e a sua monitorização contínua, bem como a educação sobre proteção são essenciais (Tarlo et al., 2010; Cullinan et al., 2017).

Concluiu-se também que uma parte dos utentes desejam mais consultas, sugerindo a necessidade de expandir a capacidade de atendimento e melhorar a acessibilidade aos serviços (Freeman & Hughes, 2010; Starfield et al., 2005). Portanto, a implementação de medidas para melhorar a adesão ao tratamento, apoiar a cessação tabágica, controlar a exposição ocupacional e aumentar a acessibilidade aos cuidados é crucial para a gestão eficaz das DC.

No que toca ao 3º objetivo, os dados revelam uma necessidade de melhorar o acesso e a regularidade na realização de espirometrias, especialmente em pacientes com doenças DRC. Quase metade dos participantes fez o exame pela primeira vez, sugerindo o subdiagnóstico, especialmente em idosos. A monitorização regular é essencial para controlar eficazmente as DRC, e a menor espera para espirometria nos CSP é positiva, mas precisa ser ampliada para garantir a melhor deteção e o acompanhamento contínuo (Humbert et al., 2023; Haroon et al., 2015).

A alta frequência de fumadores entre os referenciados para espirometria destaca a importância dos programas de cessação tabágica como medida preventiva essencial nos CSP (World Health Organization, 2022). As alterações ventilatórias encontradas em parte dos participantes reforçam a necessidade de um acompanhamento mais frequente, especialmente para quem tem histórico de tabagismo, a fim de prevenir a progressão das DRC e evitar exacerbações (Global Initiative for Asthma, 2022; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023).

Por fim, no que diz respeito ao 4º objetivo, a análise dos dados deste estudo evidenciou significativas relações entre a QV e variáveis sociodemográficas, clínicas e espirométricas, sublinhando a necessidade de abordagens organizacionais mais personalizadas nos CSP para a gestão de DC. As diferenças observadas na QV entre homens e mulheres, sugerem que

programas de saúde direcionados ao gênero, como programas de atividade física adaptados e multidisciplinares, são essenciais para melhorar a QV das mulheres (Karini, 2009; Rabasquinho & Pereira, 2007; Praça, 2012; Penedo & Dahn, 2005; Xavier et al., 2024).

Em relação à idade, a análise indicou que participantes com mais de 70 anos apresentaram scores mais baixos na FF, conforme esperado devido ao envelhecimento e às suas comorbidades associadas (Ferreira et al., 2013; Wickramarachchi et al., 2023). Da mesma forma, o IMC influenciou significativamente a VT, com indivíduos abaixo do peso ou com obesidade grau III a apresentar menor energia e disposição, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada na gestão do peso que considere tanto os aspetos físicos quanto os psicológicos e sociais (Barcones-Molero et al., 2018; Wickramarachchi et al., 2023).

Embora a espirometria não tenha revelado correlações estatisticamente significativas com a QV, de acordo com pesquisas existentes, é sugerido que os domínios de SG e FF podem ser afetados, destacando a necessidade de abordagens multidimensionais na avaliação e gestão de pacientes com DRC, conforme recomendado pela literatura (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023; Meys et al., 2020; Knox-Brown et al., 2023). A integração de diferentes medidas e uma abordagem contínua e coordenada nos CSP são essenciais para melhorar a QV dos utentes, garantindo um acompanhamento adequado em todas as fases das DC (Pereira et al., 2024). Finalmente, a alocação eficiente de recursos, a integração de tecnologias e a formação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para a eficácia das estratégias de gestão, melhorando a QV dos utentes nos CSP (Pereira et al., 2024; Serra et al., 2021).

Em suma, a adoção de estratégias integradas e personalizadas nos CSP, focadas na prevenção, gestão eficiente das DRC e melhoria da QV, revela-se fundamental para atender às necessidades crescentes e específicas da população-alvo, assegurando um cuidado mais eficaz e equitativo.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a validação externa dos achados é limitada devido à amostra relativamente pequena e localizada, restrita a uma única unidade de uma UCSP. Essa amostra não pode ser generalizada para outras populações ou contextos, pois as características

sociodemográficas e clínicas dos utentes podem variar significativamente entre diferentes regiões. No entanto, essa limitação oferece-nos uma oportunidade para obter dados detalhados e específicos sobre as necessidades de saúde desta comunidade, permitindo fazer uma análise mais aprofundada do contexto local. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a avaliação de causalidade entre as variáveis analisadas e a QV, o que por outro lado proporciona uma visão inicial importante sobre as relações entre elas. Por fim, outro fator a considerar é o viés de autorrelato, decorrente da utilização de questionários autopreenchidos. Este viés resulta da subjetividade das respostas, que podem ser influenciadas pela percepção individual, memória ou pelo desejo de responder de forma socialmente aceitável. Apesar dessa limitação, a captação das percepções pessoais dos utentes é uma mais-valia, pois permite compreender a QV sob a ótica dos próprios participantes, proporcionando uma análise centrada no utente, essencial em estudos de saúde e bem-estar.

Em futuras pesquisas são necessárias amostras mais amplas e diversas são necessárias para confirmar os resultados obtidos e ampliar a aplicabilidade das conclusões.

