



**Ganhos em saúde com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com  
DPOC**

**Fernando Jorge Almeida Costa**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre  
em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

**Orientada por:**

**Professora Doutora Carminda Morais**

**Professor Doutor Rui Assunção Esteves Pimenta**

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Vila Nova de Gaia, julho de 2016





**Ganhos em saúde com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com  
DPOC**

**Fernando Jorge Almeida Costa**

**Professora Doutora Carminda Morais  
Professor Doutor Rui Assunção Esteves Pimenta**

Vila Nova de Gaia, julho de 2016

## Resumo

A DPOC é uma patologia com elevada taxa de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade. Deste modo a enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional do doente com DPOC, pelo seu impacto na sua qualidade de vida.

O objetivo deste estudo é avaliar os ganhos em saúde nos doentes com DPOC que tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação, comparativamente com os doentes que não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação. Para a realização deste estudo foi aplicada a escala SF-36v2 nos meses de Maio a Julho de 2013, numa amostra de 80 doentes com DPOC, dos quais 40 tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação e 40 não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico, para conhecimento das características da amostra e o instrumento genérico de avaliação de qualidade de saúde SF-36vs2.

Os resultados obtidos no estudo demonstraram que o grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação obteve ganhos nas duas grandes dimensões da SF-36vs2, a componente física ( $p=0,002$ ) e a mental ( $p=0,003$ ).

Relativamente às intervenções do enfermeiro de reabilitação, houve ganhos em todas as dimensões à exceção do desempenho físico ( $p=0,130$ ) e emocional ( $p=0,114$ ). Nas dimensões restantes verificaram-se ganhos em saúde, tendo-se registado na função física ( $p=0,001$ ), dor corporal ( $p=0,002$ ), saúde geral ( $p=0,001$ ), vitalidade ( $p=0,001$ ), função social ( $p=0,005$ ) e saúde mental ( $p=0,002$ ).

No que concerne à influência das características sociodemográficas e à intervenção do enfermeiro de reabilitação no doente com DPOC, verificou-se que houve ganhos nas dimensões da SF-36vs2, no grupo etário dos 50-74 anos na função física ( $p=0,033$ ), saúde geral ( $p=0,018$ ) e vitalidade ( $p=0,012$ ), no sexo feminino em todas as dimensões sendo o valor máximo correspondente à dimensão desempenho físico ( $p=0,018$ ), nos casados exceto nas dimensões desempenho físico ( $p=0,107$ ) e desempenho emocional ( $p=0,088$ ) e nível de escolaridade superior básico excepto nas dimensões física ( $p=0,090$ ) e emocional ( $p=0,109$ ).

Deste modo, a intervenção do enfermeiro de reabilitação demonstrou ser um elo fundamental necessário e imprescindível nos cuidados diários ao doente com DPOC.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Enfermeiro de Reabilitação, DPOC.

## Abstract

COPD is a chronic disease with high morbidity rate of loss of quality of life and death. This rehabilitation nursing have a paper in maintaining the functional capacity of the patient with COPD, for its impact on their quality of life.

The aim of this study is to evaluate the gains in health in patients with COPD who had intervention of rehabilitation nurse, compared to patients who did not have intervention of rehabilitation nurse. For this study was applied to SF-36v2 scale in the months of May to July 2013, a sample of 80 patients with COPD, of which 40 had intervention of rehabilitation nurse and 40 do not have intervention of rehabilitation nurse.

A sociodemographic questionnaire, to knowledge of the characteristics of the sample and the generic instrument of health quality assessment SF-36vs2 was applied.

The results of the study demonstrated that the group rehabilitation nurse intervention gains obtained in the two large SF-36vs2, physical component ( $p = 0.002$ ) and mental ( $p = 0.003$ ).

Regarding the rehabilitation nursing interventions, there were gains in all dimensions except for the physical ( $p = 0.130$ ) and emotional ( $p = 0.114$ ). In the remaining dimensions there have been gains in health, and is recorded in physical function ( $p = 0.001$ ), bodily pain ( $p = 0.002$ ), general health ( $p = 0.001$ ), vitality ( $p = 0.001$ ), social function ( $p = 0.005$ ) and mental health ( $p = 0.002$ ).

Regarding the influence of sociodemographic characteristics and the intervention of rehabilitation nurse in patients with COPD, it was found that there were gains in the dimensions of the SF-36vs2 in the age group of 50-74 years in physical function ( $p = 0.033$ ) general health ( $p = 0.018$ ) and vitality ( $p = 0.012$ ) in females in all dimensions and the maximum amount corresponding to the size of physical performance ( $p = 0.018$ ), the married except in the dimensions physical ( $p = 0.107$ ) and emotional performance ( $p = 0.088$ ) and basic level of higher education except in physical dimensions ( $p = 0.090$ ) and emotional ( $p = 0.109$ ).

Thus, the intervention of rehabilitation nurse proved to be a key link necessary and indispensable in the daily care of the patient with COPD.

**Keywords:** Quality of life, Rehabilitation Nurse, COPD.

## Resumen

EPOC es una enfermedad crónica con alta tasa de morbilidad de la pérdida de la calidad de vida y la muerte. Enfermería de rehabilitación tiene un papel clave en el mantenimiento de la capacidad funcional del paciente con EPOC, por su impacto sobre su calidad de vida.

El objetivo de este estudio es evaluar los avances en salud en los pacientes con EPOC que tenían la intervención de la enfermera de rehabilitación, en comparación con los pacientes que no tuvieron intervención de la enfermera de la rehabilitación. Para este estudio se aplicó a escala SF-36v2 en los meses de mayo a julio de 2013, una muestra de 80 pacientes con EPOC, de los cuales 40 tenían la intervención de la enfermera de rehabilitación y 40 no tienen intervención de la enfermera de rehabilitación.

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, al conocimiento de las características de la muestra y el instrumento genérico de evaluación de la calidad de salud SF-36vs2.

Los resultados del estudio demostraron que las ganancias de intervención enfermera de rehabilitación grupo obtenidos en los dos grandes SF-36vs2, componente físico ( $p = 0,002$ ) y mental ( $p = 0,003$ ).

En cuanto a las intervenciones de enfermería de rehabilitación, hubo ganancias en todas las dimensiones excepto para la física ( $p = 0,130$ ) y emocional ( $p = 0,114$ ). En las restantes dimensiones se han producido avances en salud, y se registra en la función física ( $p = 0,001$ ), dolor corporal ( $p = 0,002$ ), la salud general ( $p = 0,001$ ), vitalidad ( $p = 0,001$ ), función social ( $p = 0,005$ ) y salud mental ( $p = 0,002$ ).

En cuanto a la influencia de las características sociodemográficas y la intervención de la enfermera de rehabilitación en pacientes con EPOC, se encontró que hubo ganancias en las dimensiones del SF-36vs2 en el grupo de edad de 50-74 años en la función física ( $p = 0,033$ ) la salud general ( $p = 0,018$ ) y la vitalidad ( $p = 0,012$ ) en las mujeres en todas las dimensiones y la cantidad máxima correspondiente al tamaño de rendimiento físico ( $p = 0,018$ ), el casado excepto en las dimensiones físicas ( $p = 0,107$ ) y el rendimiento emocional ( $p = 0,088$ ) y el nivel básico de la educación superior, excepto en las dimensiones físicas ( $p = 0,090$ ) y emocional ( $p = 0,109$ ).

Por lo tanto, la intervención de la enfermera de rehabilitación resultó ser un eslabón clave necesaria e indispensable en el cuidado diario del paciente con EPOC

**Palabras clave:** Calidad de vida, Enfermera de Rehabilitación, EPOC.

“A esperança é uma arma poderosa e nenhum  
poder do mundo pode privar-te dela”.

(Mandela, 1969)

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores Professora Doutora Carminda Morais e Professor Doutor Rui Pimenta que me ensinaram sempre e de forma incansável os melhores caminhos para conseguir concluir esta etapa da minha vida.

Ao Professor Doutor Paulo Bettencourt, pela abertura e disponibilidade sem o qual não teria sido possível proceder a esta investigação.

A todos os meus colegas de serviço, que sempre me apoiaram e nunca me deixaram desistir nos momentos mais complicados.

A todos os Enfermeiros do Serviço de Medicina A1, A2, A3 e A4, que me ajudaram na realização deste estudo, e em particular aos colegas da Reabilitação, que foram uma ajuda imprescindível.

A todos os doentes que participaram neste estudo, muito obrigado pela sua disponibilidade e ajuda.

Naturalmente a toda a minha família em particular à minha esposa Joana, pelo apoio incondicional, e pela sua paciência, perseverança, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Meu Filho Tomás que nasceu durante a realização deste projeto, pelo tempo privado de diversão, camaradagem e aprendizagem, e ao meu Filho Francisco, que vai nascer e muito me motivou. Aos Meus Pais Fernando e Conceição, por estarem sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, só possível, graças ao vosso apoio integral e absoluto na minha vida. Aos Meus Sogros Almiro e Teresa pela sua tenacidade. À minha Avó Landinha, que foi um dos pilares para conseguir chegar aqui e aos que partiram e já não se encontram entre nós.

E por fim a todos aqueles que direta e indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

A todos muito obrigado.

### **Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas**

CIPE	Classificação Internacional Prática de Enfermagem
CM	Centímetros
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CHSJ	Centro Hospitalar São João
DC	Dor corporal
DE	Desempenho Emocional
DF	Desempenho Físico
DGS	Direcção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FEV1	Forced expiratory volume in 1 second
FF	Função Física
FS	Função Social
FVC	Forced vital capacity
Gold	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GSA	Gasimetria Arterial
Interv	Intervenção
MAX	Máximo
MIN	Mínimo
MOS SF-36vs2	Medical Outcomes Study Short Form Health Survey – 36 Item (version 2)
n.º	Número
NCDs	Noncommunicable Diseases
ONDR	Observatório Nacional de Doenças Respiratórias
QdV	Qualidade de Vida

SG	Saúde Geral
SM	Saúde Mental
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VT	Vitalidade
WHO	World Health Organization

## Índice

Introdução.....	1
Parte I. Constructos norteadores da pesquisa.....	4
1. A doença pulmonar obstrutiva crónica .....	5
1.1. Anatomia e fisiologia pulmonar .....	6
1.2. Epidemiologia.....	7
1.3. Conceito e fisiopatologia.....	8
1.4. Sinais e sintomas.....	9
1.5. Diagnóstico e tratamento.....	9
2. A DPOC em Portugal.....	12
3. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC .....	17
3.1. Enfermagem de reabilitação .....	17
3.2. Cinesiterapia respiratória.....	22
3.3. Qualidade de vida da pessoa com DPOC .....	25
3.4. A importância do autocuidado no doente com DPOC .....	29
3.5. Intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com DPOC .....	31
Parte II. Trabalho Empírico .....	33
4. Metodologia.....	34
4.1. Formulação do problema e questão de investigação .....	34
4.2. Tipo de estudo.....	35
4.3. Amostra .....	35
4.4. Variáveis .....	36
4.4.1 . Variável dependente.....	37
4.4.2. Variáveis independentes.....	37
4.5. Hipóteses .....	38
4.6. Recolha e tratamento de informação.....	39
4.7. Tratamento estatístico .....	43

4.8. Princípios éticos e legais.....	45
5. Resultados.....	47
5.1. Caracterização sócio-demográfica e clínica.....	47
5.2. Propriedades psicométricas do instrumento.....	52
5.3. Estudo de hipóteses.....	54
6. Discussão dos resultados.....	65
Conclusões, limitações e sugestões.....	71
Referências bibliográficas.....	73
Anexos.....	84
Anexo I- Questionário socio-demográfico.....	85
Anexo II -Questionário de estado de saúde (sf-36v2).....	89
Anexo III - Autorização do conselho de administração e parecer da comissão de ética.....	94

## Índice de tabelas

Tabela 1. Classificação da DPOC por Gravidade .....	10
Tabela 2. Prevalência da DPOC em Portugal.....	12
Tabela 3. Indicadores de mortalidade relativos à DPOC em Portugal Continental (2008 a 2012) .....	15
Tabela 4. Internamentos de Doentes Com DPOC por Região e Ano .....	16
Tabela 5. Dimensões da escala da SF-36v2 e respetivos itens, valores, fatores de transformação e limites obtidos .....	42
Tabela 6. Caraterização sociodemográfica por grupos .....	49
Tabela 7. Frequência e percentagem variáveis clínicas por grupos .....	51
Tabela 8. Consistência Interna dos itens do SF-36v2 por função .....	52
Tabela 9. Teste da Normalidade Coeficiente Assimetria-Curtose das variáveis em estudo .....	53
Tabela 10. Matriz de correlações de Pearson entre as escalas do SF-36v2.....	54
Tabela 11. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística componentes saúde física e saúde mental SF-36v2.....	55
Tabela 12. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística dimensões SF-36v2.....	56
Tabela 13. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística SF-36v2 por grupo etário .....	58
Tabela 14. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 por sexo .....	60
Tabela 15. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 por estado marital.....	62
Tabela 16. Teste <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 nível de escolaridade .....	64

## Introdução

Nos dias de hoje, cada vez mais se ouve falar em DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica), pois trata-se de uma patologia responsável por uma elevada taxa de morbilidade, e consequentemente, responsável pela perda de qualidade de vida e mortalidade. De acordo com a WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020, 63 milhões da população mundial morrem com doença respiratória crónica, doença cardiovascular, cancro, e diabetes (World Health Organization, 2013).

A DPOC é uma patologia complexa e muitas vezes difícil de controlar, já que, a deficiência a nível respiratório afeta várias componentes do ser humano impossibilitando-o de desempenhar as mais básicas necessidades de vida diária, sendo também responsável por um impacto físico, psicossocial e até mesmo financeiro para a pessoa portadora desta doença, e todo o seu meio envolvente, nomeadamente a família e a comunidade onde se insere e desenvolve determinados papéis. Neste sentido, torna-se fundamental que haja um cuidar especial na área da saúde, desempenhando a Enfermagem de Reabilitação, uma função essencial na melhoria da qualidade de vida destas pessoas que vêm ameaçada e até mesmo destruída a sua existência.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental na vida do doente, na sua reinserção como um ser holístico, ou seja “reabilitar não significa curar; implica em não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. (...) Reabilita-se a pessoa, o ser humano na sua magnitude física, emocional e social” (Mancussi & Faro, 2006, p.129).

O enfermeiro é deveras, o elemento mais próximo do doente, que mais horas dispensa para dar atenção em todo o processo de doença, processo este que vem alterar o normal decorrer do quotidiano da pessoa, uma vez que, as suas rotinas diárias estão alteradas e se encontra num meio estranho e desconhecido que o aterroriza.