## Referências Bibliográficas

- Antunes, A. F., Bárbara, C., & Gomes, E. M. (2013). *Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias (PNDR)*.
- Bagatin, E., Andrade, E., & Costa, D. A. (2006). Doenças das vias aéreas superiores. Em *J Bras Pneumol* (Vol. 32).
- Bandeira, T., Manique, A., Arrobas, A., Todo Bom, A., Antunes, A., Bugalho, A., Carvalho, A., Barreto, C., Pedro, E., Meneses, F., Sousa, J., Fonseca, J., Ferreira, J., Rosado-Pinto, J., Leiria-Pinto, P., & Fernandes, R. (2014). *Boas práticas e orientações para o controlo de asma no adulto e na criança*.
- Barcones-Molero, M. F., Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M. A., Bes-Rastrollo, M., Martínez-Urbistondo, M., Santabárbara, J., & Martínez, J. A. (2018). The influence of obesity and weight gain on quality of life according to the SF-36 for individuals of the dynamic follow-up cohort of the University of Navarra. *Revista Clínica Española (English Edition)*, *218*(8), 408–416. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2018.05.005>
- Barr, R., Celli, B., Martinez, F., Ries, A., Rennard, S., Reilly, J., Sciruba, F., Thomashow, B., & Wise, R. (2006). Physician and patient perceptions in COPD: the COPD Resource Network Needs Assessment Survey. *The American journal of medicine*, *118*, 1415. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.07.059>
- Behera, B. K., Prasad, R., & Shyambhavee. (2022). Primary health-care goal and principles. Em *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development* (pp. 221–239). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-90446-9.00008-3>
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Almedina.
- Beuther, D., & Sutherland, E. (2007). Overweight, Obesity, and Incident Asthma: A Meta-analysis of Prospective Epidemiologic Studies. *American journal of respiratory and critical care medicine*, *175*, 661–666. <https://doi.org/10.1164/rccm.200611-1717OC>
- Bonewald, L. F. (2013). Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. Em *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism: Eighth Edition*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118453926.fmatter>

- Bourbon, M., Miranda, N., Vicente, A., & Rato, Q. (2016). *Doenças Cardiovasculares*.
- Bousquet, J., & Kaltaev, N. (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach* (J. Bousquet & N. Kaltaev, Eds.). World Health Organization. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. *Sage Publications Ltd.*, 23.
- Bryant, J., McDonald, V., Boyes, A., Sanson-Fisher, R., Paul, C., & Melville, J. (2013). Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Respiratory research*, 14, 109. <https://doi.org/10.1186/1465-9921-14-109>
- Campana, A., Padovani, C., Iaria, C., Freitas, C., De Paiva, S., & Hossne, W. (2001). *Investigação científica na área médica* (1.ª ed.). Manole.
- Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919–2915.
- Carvalho, N. S., Robles Ribeiro, P., Ribeiro, M., Do Patrocínio, M., Nunes, T., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. Em *J Bras Pneumol* (Vol. 33, Número 1).
- Celli, B., Fabbri, L., Criner, G., Martinez, F. J., Mannino, D., Vogelmeier, C., Montes de Oca, M., Papi, A., Sin, D. D., Han, M. L. K., & Agustí, A. (2022). Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 206(11), 1317–1325. <https://doi.org/10.1164/rccm.202204-0671PP>
- Collaborators, G. B. D., & Goudarzi, H. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1204–1222.
- Cullinan, P., Muñoz, X., Suojalehto, H., Agius, R., Jindal, S., Sigsgaard, T., Blomberg, A., Charpin, D., Annesi-Maesano, I., Gulati, M., Kim, Y., Frank, A. L., Akgün, M., Fishwick, D., de la Hoz, R. E., & Moitra, S. (2017). Occupational lung diseases: from old and novel exposures to effective preventive strategies. Em *The Lancet Respiratory Medicine* (Vol. 5, Número 5, pp. 445–455). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30424-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30424-6)

- Dhalwani, N., Zaccardi, F., O'Donovan, G., Carter, P., Hamer, M., Yates, T., Davies, M., & Khunti, K. (2016). Association Between Lifestyle Factors and the Incidence of Multimorbidity in an Older English Population. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 72. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw146>
- Dietrich, A., Colet, C. de F., & Winkelmann, E. R. (2019). The Health Profile of Basic Care Network Users According to the e-Sus Individual Registry / Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1266–1271. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Monitorização e Tratamento Para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto*. [http://caratnetwork.org/index.php?option=com\\_fastcarat&lang=pt](http://caratnetwork.org/index.php?option=com_fastcarat&lang=pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*.
- Doenças respiratórias crónicas em Portugal: Estratégias, intervenções e desafios. (2010). *Fundação Portuguesa do Pulmão*.
- Doenças Respiratórias em Números*. (2015).
- Early, J. (2016). Health is More than Healthcare: Its Time for a Social Ecological Approach. *Journal of Nursing and Health Studies*, 1, E105. <https://doi.org/10.21767/2574-2825.100000e2>
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarström, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health*, 16(4), 414–433. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
- Esteves, M., & Viana, R. A. (2010). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde na doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista da Faculdade de Ciências de Saúde*, 7, 466–475.
- Fayers, P., & Machin, D. (2015). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes* (3.<sup>a</sup> ed.). Wiley-Blackwell. <https://www.perlego.com/book/999850/quality-of-life-the-assessment-analysis-and-reporting-of-patientreported-outcomes-pdf>

- Ferreira, L., Ferreira, P., Pereira, L., & Oppe, M. (2013). The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0448-z>
- Ferreira, P. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*.
- Ferreira, P. (2000). Creation of Portuguese version of the MOS SF-36 Part I, Cultural and Linguistic Adaptation. *Acta médica portuguesa*, 13, 55–66.
- Ferreira, P. L., Noronha Ferreira, L., & Nobre Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 30(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>
- Finkelstein, E., Khavjou, O., Thompson, H., Trogon, J., Pan, L., Sherry, B., & Dietz, W. (2012). Obesity and Severe Obesity Forecasts Through 2030. *American journal of preventive medicine*, 42, 563–570. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.026>
- Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health & Illness*, 5(3), 297–311. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491836>
- Freeman, G., & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:18110175>
- Global Initiative for Asthma. (2022). *Global strategy for asthma management and prevention*. <https://ginasthma.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
- Grant Shakira J. and Jiang, D. C. (2020). Hematologic Disorders. Em D. and L. S. and B. S. and C. M. and R. S. Wasserman Michael R. and Bakerjian (Ed.), *Geriatric Medicine: A Person Centered Evidence Based Approach* (pp. 1–31). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-01782-8\\_53-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-01782-8_53-1)