A pessoa com DPOC necessita da colaboração do enfermeiro de reabilitação para o ajudar a maximizar o seu potencial funcional e alcançar a independência física, emocional e social, alteradas em consequência da sua patologia. O enfermeiro é capaz de encarar a pessoa com DPOC como um ser holístico, e tem consciência que cuida de uma pessoa que possui sentimentos e vontades próprias, sendo capaz de estabelecer um programa de intervenção único e individual que possibilite a pessoa a encontrar mecanismos de adaptação para a realização de necessidades básicas para a vida como tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se e usar o sanitário.

Cada vez mais, se procura ajudar estas pessoas a adquirirem autonomia para o desempenho das suas atividades de vida diária e a conseguirem melhorar a sua qualidade de vida, por isso, se pensarmos um pouco sobre a investigação em enfermagem, podemos dizer que esta poderá dar importantes contributos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A escolha deste tema surgiu, tendo em conta que no nosso contexto de trabalho, frequentemente nos deparamos com pessoas com DPOC, que têm internamentos repetidos num curto espaço de tempo, devido a sintomas da doença exacerbados que lhes provocam grandes dificuldades no desempenho das atividades de vida diária. Deste modo, é fulcral a intervenção do enfermeiro de reabilitação quer na identificação das áreas de intervenção específicas, quer na execução de ensinamentos que possam ajudar a pessoa a readaptar-se e a arranjar estratégias de atuação.

Nesta linha de pensamento Martins (2003) refere que a enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional do doente, dado tratar-se de uma vertente em saúde de maior importância, pelo seu impacto na sua qualidade de vida. Perante este facto, corrobora-se e defende-se este novo paradigma e deste modo, o presente estudo tem como principal objectivo avaliar os ganhos em saúde nos doentes com DPOC submetidos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

Definiu-se como objectivos específicos deste estudo perceber se os doentes com DPOC que são submetidos a cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação registam percepções mais satisfatórias nas diversas dimensões do seu estado de saúde do que, os que apenas são submetidos aos cuidados gerais de Enfermagem.

Simultaneamente pretendeu-se também perscrutar e explorar as relações entre as percepções do estado de saúde e outras variáveis independentes com exequível papel preditivo de influência que pudessem explicar essa relação como sendo a idade, o sexo, estado marital, e o nível de escolaridade.

A investigação nesta área pode ajudar a explicar, predizer e controlar o fenómeno, tornando-se útil, necessária e fundamental para o desenvolvimento e afirmação do enfermeiro de reabilitação. Desta forma, sentimos a constante necessidade de evoluir e desenvolver novos conhecimentos, de modo a cimentarmos credibilidade e valorização social.

Face a toda a problemática envolvida no desempenho das atividades de vida diária da pessoa com DPOC, foi realizado um estudo do tipo “*quasi experimental*” no Centro Hospitalar São João E.P.E. numa amostra de 80 doentes, dos quais 40 apenas tiveram prestação de cuidados gerais de Enfermagem nos serviços de medicina A1 e A2 e nos serviços de medicina

A3 e A4 40 doentes que tiveram, para além dos mesmos cuidados acresceram a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte da qual consta os constructos norteadores da pesquisa, onde foi inserida a revisão bibliográfica da literatura que tem como principal objetivo clarificar alguns conceitos como DPOC, qualidade de vida e enfermeiro de reabilitação. E uma segunda parte onde se encontra o trabalho empírico, o qual descreve a metodologia utilizada e o processo para a realização do estudo que vai desde a seleção da amostra até ao tratamento estatístico dos dados e discussão dos resultados. No fim do trabalho consta a conclusão e a bibliografia.

Seria fundamental que este estudo contribuísse uma alternativa ou alternativas de solução para toda problemática associada à DPOC, uma vez que, esta patologia traz muitas limitações no quotidiano da pessoa e seria essencial que todos pudessem melhorar a sua qualidade de vida de forma que permita desempenhar as necessidades básicas do dia a dia, essenciais à sobrevivência.

## **Parte I. Constructos norteadores da pesquisa**

## 1. A doença pulmonar obstrutiva crónica

A DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) é uma patologia que pelas suas características, é causa de uma elevada taxa de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade. É ainda, causa de elevada dependência quer individual, quer familiar e partindo do pressuposto que a prevalência vai continuar de forma crescente, prevê-se um maior peso no orçamento de estado, por um lado devido às reformas antecipadas por incapacidade, por outro devido a consequentes atestados médicos (Araújo, 2011).

Pensa-se que em 2030 a Doença Pulmonar Obstrutiva crónica (DPOC) será a terceira causa de mortalidade a nível mundial, fundamentalmente devido ao aumento da longevidade e ao aumento do consumo de tabaco (World Health Organization, 2008).

De acordo com Aguiar (2010) e Direção Geral da Saúde (2005) a prevalência da DPOC aumenta com a idade, como demonstra o estudo realizado por Kerkoski, Borenstein e Silva (2010).

A Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006), define a DPOC como uma condição patológica expressa por uma restrição do débito aéreo que não é completamente reversível. A restrição ventilatória é geralmente evolutiva e está agregada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos.

A mortalidade e a morbilidade na DPOC são uma das principais causas com maior destaque a nível económico e social segundo Mannino (2009).

A DPOC só é compreendida se tivermos consciência de que a pessoa saudável quando inspira provoca um aumento do diâmetro das vias aéreas e quando expira estas diminuem, num doente com DPOC a diferença é que esta diminuição é mais exacerbada, provocando um aumento de resistência aquando à saída do ar (Rhoades & Bell, 2008).

A DPOC é caracterizada por alterações funcionais do pulmão que podem ser visíveis a nível radiológico, e podem ser classificadas como enfisema pulmonar e bronquite crónica (Bethlen, 2002).

Na DPOC estão englobadas o enfisema que é diagnosticado devido á destruição e dilatação dos alvéolos pulmonares e bronquite crónica que tem como sintomatologia tosse crónica e expetoração normalmente purulenta (Reilly, Silverman, & Shapiro, 2012).

A bronquite crónica consiste na produção exacerbada de muco pela árvore brônquica, sendo apenas diagnosticada quando há presença de expetoração durante todos os dias em pelo menos três meses no mesmo ano, num período de dois anos consecutivos.

Os fatores predisponentes são o consumo de tabaco, a exposição a um ambiente poluído e a microrganismos suscetíveis de infeção durante um longo período de tempo.

O enfisema pulmonar consiste no aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes. O pulmão com enfisema tem perda de paredes alveolares com destruição de partes do leito capilar. As pequenas vias aéreas encontram-se em vasoconstrição. As principais causas são o consumo do tabaco, poluição e a deficiência de Alfa 1 - antitripsina (Scanlan, Wilkins & Stoller, 2000).

A bronquite crónica e o enfisema pulmonar apesar de serem duas doenças distintas são vistas como uma única doença DPOC, por na maioria dos casos se manifestarem simultaneamente no mesmo doente o que leva a que os sintomas sejam similares (Jardim, Oliveira, & Nascimento, 2005).

### **1.1. Anatomia e fisiologia pulmonar**

Os pulmões são dois volumosos órgãos, esponjosos, de cor cinza azulada que ocupa o interior da caixa torácica. Segundo Seely, Stephens e Tate (2003), os pulmões sadios durante a vida são normalmente claros e amolecidos e esponjosos. São muito elásticos e são radio-transparentes, têm forma cónica e o seu vértice situa-se acima da clavícula, estando apenas protegidos neste ponto por tecidos moles. A sua base situa-se ao nível da 12<sup>a</sup> costela, é ampla, côncava e apoiada no diafragma. Ainda segundo o mesmo autor cada pulmão tem três faces – a costal, a mediastínica e a diafragmática. Os pulmões estão envolvidos por 2 folhetos designadamente pleura parietal e pleura visceral que constituem as membranas pleurais. A pleura parietal cobre a parede torácica interna e a pleura visceral reveste a superfície do pulmão acompanhando também as suas fissuras.

Entre as duas membranas existe um espaço virtual, lubrificado por uma camada fina de líquido seroso que as mantém humedecidas e aderentes. Possuem vascularização sanguínea e linfática através da qual o líquido é segregado e absorvido mantendo uma quantidade constante. Para Rubin (2006), o fluxo parietal desempenha duas funções: 1) lubrificante, permitindo o deslizamento das membranas à medida que o tórax modifica a sua forma durante a respiração e 2) ajuda a manter as membranas pleurais juntas.

No espaço interpleural existe pressão negativa - pressão interpleural que oscila normalmente de -4 cm de água à expiração e -10 cm de água à inspiração profunda podendo, no entanto, gerar uma pressão de -12 a -18 cm de água com uma inspiração profunda.

A respiração consiste, em sentido lato, no processo de trocas gasosas (oxigénio e dióxido de carbono) nos dois sentidos, entre o ar ambiente e as células do organismo. O conceito de respiração engloba os componentes pulmonares (fornecimento), circulatório (transporte) e metabólico (utilização) (Seely et al., 2003).

A perfusão capilar pulmonar é diretamente influenciada pelo balanço de três forças: a pressão arterial, a pressão alveolar e a pressão venosa (Robbins & Cotran, 2006).

A respiração é o fenómeno através do qual se permuta o oxigénio e o dióxido de carbono a nível alveolar e consiste na passagem do oxigénio dos alvéolos para o sangue dos capilares pulmonares através da membrana alvéolo-capilar. Os centros inspiratórios e expiratórios localizados no bulbo e na ponte controlam a frequência e profundidade da ventilação para satisfazer as necessidades metabólicas do organismo (Rubin, 2006).

## **1.2. Epidemiologia**

A nível mundial estão identificados 210 milhões de pessoas com DPOC diagnosticada, sendo que em 2005 morreram 3 milhões de pessoas com DPOC e prevê-se que em 2030 a DPOC seja a 3ª causa de morte no mundo (World Health Organization, 2008).

A prevalência revela que a estimativa para 2020 é a de que a DPOC será a terceira causa de morte em Portugal (World Health Organization, 2008).

Segundo Mathers e Roncar (2006), em 2030, a DPOC corresponde a 7,8% da taxa de mortalidade e 29% destina-se a mortes relacionadas com hábitos tabágicos, sendo que estes valores só serão ultrapassados por 33% com as neoplasias e 29% com as doenças cardiovasculares.

Os hábitos tabágicos são um dos maiores fatores precipitantes para o desenvolvimento da DPOC, como o demonstram vários estudos (Pinto, González, Arenillas, Nogueras & Gómez, 2010; Carneiro, Sousa, Pinto, Almeida, Oliveira & Rocha, 2010; Arregui, Ezquerra e López, 2007).

A DPOC nos Estados Unidos é diagnosticada a 13,5% da população sendo que na sua maioria é sobre a forma de ligeira e moderada de acordo com Mannino & Buist (2007), na Europa a prevalência oscila entre os 2 e 10% (Franchi, 2010).

Em Portugal 40% da população tem uma doença respiratória, pelo que 25% tem rinite, 10% asma e 14,2% DPOC, sendo que maioritariamente têm mais de 40 anos (Direção Geral da Saúde, 2012a).

O aumento do número de pessoas com DPOC é proporcional à idade e ao aumento do consumo de tabaco. Deste modo, verifica-se que a prevalência é de 2% na faixa etária entre os 40 e os 49 anos, 10,2% entre os 50 e os 59 anos, e 30,8% acima dos 70 anos (Direção Geral da Saúde, 2012).

A prevalência da doença em termos de sexo tem vindo a ser apontada de forma não consensual. Assim, alguns estudos referem o predomínio da DPOC no sexo masculino

(Moreira, 2009; Dourado, Antunes, Carvalho, & Godoy, 2004; Couto, 2010), no entanto outros realçam a igualdade de probabilidade de ser diagnosticada DPOC em ambos os sexos (Pessôa & Pessôa, 2009).

A prevalência de doentes com DPOC, em Portugal, em 2003, era de 5,34% (Araújo, 2007).

Deste modo, a DPOC irá ser sempre motivo de debate nas estatísticas mundiais, com o objetivo de análise e implementação de medidas de combate aos fatores de risco da doença, em especial da população mais jovem de redução, de modo que a redução da taxa de prevalência seja efetiva.

### **1.3. Conceito e fisiopatologia**

A DPOC pode ser diagnosticada em todos os doentes com sintomatologia de tosse, dispneia, expectoração frequente ou antecedentes de exposição a fatores de risco. Porém, para um diagnóstico concreto deve ser efetuada uma espirometria com o objetivo de confirmar uma diminuição do fluxo aéreo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007).

A limitação da ventilação é progressiva e está geralmente associada a um processo inflamatório dos brônquios, provocado por uma ação contínua de substâncias irritantes como o tabaco, a poluição atmosférica e repetidas infeções virais e bacterianas (Bárbara, Cruz & Gomes, 2013).

A inflamação brônquica provoca edema da membrana mucosa alveolar, aumentando a produção de muco e sua mobilidade pelos cílios. Consequentemente, o diâmetro brônquico diminui dificultando a ventilação e aumentando a susceptibilidade para infeções, permitindo um meio favorável à proliferação de bactérias pelas secreções mucosas no lúmen dos brônquios, podendo acontecer a ulceração e a destruição da parede brônquica. As vias aéreas mais estreitas podem ficar completamente obstruídas enquanto outras poderão dilatar-se. Este ciclo torna-se vicioso promovendo uma maior retenção de secreções, o que aumenta o número de bactérias. (Phipps, Sands, & Marek, 2003). A alteração de ventilação – perfusão na membrana alvéolo – capilar vai diminuir a quantidade de ar oxigenado que chega aos alvéolos. As atelectasias podem surgir e diminuem ainda mais a área disponível para as trocas gasosas. Numa fase mais avançada da doença, pode verificar-se a descompensação ventricular direita originando o “*cor pulmonale*” (Phipps et al., 2003).

#### **1.4. Sinais e sintomas**

De uma forma genérica os sintomas da DPOC são: tosse produtiva, dispneia, ansiedade, confusão mental (pela hipoxia cerebral), anorexia e conseqüente emagrecimento, fadiga crónica, limitação na realização das atividades da vida diária e infeções respiratórias de repetição.

Não há cura para a DPOC, no entanto, o tratamento precoce da sintomatologia e evitar ou anular fatores de risco como deixar de fumar, podem contribuir para uma contínua melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Com as alterações climáticas, nomeadamente no início do Inverno, as crises tendem a exacerbar-se, daí que a vacinação anti gripe seja fundamental. Respeitar o tratamento prescrito pelo médico assistente, seguir uma dieta equilibrada, hidratação adequada e evitar ambientes poluídos são cruciais para viver melhor com a DPOC (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2006).