- Griffith, J. (2015). Understanding High-Reliability Organizations: Are Baldrige Recipients Models? *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 60, 44–61. <https://doi.org/10.1097/00115514-201501000-00009>
- Hämmig, O. (2019). Correction: Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLOS ONE*, 14, e0222124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222124>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Em *Quality of Life Research* (Vol. 28, Número 10, pp. 2641–2650). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Haroon, S., Jordan, R., O'Beirne-Elliman, J., & Adab, P. (2015). Effectiveness of case finding strategies for COPD in primary care: a systematic review and meta-analysis. *NPJ primary care respiratory medicine*, 25, 15056. <https://doi.org/10.1038/nnpjcrm.2015.56>
- Hubbard, K., & Huang, D. T. (2020). *Healthy People 2020 Final Review*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.15620/cdc:111173>
- Humbert, M., Kovacs, G., Hoeper, M. M., Badagliacca, R., Berger, R. M. F., Brida, M., Carlsen, J., Coats, A. J. S., Escribano-Subias, P., Ferrari, P., Ferreira, D. S., Ghofrani, H. A., Giannakoulas, G., Kiely, D. G., Mayer, E., Meszaros, G., Nagavci, B., Olsson, K. M., Pepke-Zaba, J., ... Sitges, M. (2023). 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Em *European Respiratory Journal* (Vol. 61, Número 1). European Respiratory Society. <https://doi.org/10.1183/13993003.00879-2022>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas*.
- J E Ware Jr, & C D Sherbourne. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. 473–483.
- Jácome, C. I. O. (2011). *A vivência da DPOC em estágio avançado enquadrada no contexto da CIF*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto Instituto Politécnico do Porto.

- Jin, H. J., & Kim, C. W. (2020). Understanding the impact of chronic cough on the quality of life in the general population. Em *Allergy, Asthma and Immunology Research* (Vol. 12, Número 6, pp. 906–909). Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology. <https://doi.org/10.4168/aaair.2020.12.6.906>
- Jones, P. W., Quirk, F. H., Baveystock, C. M., & Littlejohns, P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *The American review of respiratory disease*, 145 6, 1321–1327. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:20206324>
- Karini, G. de O. (2009). *Análise da Auto-Percepção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da Cidade de Aveiro, Portugal*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Knox-Brown, B., Patel, J., Potts, J., Ahmed, R., Aquart-Stewart, A., Barbara, C., Buist, A. S., Cherkaski, H. H., Denguezli, M., Elbiaze, M., Erhabor, G. E., Franssen, F. M. E., Al Ghobain, M., Gislason, T., Janson, C., Kocabaş, A., Mannino, D., Marks, G., Mortimer, K., ... Amaral, A. F. S. (2023). The association of spirometric small airways obstruction with respiratory symptoms, cardiometabolic diseases, and quality of life: results from the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study. *Respiratory Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12931-023-02450-1>
- Krawczyk-Suszek, M., & Kleinrok, A. (2022). Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 625. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19020625>
- Kruis, A., Adrichem, J., Erkelens, M., Scheepers, H., In 't Veen, J., Muris, J., & Chavannes, N. (2010). Sustained effects of integrated COPD management on health status and exercise capacity in primary care patients. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 5, 407–413. <https://doi.org/10.2147/COPD.S9654>
- Lindson, N., Pritchard, G., Hong, B., Fanshawe, T. R., Pipe, A., & Papadakis, S. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011556.pub2>

- Lobo, F. A. (2006). Qualidade de vida dos doentes com asma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 671–687.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., J. Jameson, & Loscalzo, J. (2012). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill Medical, 250(18). <https://doi.org/10.1007/s00417-012-1940-9>
- Martins Anjo, C. (2020). *Literacia para a saúde e excesso de peso: da operacionalização à relação dos conceitos e a sua implicação na promoção da saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Em *PLoS Medicine | www* (Vol. 3, Número 11). [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
- Mayo, N. E. (2015). *Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement*. International Society for Quality of Life Research (ISOQOL). <https://books.google.pt/books?id=cKjksgEACAAJ>
- Mccarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Em *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2015, Número 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>
- Melo, L. C. osta, Silva, M. A. layde M. da, & Calles, A. C. arolina do N. (2014). Obesity and lung function: a systematic review. Em *Einstein (São Paulo, Brazil)* (Vol. 12, Número 1, pp. 120–125). <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014RW2691>
- Meltzer, E. O., Zeiger, R. S., Dicpinigaitis, P., Bernstein, J. A., Oppenheimer, J. J., Way, N. A., Li, V. W., Boggs, R., Doane, M. J., Urdaneta, E., Weaver, J. P., Schelfhout, J., & Fonseca, E. (2021). Prevalence and Burden of Chronic Cough in the United States. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 9(11), 4037–4044.e2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.07.022>
- Meys, R., Stoffels, A. A. F., Houben-Wilke, S., Janssen, D. J. A., Burtin, C., Van Hees, H. W. H., Franssen, F. M. E., Van Den Borst, B., Wouters, E. F. M., & Spruit, M. A. (2020). Association between patient-reported outcomes and exercise test outcomes in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01505-x>