#### **1.5. Diagnóstico e tratamento**

Para um diagnóstico correto da DPOC, devem ter-se em conta as alterações referidas pela pessoa doente, bem como o tempo de exposição a substâncias irritantes, como o fumo do tabaco. O clínico pode pedir exames radiológicos e hematológicos, GSA para quantificar a percentagem de Oxigénio no sangue, análise à expectoração e testes de avaliação da função pulmonar (Phipp et al., 2003). No entanto, o *Gold Standart* para o diagnóstico e avaliação da DPOC é a espirometria, para determinar se há limitação obstrutiva do fluxo aéreo. A limitação existe se, não é reversível após administração de broncodilatador. Este exame consiste então, em avaliar a função pulmonar, medindo os volumes e fluxos pulmonares aéreos e, considera-se que há obstrução, se a relação FEV1/FVC for inferior a 70% após administração de broncodilatador (Bárbara et al., 2013). A Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2011) definiu quatro graus de severidade da DPOC.

Tabela 1. *Classificação da DPOC por Gravidade*

---

Grau I:	DPOC Ligeira – Ligeira limitação ventilatória – $FEV_1/FVC < 0.70$ mas $FEV_1 \geq 80\%$ do previsível, e em regra, mas não sempre, tosse crónica e produção de expectoração
Grau II:	DPOC Moderada – Limitação de ventilação agravada - $FEV_1/FVC < 0.70$ mas $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ do previsível, os sintomas aumentam de intensidade e frequência. Por esta razão muitos doentes procuram ajuda médica nesta fase.
Grau III:	DPOC Grave – Limitação ventilatória grave $FEV_1/FVC < 0.70$ mas $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ do previsível ou presença de insuficiência respiratória ou sinais clínicos de insuficiência cardíaca direita. Neste estágio, a qualidade de vida está consideravelmente diminuída e as crises podem pôr a vida em perigo.
Grau IV:	DPOC Muito Grave – $FEV_1/FVC < 0.70$ mas $FEV_1 < 30\%$ ou $FEV_1 < 50\%$ da previsível insuficiência respiratória associada.

---

Fonte: Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention, 2011

Quanto mais precoce for o diagnóstico desta patologia, maior será a possibilidade de retardar a sua evolução. Logo, a espirometria deve ser feita o mais precoce possível, para avaliar a gravidade da doença e instaurar um tratamento adequado (Bárbara et al., 2013).

Deixar de fumar deve ser o primeiro passo da pessoa com DPOC. Se a dificuldade do abandono for grande, deve procurar ou ser encaminhada para a consulta anti – tabágica.

O uso de broncodilatadores é essencial para o tratamento e podem ser utilizados tanto por via oral (comprimidos e xaropes) como inalatória, sendo estes mais eficazes e apresentando menos efeitos secundários.

Os corticosteroides são mais utilizados em exacerbações agudas e em graus mais avançados (III e IV) da doença.

Na maioria dos casos os diagnósticos tardios, por vezes sem sintomatologia, levam a uma progressão rápida da doença para graus III e IV, o que está de acordo com o estudo de Carneiro et al. (2010) evidencia-se uma taxa de prevalência elevada no GOLD III.

A oxigenoterapia domiciliária também poderá ser necessária, nomeadamente quando a doença atinge o grau IV. Deve ser feita diariamente e durante um período nunca inferior a 15 horas por dia, o que é corroborado pelo estudo de Wedzicha & Martinez (2009), devido às alterações provocadas ao nível pulmonar, sendo estas de carácter progressivo e irreversível.

A reabilitação respiratória é fundamental não só para ajudar a eliminar a maior quantidade possível de secreções, diminuindo a sintomatologia, mas também para que o doente adquira um maior fortalecimento físico e de readaptação ao esforço, diminuindo as suas limitações e a incapacidade, melhorando a sua qualidade de vida. O plano nacional de saúde 2012-2016 preconiza que deverão ser construídas condições para que os doentes com DPOC tenham acesso a cuidados de reabilitação e à rede de cuidados continuados (Direção Geral da Saúde, 2012b).

Estes doentes não devem esquecer que uma alimentação e uma hidratação adequadas são essenciais, assim como a vacina anti – gripe que deve ser administrada anualmente.

Em situações de exacerbação da doença, o internamento é quase sempre inevitável. Por vezes este agravamento vem associado a infeções respiratórias, sendo necessária a utilização de antibióticos para o seu tratamento. Em termos de prevenção, evitar o fumo do tabaco e outros agentes poluentes é a única forma de prevenir a DPOC. Por outro lado, também se deve evitar o contacto com pessoas que apresentam infeções respiratórias (Phipps et al., 2003).

## 2. A DPOC em Portugal

A atual situação económica em Portugal assenta na dicotomia das convergências e das divergências que se intercetam entre a avaliação clínica e a avaliação económica.

A constante necessidade de encarar os problemas e os seus fins nos diferentes contextos, mercados e agentes que imperam na saúde, reforçam esta ideia emergente da economia da saúde (Barros, 2006). Consequentemente as atuais propostas de reforma, reforçam a ideia de que a gestão e a utilização dos recursos disponíveis devem ser rigorosas, de forma a assegurar a igualdade na utilização correta dos serviços (Ferreira, 2005).

Sendo uma doença crónica, os custos da DPOC devem-se em grande medida ao tratamento e cronicidade, que inclui um alargado número de fatores, que vão desde os fármacos até aos custos com a criação e manutenção das unidades de saúde.

A redução da produtividade traduz-se pelas baixas prolongadas, reformas precoces e pensões por invalidez, representando custos elevados. Para a avaliação económica do impacto da DPOC devem ser consideradas duas parcelas, os custos diretos que incluem despesas médicas e não-médicas associadas à doença, e os custos indiretos que refletem as perdas causadas pela cessação ou pela redução da produtividade (Campos, 2004).

Reforçando esta linha de pensamento e de acordo com Martins (2013), os doentes com DPOC são maioritariamente reformados.

De acordo com Borges et al. (2009) os custos estimados com os doentes com DPOC deverão atingir os 242 milhões de euros, dos quais 197 são atribuídos ao tabaco, em Portugal.

Tabela 2. *Prevalência da DPOC em Portugal*

	Homens (%)	Mulheres (%)
5 - 14 anos	0,01	0,17
15 - 29 anos	0,10	2,70
30 - 44 anos	2,10	2,40
45 - 59 anos	4,60	2,50
60 - 69 anos	13,70	6,20
70 - 79 anos	21,10	10,30
80 e + anos	25,10	14,00
Todas as idades	5,267	4,031

Fonte: Borges et al. (2009)

Em países desenvolvidos, exacerbações da DPOC respondem pelo maior impacto que no sistema de saúde. Custos por paciente variam de acordo com o país, pois esses custos dependem de como o sistema de saúde é disponibilizado e sustentado. Como se poderia esperar, existe uma relação direta marcante entre a gravidade da DPOC e os custos com cuidados médicos, além de que a distribuição das despesas muda com o avanço da doença. A presença da DPOC eleva consideravelmente o custo total com cuidados dos pacientes, especialmente quando considerados os pacientes internados.