- Miller, M. R., Crapo, R., Hankinson, J., Brusasco, V., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., Enright, P., van der Grinten, C. P. M., Gustafsson, P., Jensen, R., Johnson, D. C., MacIntyre, N., McKay, R., Navaja, D., Pedersen, O. F., Pellegrino, R., Viegi, G., & Wagner, J. (2005). General considerations for lung function testing. *European Respiratory Journal*, *26*(1), 153–161. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00034505>
- Miller, M. R., Hankinson, J., Brusasco, V., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., Crapo, R., Enright, P., van der Grinten, C. P. M., Gustafsson, P., Jensen, R., Johnson, D. C., MacIntyre, N., McKay, R., Navajas, D., Pedersen, O. F., Pellegrino, R., Viegi, G., & Wagner, J. (2005). Standardisation of spirometry. Em *European Respiratory Journal* (Vol. 26, Número 2, pp. 319–338). <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00034805>
- Moreira, G., & Fries-Tersch, E. (2015). *Safer and healthier work at any age – Country inventory: Portugal*.
- Moreto Trindade, A., Lins Fagundes de Sousa, T., & Luís Pereira Albuquerque, A. (2015). *The interpretation of spirometry on pulmonary care: until where can we go with the use of its parameters?* (Vol. 24, Número 1).
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological Testing: Principles and Applications*. Prentice–Hall International Editions.
- Nakken, N., Janssen, D. J. A., van den Bogaart, E. H. A., Wouters, E. F. M., Franssen, F. M. E., Vercoulen, J. H., & Spruit, M. A. (2015). Informal caregivers of patients with COPD: Home Sweet Home? *European Respiratory Review*, *24*(137), 498–504. <https://doi.org/10.1183/16000617.00010114>
- Nhlbi. (2007). *National Heart, Lung, and Blood Institute National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Full Report 2007*.
- Nunes, B., Camargo-Figuera, F., Guttier, M., de Oliveira, P., Munhoz, T., Matijasevich, A., Bertoldi, A., Wehrmeister, F., Silveira, M., Thumé, E., & Facchini, L. (2016). Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. *International Journal of Public Health*, *61*. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0819-7>
- Observatório Nacional Doenças Respiratórias*. (2023).

- Pellegrino, R., Viegi, G., Brusasco, V., Crapo, R. O., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., van der Grinten, C. P. M., Gustafsson, P., Hankinson, J., Jensen, R., Johnson, D. C., MacIntyre, N., McKay, R., Miller, M. R., Navajas, D., Pedersen, O. F., & Wanger, J. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. *European Respiratory Journal*, *26*(5), 948–968. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00035205>
- Penedo, F., & Dahn, J. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, *18*, 189–193. <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>
- Pereira, E. A., Pereira, N. G., Pedro De Oliveira Aucélio, J., Clara, M., Rêgo, R., Aparecido, I., Araújo, A., Rodrigues, M., De Araújo, A., Curado De Oliveira, M. E., Caetano Da Silva, R., Magalhães, A., Tôrres, S., Sarkis Simão, S., Lazzarini, A., Lima, S., Carolina, A., Rocha, A., Guedes, T., & Dutra, A. (2024). A Medicina de Família e Comunidade como pilar na gestão de doenças crônicas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *6*(8). <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-965-985>
- Pistelli, F., Bottai, M., Carrozzi, L., Baldacci, S., Simoni, M., Di Pede, F., & Viegi, G. (2007). Reference equations for spirometry from a general population sample in central Italy. *Respiratory Medicine*, *101*(4), 814–825. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.06.032>
- Poulain, M., Doucet, M., Major, G., Drapeau, V., Sériès, F., Boulet, L.-P., Tremblay, A., & Maltais, F. (2006). The effect of obesity on chronic respiratory diseases: Pathophysiology and therapeutic strategies. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *174*, 1293–1299. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051299>
- Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. APNOR.
- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, *14*(1), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.015>
- Quanjer, P. H., Stanojevic, S., Cole, T. J., Baur, X., Hall, G. L., Culver, B. H., Enright, P. L., Hankinson, J. L., Ip, M. S. M., Zheng, J., Stocks, J., & Schindler, C. (2012). Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3–95-yr age range: The global lung function

- 2012 equations. *European Respiratory Journal*, 40(6), 1324–1343.  
<https://doi.org/10.1183/09031936.00080312>
- Quintas, D., Mendes, I., Correia, P., & Serra, A. D. (2023). A qualidade no setor público da saúde: a pandemia como propulsor de novos processos de modernização na área da saúde. *Synesis*, 15(3).
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. Em *Análise Psicológica* (Vol. 3, pp. 439–454).
- Recuperar Portugal. (2021a). *Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas*. Recuperar Portugal.  
<https://recuperarportugal.gov.pt/2021/06/08/c1-servico-nacional-de-saude/>
- Recuperar Portugal. (2021b). *Plano de Recuperação e Resiliência*.  
<https://recuperarportugal.gov.pt/plano-de-recuperacao-e-resiliencia/>
- Recuperar Portugal. (2022). *Dotar todos os Centros de Saúde com espirómetros para diagnóstico precoce e tratamento da Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Tabagismo (Aviso Nº 05/C01-i01/2022)*.
- Reddel, H., Bateman, E., Becker, A., Boulet, L.-P., Cruz, A., Drazen, J., Haahtela, T., Hurd, S., Inoue, H., Jongste, J., Lemanske, R., Levy, M., O'Byrne, P., Paggiaro, P., Pedersen, S., Pizzichini, E., Soto-Quiroz, M., Szefler, S., Wong, G., & Fitzgerald, J. M. (2015). A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. *The European respiratory journal*, 46. <https://doi.org/10.1183/13993003.00853-2015>
- Redondo-Sendino, Á., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-155>
- Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde*. (2021).
- Rosenbach, M., Wanat, K., Micheletti, R., & Taylor, L. (2018). *Inpatient Dermatology*.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-18449-4>
- Santos, J. V., Silva, J. M., & Alves, L. (2020). *ONDR 2020*.
- Santos, P. (2006). Qualidade De Vida Em Crianças E Adolescentes Com Problemas De Saúde: Conceptualização, Medidas E Intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 89–94.