As despesas médicas diretas são geradas pela prevenção, pelo tratamento e pela reabilitação, ou seja por serviços hospitalares, atendimento médico, fármacos e testes de diagnóstico. As despesas diretas não-médicas incluem os gastos com o transporte de ida de volta ao local de atendimento, aluguer ou compra de equipamentos e de serviços utilizados em casa, como nebulizador, cadeira de rodas, dietas especiais e acompanhamento.

Os custos indiretos incluem os gastos com programas de prevenção e as perdas com a baixa produtividade dos utentes e por vezes dos seus familiares. Como o capital humano é geralmente a aquisição nacional mais importante para países em desenvolvimento, os custos indiretos da DPOC podem representar sérias ameaças às suas economias.

Os benefícios económicos da reabilitação respiratória só recentemente começaram a ser analisados, mas estão descritos benefícios na diminuição das exacerbações, nos internamentos, na duração do internamento nas visitas médicas domiciliárias e na quantidade da medicação (Pamplona, 2006).

Segundo Griffiths et al. (2004) o custo/benefício da reabilitação depende crucialmente do local onde é instituído. Os programas sob internamento tendem a aumentar os custos, os programas instituídos em regime de ambulatório são menos dispendiosos para os serviços de saúde.

Desta forma os enfermeiros de reabilitação, constituem-se atualmente como alternativas credíveis, para a racionalização dos cuidados, uma vez que prestam cuidados especializados, que permitem obter uma melhoria quer da avaliação económica, quer clínica, uma vez que a sua atuação se vai traduzir na diminuição do número de internamentos e reinternamentos, maior autonomia nas atividades de vida diárias, maior independência funcional, maior satisfação e melhor qualidade de vida do cliente. Esta aposta na racionalização dos recursos especializados disponíveis, repercute-se na forte influência do pensamento económico nas diversas alterações estruturais das reformas da administração pública, como forma de reduzir os gastos (Escoval, 2003).

Desta forma toma especial relevo o conceito de avaliação económica, que é descrita como um processo que leva os diversos intervenientes a delinear e organizar as suas escolhas de forma explícito, salientando-se que esta apenas informa sobre as decisões tomadas, não tendo caráter prescritivo (Freitas, 2005).

O mesmo autor menciona também o princípio da otimização como o elemento fulcral com vista à maximização de um produto num orçamento em saúde, mas também em sentido inverso pela redução de custos para um determinado resultado.

Freitas (2005) descreve ainda quatro tipos de avaliação económica em cuidados de saúde: a análise de minimização de custos, a análise do custo-efetividade, a análise do custo-utilidade e a análise do custo-benefício. Através do cálculo da análise do custo-utilidade que é um tipo específico de análise de custo-efetividade, na qual o denominador é medido em termos do ganho de vida ajustados à qualidade, vai permitir verificar os ganhos em saúde obtidos pela intervenção dos cuidados dos enfermeiros de reabilitação. Ou seja, este tipo de análise económica, é medida pelo nível de satisfação do paciente, consideram-se a relação entre os custos da intervenção do enfermeiro de reabilitação e os seus benefícios medidos pela qualidade de vida relacionada à saúde.

Atualmente os gestores hospitalares, numa ótica de rentabilização de recursos humanos e otimização de resultados, perante a existência de cuidados especializados dos enfermeiros de reabilitação, e baseando-se numa análise do custo-utilidade concreta, e cada vez mais sólida, consideram apenas um único efeito de interesse que é comum a todas as opções. Anos de vida ganhos, dias de incapacidade evitados, são o reflexo do custo-utilidade dos enfermeiros de reabilitação no atual contexto socioeconómico atual, com evidentes ganhos em saúde.

Em suma os enfermeiros de reabilitação assumem um papel primordial na gestão da doença crónica, no doente com DPOC, e na atual gestão hospitalar dos sistemas de saúde, e na minimização de custos e otimização de resultados.

Deste modo e efetuando uma análise económica de acordo com a Direção Geral da Saúde (2013), os custos tangíveis em Portugal inerentes com a DPOC, aumentaram cerca de 20% representando um custo superior a 25 milhões de euros, correspondendo a um aumento de 39.2%, sendo que o custo por doente internado teve um aumento de 16%.

Anualmente, a DPOC, tem sido responsável pela perda de mais de 74 000 anos de vida agrupados por grau de incapacidade. Relativamente aos custos diretos, prevêem-se que os custos anuais em regime de ambulatório destes doentes seja superior a 240 milhões de euros (Borges e tal., 2009).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da Direção Geral da Saúde (2012a) em 2008 o número de internamentos é de 10132 e correspondem a 97383 dias de internamento, sendo que destes houve 716 óbitos. Relativamente a 2005 e 2007 o número de doentes internados teve um decréscimo, o que se refletiu com a diminuição da taxa de letalidade em 2008 de 7,1%.

A partir de 2008 até 2012 houve um aumento exponencial da taxa de mortalidade nos doentes com DPOC (Direção Geral da Saúde, 2014).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2014), relativamente ao ano de 2012, apesar do aumento do número de mortes, constata-se que houve ganhos em saúde, sendo estes consequência da diminuição do número de anos de vida perdidos, relativamente a 2010, como se pode constatar na tabela referenciada abaixo.

Tabela 3. *Indicadores de mortalidade relativos à DPOC em Portugal Continental (2008 a 2012)*

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa Bruta de Mortalidade	6,5	6,7	6,8	6,8	7,6
Taxa Bruta de Mortalidade padronizada	3,7	3,6	3,6	3,4	3,7
Taxa Mortalidade padronizada <65anos	X	0,4	0,5	0,6	0,5
Taxa Mortalidade padronizada ≥65anos	X	29,1	28,2	26,8	29,5
Taxa anos potenciais de vida perdidos	11,8	8,2	10,5	10,2	9,4
Anos potenciais de vida perdidos	1.043	725	925	885	808

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2014)

A DPOC tem sido ao longo dos anos a principal causa de internamentos, registando em 2012 um total de 8967 internamentos, o que representa um ligeiro decréscimo até 2011, no entanto verifica-se que no ano de 2012 houve um aumento do número de internamentos em Portugal, como se pode verificar na Tabela 3 (Araújo, 2013).

Tabela 4. *Internamentos de Doentes Com DPOC por Região e Ano*

Região/Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	3882	4161	4398	4166	3679
Centro	2274	2296	2042	2009	2003
Lisboa e Vale do Tejo	3366	2855	2974	3308	2760
Alentejo	396	382	330	274	281
Algarve	189	248	217	232	244
Total	8771	8646	8366	8089	8967

Fonte: Araújo (2013)

De facto o grande indicador de encargos com a DPOC em Portugal são os internamentos hospitalares, delineando-se ao longo destes anos como um grave problema de saúde público e económico. De facto o impacto económico da DPOC é grande, quer para o doente quer para as entidades governamentais. Além dos custos diretos relacionados com internamentos e medicação, a DPOC conduz a uma falta de resistência física, absentismo e morte precoce, originando gastos suplementares para a família e doente. Além disso, a necessidade de internamentos frequentes e exponenciais como se pode verificar na Tabela 4, medicação e oxigenoterapia causam um forte impacto económico no nosso país.

Os doentes portadores da DPOC são maioritariamente casados e de baixa escolaridade, o que leva a acarretar maiores custos as famílias e sistema nacional de saúde. Este facto é corroborado com os estudos realizados por Couto (2010), Pereira (2009), Vargas et al. (2001).