- Sardinha, C. A. (2014). *A importância da espirometria na deteção precoce de alterações ventilatórias obstrutivas em adultos*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Serra, A., Simões, A., Fernandes, J., & Ferreira, M. (2021). *O cuidado centrado na pessoa*. Escola Superior Saúde Egas Moniz. <https://www.egasmoniz.com.pt/>
- Silva, F., & Fabiano, S. (2010). *Semiologia Urológica*. Planmark Editora.
- Silva, M. S. (2011). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* [Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/https://doi.org/10.11606/D.7.2011.tde-01062011-093604>
- Skriabikova, O., Cavaco, Y., Fries-Tersch, E., & Dupont, C. (2016). *Safer and Healthier Work at any age -Country inventory: The Netherlands EU-OSHA -European Agency for Safety and Health at Work*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27299.30248>
- SNS24. (2023). *Doenças Oncológicas*. Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/>
- Soriano, J. B., Kendrick, P. J., Paulson, K. R., Gupta, V., Abrams, E. M., Adedoyin, R. A., Adhikari, T. B., Advani, S. M., Agrawal, A., Ahmadian, E., Alahdab, F., Aljunid, S. M., Altirkawi, K. A., Alvis-Guzman, N., Anber, N. H., Andrei, C. L., Anjomshoa, M., Ansari, F., Antó, J. M., ... Vos, T. (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3)
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., Zuwallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A., Lareau, S., Man, W., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F., Casaburi, R., Vercoulen, J., Vogiatzis, I., & Wouters, E. F. M. (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188, e13–e64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Stanojevic, S., Stocks, J., Bountziouka, V., Aurora, P., Kirkby, J., Bourke, S., Carr, S. B., Gunn, E., Prasad, A., Rosenfeld, M., & Bilton, D. (2014). The impact of switching to the new global lung function initiative equations on spirometry results in the UK CF Registry.

- Journal of Cystic Fibrosis*, 13(3), 319–327.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcf.2013.11.006>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2007). Psychosocial Work Environment and Mental Health – A Meta-Analytic Review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 32, 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank quarterly*, 83, 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Stewart, A., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study Approach*.
- Tarlo, S., Cullinan, P., & Nemery, B. (2010). *Occupational and Environmental Lung Diseases*. <https://doi.org/10.1002/9780470710425>
- Tashkin, D. P. (2015). Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 36(04), 491–507. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555610>
- Tselebis, A., Pachi, A., Ilias, I., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., & Tzanakis, N. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 297. <https://doi.org/10.2147/NDT.S79354>
- Ul-Haq, Z., Mackay, D., Fenwick, E., & Pell, J. (2013). Meta-Analysis of the Association Between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life Among Adults, Assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21, E322–E327. <https://doi.org/10.1002/oby.20107>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*.
- Vestbo, J., Hurd, S., Agustí, A., Jones, P., Vogelmeier, C., Anzueto, A., Barnes, P., Fabbri, L., Martínez, F., Nishimura, M., Stockley, R., Sin, D., & Rodríguez-Roisin, R. (2012). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 187. <https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0596PP>

- Wadden, T., Webb, V., Moran, C., & Bailer, B. (2012). Lifestyle Modification for Obesity New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. *Circulation*, *125*, 1157–1170. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453>
- Ware, J., MA, K., & Keller, S. D. (1993). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual*. *8*, 23–28.
- Ware, J., Snoww, K., MA, K., & BG, G. (1993). SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. *Lincoln, RI: Quality Metric, Inc, 1993, 30*.
- Wheatley, J. R. (2017). Spirometry: Key to the diagnosis of respiratory disorders. *Medical Journal of Australia*, *207*(10), 422–423.e1. <https://doi.org/10.5694/mja17.00684>
- WHOQoL. (2005). The world health organization quality of life assessment ( WHOQoL): Position paper from the world health organization. *Em Social Science e Medicina* (10.<sup>a</sup> ed., Vol. 41, pp. 1403–1409).
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *41*(10), 1403–1409.
- Wickramarachchi, B., Torabi, M. R., & Perera, B. (2023). Effects of Physical Activity on Physical Fitness and Functional Ability in Older Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, *9*. <https://doi.org/10.1177/23337214231158476>
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, *273*, 59–65. <https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59>
- World Health Organization. (1986). Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde. *Conferência Internacional da Promoção da Saúde*.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL: measuring quality of life*.
- World Health Organization. (2019a). *Chronic respiratory diseases*. [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1). [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2019b). *Report on the Global Tobacco Epidemic*.
- World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/342703>

- World Health Organization. (2022). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: addressing new and emerging products*.
- Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M., Matos Pires, A., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., & Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>
- Yoshizaki, C. T., Testa, C. B., Paganoti, C. de F., Baptista, F. S., Osmundo Junior, G. de S., Lin, L. H., Galletta, M. A. K., Bortolotto, M. R. de F. L., Pereira, P. P., & Costa, R. A. da. (2020). Doenças endócrinas. Em *Zugaib Obstetrícia [4. ed.]*. Manole.