Portanto, torna-se imperativo a intervenção dos enfermeiros de reabilitação, através da implementação programas de cinesiterapia respiratória, de forma a se poder obter uma maior eficácia e eficiência económica em ganhos de saúde, o que se traduzirá naturalmente num decréscimo da despesa pública relativamente a esta doença que em Portugal é de elevada prevalência, com índices de mortalidade e morbidade preocupantes sendo também responsável por grande número de doentes com incapacidade significativa.

Os programas de reabilitação produzem benefícios para a saúde a custos geralmente analisados como rentáveis e devem ser vistos como custo/eficazes. Assim, a evidência atual justifica o investimento em serviços de reabilitação respiratória em doentes com incapacidade por doença respiratória crónica (Campos, 2004).

### **3. Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC**

Cuidar é um conceito e fenômeno universal que está presente no dia-a-dia do ser humano, já que, todos temos necessidade de sermos cuidados e de cuidar de alguém, e é desta necessidade que surge a vontade de estar disponível para o outro, de mostrar atenção para ajudar a promover, manter ou restabelecer o bem-estar.

De acordo, com Fernandes (2007, p. 4) “ o cuidar é traduzido como a ocupação dirigida às pessoas e a tudo o que é inerente à sua manutenção e desenvolvimento, ou seja, é uma atenção particular que alguém dispensa a outro que, vivendo uma situação particular, necessita de ajuda, contribuindo para o seu bem-estar e para a promoção de um estado harmonioso de saúde”.

O cuidar é considerado como o centro da Enfermagem tendo o enfermeiro de reabilitação um papel fundamental no ato de cuidar daqueles que mais necessitam, e para isso, deve prestar cuidados personalizados e ter em conta percepções, experiências e culturas de quem cuida, respeitando crenças e valores.

Por isso, torna-se deveras interessante falar-se do ato de cuidar em Enfermagem, mais propriamente na área da Enfermagem de Reabilitação e todos os processos a ela inerentes, para abriremos horizontes e podermos atuar da melhor forma perante quem cuidamos. Deste modo, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) as competências do enfermeiro especialista são a prevenção de complicações, a promoção da independência funcional na qualidade de vida, o que traduz ganhos em saúde.

#### **3.1. Enfermagem de reabilitação**

A reabilitação é uma das muitas disciplinas médicas que com o avanço da medicina se centrou nas várias partes do corpo, garantindo à população intervenções baseadas no intenso conhecimento de determinado órgão ou certa função do corpo. Foi desde o início do século XIX que começaram a surgir registos sobre a reabilitação, no entanto, foi no período das duas grandes guerras que o conceito desta ciência se enfatizou, tendo sido principalmente associada a reabilitar os jovens de modo que pudessem continuar a combater. Contudo, o âmbito da reabilitação foi alvo de alterações significativas durante os anos cinquenta, como consequência da mudança do padrão da doença e da incapacidade e pela incidência cada vez maior da doença crónica (Nolan & Nolan, 1998).

Hesbeen (2003, p.29) também diz que existem dados históricos da reabilitação muito antigos, no entanto, “o grande impulso profissional e científico da reabilitação é recente, já que data da segunda guerra mundial”.

No âmbito do tempo pós-guerra um dos maiores desafios era a reconstrução, o que exigia a disponibilização de todos os recursos e potenciais às nações. Desta forma, a aposta no desenvolvimento e progresso da reabilitação foi crucial, principalmente nas afeções de origem traumática. Foi nesta altura que houve uma grande mudança no conceito da reabilitação, no sentido em que nunca ainda se tinha encarado a convalescença como um domínio médico; ora, ela é uma fase de doença que é, seguramente, a mais importante para o futuro do doente (Hesbeen, 2003).

De facto, “reabilitar não significa curar; implica em não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. (...) Reabilita-se a pessoa, o ser humano na sua magnitude física, emocional e social.” (Mancussi & Faro, 2006, p.129).

Segundo Andrew et al. (2007), a reabilitação só será bem sucedida se estiver focada na multidisciplinariedade (apoio de todos os grupos profissionais, que circundam o doente com DPOC), individualidade (é importante que o plano de reabilitação seja adaptado a cada necessidades do doente) e contextualize o doente no seu meio social e de esteja de acordo com a sua disponibilidade emocional.

O processo de reabilitação é longo e árduo, envolvendo segundo Mancussi e Faro (2006) componentes atitudinais, psicossócio-espirituais, económicos e políticos, e por isso, é um desafio constante, quer para o utente, quer para o enfermeiro. É um processo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para que o utente possa viver com dependência mínima e sentir-se um ser humano ativo e produtivo. Deste modo, a reabilitação engloba a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições (Ibidem).

É de extrema importância que o doente com DPOC antes de iniciar um programa de reabilitação respiratória tenha a doença estabilizada e esteja medicado de acordo com o estadio da doença (Sivori et al., 2008).

Deste modo, o doente e família devem ter conhecimento dos sintomas em caso de agudização da doença, para que a intervenção possa ocorrer da forma mais precoce possível (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2007), sendo que a idade também é um fator preponderante para o desenvolvimento da doença.

Segundo Ries, Kaplan e Limberg (1995) a DPOC com a idade leva a alterações fisiológicas que podem ser colmatadas com programas de reabilitação. Estes factos são

comprovados com os estudos (Cedano,2012; Manguera, Viega, Manguera, Pinheiro, & Costa,2009; Mador, Bozkanat, Aggarwal, Shaffer, & Kufel 2004).

A essência é ambicionar “o como viver e não apenas o viver” (Mancussi & Faro, 2006, p.129). É este sentimento que move os reabilitadores: “preparar uma mulher, um homem ou uma criança para a melhor qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que lhe restam são extremamente reduzidas ou quando o horizonte que se lhe mostra não é muito alegre” (Hesbeen, 2003, p.35).

Neste sentido, há aspetos relevantes que merecem destaque, no que respeita à reabilitação, e que, por vezes parecem contraditórios. Primeiramente, compreender que se trata de um processo de adaptação às novas condições diante a, ou as incapacidades adquiridas ao longo da vida, tal como acontece com os doentes portadores de DPOC, e que levam os profissionais a ter em conta as exigências inerentes a um necessário rigor criado pelos conhecimentos. Por outro lado, sendo estas incapacidades impostas ao doente e à sua família, os profissionais têm, de certa forma, uma inevitável maleabilidade suscitada pela inteligência afetiva, no sentido de acompanhar o próprio utente para ajudá-lo a superar a dicotomia entre este e o contexto em que se encontra. Deste modo, “estas exigências de rigor e de maleabilidade, aliadas à busca permanente de uma coerência de equipa são elementos chave da constante adaptação dos profissionais às situações que vivem” (Ibidem, p.36).

A reabilitação é portanto uma especialidade, que na área da saúde, procura abordar a pessoa em constante interação com o seu meio ambiente, contemplando por isso, múltiplas dimensões, desde que seja compreendida como sendo um processo que vai além da recuperação de funções perdidas ou alteradas.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, dotada de conhecimentos e procedimentos específicos que têm como objetivo ajudar os utentes com doenças crónicas a maximizar o seu potencial funcional e a independência física, emocional e social, tal como acontece com os doentes com DPOC. Enfatiza, segundo Mancussi e Faro (2005), tanto a prevenção como o tratamento das incapacidades, de acordo com metas previamente estabelecidas, tendo em conta uma abordagem holística do utente e não apenas centrar-se na disfunção. A reabilitação tem por isso a missão de dar mais vida ao tempo que passa.