## Anexos

### Anexo 1 - Consentimento informado

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

##### de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Titulo do estudo:** Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de espirometria nos cuidados de saúde primários.

**Enquadramento:** O presente estudo será conduzido nas instalações de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários, integrada na estrutura da Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE). O desenvolvimento desta pesquisa insere-se no contexto da obtenção do grau de mestre em Gestão das Organizações, com especialização no Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, pela Escola Superior de Saúde do Politécnico Porto. Cumpre salientar que este projeto é supervisionado pelo Professor Doutor Tiago Jacinto.

**Explicação do estudo:** A sua participação nesta investigação fundamenta-se na realização de uma espirometria, solicitada pelo seu médico de família, bem como no preenchimento de dois questionários. Num destes questionários, proceder-se-á à recolha de informações sociodemográficas, clínicas e sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, com foco particular na realização da espirometria. No segundo questionário, proceder-se-á ao preenchimento do SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*), sendo este utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde dos participantes. O preenchimento destes questionários terá a duração máxima de 15 minutos.

Serão elegíveis para a participação neste estudo todos os utentes que preencham os seguintes critérios:

1. Idade igual ou superior a 18 anos;
2. Utes que queiram participal voluntariamente no estudo, manifestando-o através deste consentimento informado.
3. Condição física e psicológica que permita a realização do exame.
4. Utes que realizem espirometria no período entre fevereiro e abril de 2024, referenciados no intervalo de tempo compreendido entre janeiro de 2024 e abril de 2024.

Os dados recolhidos serão armazenados numa base de dados até o prazo máximo de dezembro de 2024.

**Condições e financiamento:** A participação no presente estudo é de caráter voluntário e não existem prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSGE.

Este estudo não implica custos adicionais para o utente nem para a ULSGE, não sendo igualmente financiado.

**Confidencialidade e anonimato:** Garantimos a total confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Asseguramos o anonimato dos participantes, sem registo de dados de identificação.

A investigadora responsável é Rita César, técnica de Cardiopneumologia, a trabalhar numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários em Barão do Corvo, pertencente à ULSGE. Para qualquer esclarecimento adicional ou dúvidas, pode entrar em contacto através do número 919356410 ou do endereço de email [rita.cesar@arsnorte.min-saude.pt](mailto:rita.cesar@arsnorte.min-saude.pt). Em caso de abordagem por outra pessoa para obtenção de consentimento, esta será identificada devidamente.

Agradecemos a sua participação neste estudo.

**Assinatura:** Rita Ribeiro César

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3oS.2046%20C3%89tica/Ficheiros/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hels%C3%ADnia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3oS.2046%20C3%89tica/Ficheiros/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hels%C3%ADnia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://ike.up.pt/ced/jsp/ced/2001/01/002A00/00140016.pdf>

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo 2 – Questionário sociodemográfico



### FORMULÁRIO

Código \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
Sexo M/F

#### 1. Caracterização dos fatores de risco

---

##### Hábitos tabágicos

- Fumador  
 Ex-fumador  
 Não fumador

Se fumador ou Ex-fumador:

Idade com que começou a fumar: \_\_\_\_\_ anos  
Há quantos anos deixou de fumar: \_\_\_\_\_ anos  
Número de cigarros que fuma por dia, atualmente: \_\_\_\_\_  
Carga tabágica: \_\_\_\_\_ UMA

Quantas horas/dia está exposto ao fumo de outras pessoas: \_\_\_\_\_ horas

##### Profissão de risco

Teve alguma profissão em que estava exposto a pó, produtos químicos ou fumo?

- Sim  
 Não

Número de anos de exposição ocupacional: \_\_\_\_\_ anos

#### 2. Sintomatologia

---

##### Tosse

- Sim  
 Não

##### Dispneia

- Sim  
 Não

##### Pieira/sibilância

- Sim  
 Não

##### Expetoração

- Sim  
 Não

#### 3. Consciencialização face à doença e terapêutica

---

Tem alguma patologia crónica?

- Sim  
 Não

Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de Doença Respiratória Crónica conhecida:

- DPOC
- Asma
- Nenhuma

*Se responder asma ou DPOC na alínea anterior, responder às questões seguintes.*

Há quantos anos tem esta patologia pulmonar: \_\_\_\_\_ anos

Qual o estágio da sua doença respiratória crónica? \_\_\_\_\_

Terapêutica em Curso para as doenças respiratórias crónicas:

- Sim
- Não

Frequência da realização da terapêutica:

- Todos os dias
- Apenas em SOS
- Suspendeu a terapêutica por iniciativa própria.

#### **4. Acessibilidade aos serviços de saúde**

---

Local de seguimento da doença pulmonar conhecida:

- Hospital público
- Hospital privado
- Centro de Saúde
- Outro: \_\_\_\_\_

Está inserido em algum programa de Doença Respiratória Crónica?

- Sim
- Não

Tem dificuldade em deslocar-se às consultas?

- Sim
- Não

Como se desloca para as suas consultas?

- Viatura própria
- Transportes públicos/Táxi/Ambulância
- A pé
- Outro \_\_\_\_\_

Por norma vai acompanhado às consultas?

- Sim
- Não, pois não tenho quem me acompanhe, embora necessite de ajuda
- Não necessito de acompanhante

Comparece às consultas agendadas?

- Sim
- Não
- Às vezes faltou

Se respondeu "Não"/ "às vezes faltou", porquê?

- Não recebo as marcações
- Não tenho vontade de ir
- Esquecimento
- Outro \_\_\_\_\_

Considera que a sua Doença Respiratória está controlada?

- Sim
- Não

Considera que as consultas que tem estão adequadas às suas necessidades de saúde?

- Sim
- Não, são demasiadas
- Não, devia ter mais consultas

No último ano, foi ao Serviço de Urgência pelo agravamento de DRC?

- Sim, \_\_\_\_\_ vezes
- Não

No último ano, teve algum internamento pelo agravamento DRC?

- Sim, \_\_\_\_\_ vezes
- Não

## 5. Espirometria

---

É a 1ª vez a fazer espirometria?

- Sim
- Não

Idade em que realizou a primeira espirometria:

- Menos de 18 anos
- 18 – 30 anos
- 31 – 40 anos
- 41 - 50 anos
- 51 - 60 anos
- 61 – 70 anos
- Mais de 70 anos

Frequência de realização de espirometria:

- Apenas uma vez
- Esporadicamente (não regularmente)
- Regularmente (com intervalos específicos)

Se já realizou espirometria antes, quanto tempo, em média, costuma esperar entre a solicitação da espirometria e a realização do exame?

- Menos de uma semana
- Cerca de 1 semana
- Menos de um mês
- Mais de um mês

Quanto tempo aguardou para realizar esta espirometria nos Cuidados de Saúde Primários? (Ex. Centro de Saúde)

- Menos de uma semana
- Cerca de 1 semana
- Menos de um mês
- Mais de um mês

Considera que este exame é importante para si e para o seu bem-estar?

- Sim
- Não

#### 6. A preencher pelo técnico

---

Motivo da referência para a realização deste exame (reportado pelo médico):

- Acompanhamento de doença respiratória já conhecida
- Suspeita de doença respiratória
- Tosse
- Dispneia
- Pieira
- Expetoração
- Histórico familiar de doença respiratória
- Exposição ocupacional
- Hábitos tabágicos (Fumador/Ex-fumador)
- Outros: \_\_\_\_\_

Conclusão da espirometria:

Alteração ventilatória obstrutiva

- Ligeira
- Moderada
- Moderadamente grave
- Grave
- Muito grave

Alteração ventilatória restritiva

- Ligeira
- Moderada
- Moderadamente grave
- Grave
- Muito grave

Alteração ventilatória mista

- Predominantemente obstrutiva
- Predominantemente restritiva

Espirometria sem alterações

## Anexo 3 – Questionário SF-36v2

### QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia .....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km .....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a .....	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço) .....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

<b>Nenhumas</b>	<b>Muito fracas</b>	<b>Ligeiras</b>	<b>Moderadas</b>	<b>Fortes</b>	<b>Muito fortes</b>
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa ..	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 4 – Tabela A.1. Designação, escala e valor possível das variáveis estudadas.

	Designação	Tipo/Escala	Valor possível
Variáveis sociodemográficas	Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[18, +∞ [anos</li> </ul>
	Peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [kg</li> </ul>
	Altura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [cm</li> </ul>
	IMC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
	IMC (classes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abaixo do peso</li> <li>Peso normal</li> <li>Excesso de peso</li> <li>Obesidade grau I</li> <li>Obesidade grau II</li> <li>Obesidade grau III</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e dicotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masculino</li> <li>Feminino</li> </ul>
Hábitos tabágicos	Histórico de Hábitos tabágicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não Fumador</li> <li>Ex-Fumador</li> <li>Fumador</li> <li>Ex-fumador</li> <li>Fumador</li> </ul>
	Idade com que começou a fumar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
	Cessaçãotabágica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
	Cigarros/dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
	Carga tabágica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [ UMA</li> </ul>
	Exposição passiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
Exposição ocupacional	Profissão de risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotómica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
	Anos de exposição ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[0, +∞ [</li> </ul>
Sintomatologia	Tosse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotómica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
	Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotómica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>

Conscientização face à doença e terapêutica	Pieira/Sibilância	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	Expetoração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	DC autorelatada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	DRC autorelatada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPOC</li> <li>Asma</li> <li>Bronquite</li> <li>Nenhuma</li> </ul>	
	Anos com DRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável quantitativa contínua</li> <li>Escala de razão</li> </ul>	[0, +∞ [	
	Terapêutica em curso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	Frequência de realização	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os dias</li> <li>Apenas em SOS</li> <li>Suspendeu por iniciativa própria</li> </ul>	
	Acompanhamento da DRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital público</li> <li>Hospital privado</li> <li>Centro de saúde</li> </ul>	
	Ida ao SU por agravamento da DRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	Internamento por agravamento da DRC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	Participação em programas de reabilitação respiratória	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	DRC considerada como controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>	
	Acessibilidade aos serviços de saúde	Dificuldade de deslocação às consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa dicotômica</li> <li>Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não</li> </ul>
		Meio de transporte para consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viatura própria</li> <li>Transporte público/táxi/ambulância</li> <li>A pé</li> </ul>
Acompanhamento às consultas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Variável qualitativa</li> <li>Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> <li>Não, pois não tenho quem me acompanhe, embora necessite de ajuda</li> <li>Não necessito de acompanhante</li> </ul>	

Assiduidade às consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> <li>• Às vezes falto</li> </ul>
Motivo de não assiduidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não recebo as marcações</li> <li>• Não tenho vontade de ir</li> <li>• Esquecimento</li> <li>• Não pode comparecer</li> </ul>
Adequação do número de consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não, são demasiadas</li> <li>• Não, devia ter mais consultas</li> </ul>
1º vez a realizar espirometria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa dicotômica</li> <li>• Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Idade da 1º espirometria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 18 anos</li> <li>• 18-30 anos</li> <li>• 31-40 anos</li> <li>• 41-50 anos</li> <li>• 51-60 anos</li> <li>• 61-70 anos</li> <li>• Mais de 70 anos</li> </ul>
Frequência de realização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas uma vez</li> <li>• Esporadicamente</li> <li>• Regularmente</li> </ul>
Tempo de espera anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de uma semana</li> <li>• Cerca de uma semana</li> <li>• Menos de um mês</li> <li>• Mais de um mês</li> </ul>
Tempo de espera nos CSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de uma semana</li> <li>• Cerca de uma semana</li> <li>• Menos de um mês</li> <li>• Mais de um mês</li> </ul>
Importância pessoal do exame	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa dicotômica</li> <li>• Escala nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Motivo de referenciação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento de DR conhecido</li> <li>• Suspeita de DR</li> <li>• Tosse</li> <li>• Dispneia</li> <li>• Pieira</li> <li>• Expetoração</li> <li>• Histórico familiar de doença respiratória</li> <li>• Exposição ocupacional</li> <li>• Hábitos tabágicos</li> <li>• Outros</li> </ul>
Conclusão da espirometria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável qualitativa</li> <li>• Escala nominal e policotômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração ventilatória obstrutiva ligeira</li> <li>• Alteração ventilatória obstrutiva moderada</li> <li>• Alteração ventilatória obstrutiva moderadamente grave</li> </ul>

- 
- Alteração ventilatória obstrutiva grave
  - Alteração ventilatória obstrutiva muito grave
  - Alteração ventilatória inespecífica
  - Espirometria sem alterações
-

## Anexo 5 – Autorização para utilização do questionário SF-36v2

Pedido de Autorização para Utilização do Questionário MOS SF-36 em Português



rimas@fe.uc.pt



Responder

Responder a todos

Reencaminhar



Para: Rita Ribeiro Cesar

qua, 13/12/2023 10:26

SF-36\_PT.pdf  
413 KB

Cara Dr<sup>a</sup> Rita César,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do MOS SF-36 para utilizar no seu projeto de investigação.

As informações sobre o processo de tradução e validação deste questionário encontram-se na plataforma RIMAS, disponível em <http://rimas.uc.pt/instrumentos/79/>.


Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro



Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde  
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512- Coimbra- Portugal

## Anexo 6 – Autorização para realização da investigação - Conselho clínico ACES Gaia



COMUNICAÇÃO     INFORMAÇÃO     PARECER    DATA: 2023-12-22

REFERÊNCIA: CCS/2023/781


PARA .....: DIRETOR EXECUTIVO

DE .....: CONSELHO CLÍNICO DE SAÚDE

ASSUNTO ...: Projeto de Investigação: "Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de espirometria nos cuidados de saúde primários"

Cumpreremeter Projeto de Investigação - Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de espirometria nos cuidados de saúde primários", solicitando o parecer de V. Exa. sobre o Estudo em apreço.

Com os melhores cumprimentos,



Liliana Moura  
Assistente Técnica

*Na qualidade de RAI e PCC deste ACES, em suplêncio, nada o opo a realização do estudo em apreço após parecer favorável da Comissão de sítio da*

*Árabe/Ana Frazzer*  
Dra. Ana Frazzer  
Vogal Conselho Clínico e de Saúde  
ACES - GAI

Rua D. Maria Costa Basto 4435-081 Vila Nova De Gaia  
Telefone: 227064051 E-mail: [aces.gai@arsnorte.min-saude.pt](mailto:aces.gai@arsnorte.min-saude.pt)

1/1

## Anexo 7 - Parecer da Comissão de ética para a Saúde - ULS Gaia



### **PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

**TÍTULO DO ESTUDO:** Caracterização e qualidade de vida dos utentes referenciados para realização de espirometria nos CSP

Documento da CES nº: 39/2024-1

**Serviço onde irá decorrer o Estudo:** Serviço de Cardiopneumologia dos Cuidados de Saúde Primários da ULSGE.

**Investigador Principal:** Rita Ribeiro César, TÉCNICA DE CARDIOPNEUMOLOGIA ACES GRANDE PORTO/GAIA VII

**Nome do orientador:** Prof. Dr. Tiago Jacinto

Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto.

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local Saúde Gaia Espinho, em reunião ordinária do dia 27/03/2024 apreciou a documentação constante do dossier submetido para o estudo acima referenciado:

- Pedido ao Presidente CA
- Aprovação do projeto pelo Conselho Clínico do respetivo ACES
- Compromisso comunicação dos resultados
- Declaração de conflito de interesses
- Formulário CES
- Consentimento
- Questionários
- CV do investigador principal
- Mail datado de 21/03/2024 com resposta ao solicitado

#### **Apreciação:**

Estudo observacional e transversal, com uma duração de aproximadamente 9 meses, entre outubro de 2023 e julho de 2024. A população em estudo será composta por pacientes da ULSGE referenciados para espirometria numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários. O estudo usará uma amostra consecutiva de pacientes referenciados durante o período de recrutamento. Após a realização da espirometria, os pacientes que concordarem em participar fornecerão consentimento informado e responderão aos questionários. A análise dos dados será conduzida com a ajuda do programa IBM SPSS e R.. O estudo visa correlacionar variáveis sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida percebida pelos utentes, bem como identificar as necessidades de saúde da população alvo e propor medidas organizacionais eficazes.

**População:** Utesentes da ULSGE referenciados para realizar espirometria numa unidade Cuidados de saúde Primários.

**Crterios de Inclusão:** Crterios de inclusão:

1. Indivduos com idade igual ou superior a 18 anos;
2. Indivduos que aceitaram participar no estudo de livre vontade, expresso atravs do consentimento informado.
3. Indivduos com condioo fsica e psicolgica que permita realizar o exame.
4. Exames realizados entre fevereiro e abril de 2024.