Na reabilitação todas as idades são abrangidas e um dos maiores desafios desta especialidade moderna é agir para que o fenómeno de cronicidade não se transforme numa verdadeira desvantagem... para todos aqueles a quem diz respeito, quer os que sofrem da afeção, quer os que têm com eles uma relação muito próxima (Ibidem). A DPOC, sendo uma patologia crónica e progressiva afeta não só a pessoa, como todos aqueles que fazem parte das

suas relações afetivas, pelo que investir na reabilitação destes doentes é uma mais-valia para alcançar mais autonomia e uma melhor qualidade de vida, quer do próprio, quer daqueles que o rodeiam, sendo fundamental o contexto sociocultural, nomeadamente características como o sexo, habilitações literárias e estado civil. Um estudo realizado por Katsura, Yamada, Wakabayashi e Kida (2007) demonstra que o sexo feminino apresenta bons índices de QdV. Segundo os estudos de Cedano (2012), Eisner et al. (2011) os doentes casados apresentam melhores scores, após programa de reabilitação. Assim, como segundo o estudo de Cedano (2012), Keroski et al. (2010), Moy et al. (2009), os doentes com uma escolaridade superior, quando submetidos a um programa de reabilitação, apresentam melhores resultados.

Esta especialidade, enfatiza portanto, quer a prevenção quer o tratamento das incapacidades da pessoa no cumprimento de metas previamente estabelecidas, priorizadas e comunicadas entre os reabilitadores, a pessoa e a família tendo em conta aquilo que a pessoa deseja e a sua autonomia. Podemos pois dizer, que a enfermagem de reabilitação é o exemplo cabal do que significa a enfermagem holística, já que é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, à comunidade e à sociedade (Diogo, 2000).

Existem estudos que enfatizam a importância da reabilitação respiratória, nomeadamente na melhoria da capacidade funcional e diminuição da dispneia (Salman, Mosier, Beasley & Calkins, 2003).

A reabilitação é uma área muito vasta em saberes e técnicas, e por isso, a equipa que a constitui envolve, para além do utente e todo o seu meio familiar, também um grupo de inúmeros intervenientes, com diferentes áreas profissionais, todos eles unidos por um único propósito, o de cuidar o utente e obter resultados favoráveis com o tratamento efetuado. O enfermeiro é um dos cuidadores fundamentais pois é o elemento da equipa que permanece mais tempo junto do utente tendo a capacidade de observá-lo e abordá-lo como um todo. Existem registos de Virgínia Henderson que sugerem que os enfermeiros têm potencial para serem “reabilitadores por excelência”, no entanto, verificamos que não existem muitos testemunhos sobre a sua prática (Nolan & Nolan, 1998, p.21). Sabe-se contudo, que o enfermeiro de reabilitação tem como principais objetivos ajudar o utente a tornar-se mais independente e a alcançar o máximo da sua autonomia, para além de promover e incentivar o autocuidado através de ensinamentos, de acordo com as necessidades do utente, de modo a readaptar-se à vida social e familiar e poder adquirir qualidade de vida (Mancussi, Faro & Leite, 2005).

Como referem alguns autores,

*(...) ajudar o doente e os familiares a ajudarem-se a eles próprios, faz parte integrante dos cuidados de enfermagem, e por isso, os enfermeiros que cuidam de pessoas com incapacidades têm, fundamentalmente, duas responsabilidades: demonstrar que a incapacidade, quer seja por doença ou uso inadequado da função perdida, está limitada tanto quanto possível e permitir que um programa de reabilitação seja planeado e implementado.*  
*Phipps et al., 2003, p.167.*

O enfermeiro de reabilitação é responsável por prestar cuidados ao utente portador de alguma incapacidade, perante o qual tem, segundo Hoeman (2000, p.20) a “obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade”.

Durante o processo de reabilitação é fulcral existir uma relação de ajuda entre o enfermeiro de reabilitação, os utentes com deficiências crónicas, incapacitantes ou de desenvolvimento e suas famílias. Esta relação deve basear-se na confiança e no bom relacionamento, pois só assim o enfermeiro de reabilitação irá desenvolver uma relação terapêutica e de apoio com o utente e sua família.

O enfermeiro de reabilitação, de acordo com Hoeman (2000, p.20), tem o papel de “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa”. Tem o dever de ouvir atentamente o utente, encorajá-lo e compartilhar os seus méritos à medida que vai progredindo no seu tratamento.

O enfermeiro de reabilitação tem ainda o papel de garantir às pessoas com deficiências e incapacidades, a assistência nos vários níveis de complexidade, recorrendo a métodos e terapêuticas específicas. Deve ter obrigatoriamente competência técnica, relacional e atitudinal, supostamente adquiridas na sua prática assistencial e académica, de modo a ser capaz de prestar cuidados de qualidade às pessoas portadoras de deficiência física em diferentes meios de trabalho, tais como, em serviços de internamento, serviços ambulatoriais ou, até mesmo, no próprio domicílio (Mancussi & Faro, 2006).

Os programas de reabilitação tornam-se preponderantes na melhoria da QdV no doente com DPOC, o que traduz uma maior perceção em relação ao seu estado de saúde, assim sendo, de acordo com Boueri, Busher-Bartelson, Glenn e Make (2001), num estudo

realizado a 37 doentes com DPOC, verificou melhoria nos doentes submetidos a um programa de reabilitação a nível físico e mental.

Na mesma linha de pensamento, os estudos de Verril, Barton, Beasley e Lippard (2005), Kongsgaard, Backer, Jorgensen, Kjaer e Beyer (2004), Spirduso e Cronin (2001), Okuma, (1999), Mahler e Mackiowiack (1995), utilizando a escala SF-36, corroboram a importância do programa de reabilitação na melhoria da QdV do doente com DPOC.

O enfermeiro de reabilitação deve “compreender e considerar o significado que cada indivíduo dá à doença e à incapacidade”, o que não é tarefa fácil, pois deverá ter a capacidade de criar um novo sentido de si próprio, contudo, só assim conseguirá colocar-se no seu papel e ser capaz de o ajudar a ultrapassar obstáculos (Nolan & Nolan, 1998, p. 23). É ainda primordial dar uma atenção especial às necessidades dos familiares que cuidam da pessoa com incapacidade, pois também eles vivenciam um processo de mudança e adaptação.

### **3.2. Cinesiterapia respiratória**

Uma vez que a DPOC compromete a qualidade de vida das pessoas, torna-se imperioso tomar medidas que possam atenuar os seus efeitos, tal como, recorrer à cinesiterapia respiratória, pois esta “melhora a sobrevida do paciente, aumentando a capacidade de ventilação/perfusão, reeducando postura e músculos inspiratórios e expiratórios e dando maior independência ao paciente” (Vasconcelos, Santos, Bogнар, Fom & Gouvêa, 2005).

Na cinesiterapia respiratória, o enfermeiro tem um papel de extrema importância: o de estabelecer um programa educacional, centrado na holística da pessoa, de modo a ensiná-la a utilizar técnicas adaptativas para conservar a energia, viabilizando a execução de um programa de treino (Velloso & Jardim, 2006).

A cinesiterapia respiratória é hoje em dia, uma das formas coadjuvantes no tratamento da pessoa com DPOC, procurando retirar a pessoa de um estado de inatividade para inseri-la num programa de atividade física. É definida por Galvez, Malaguti, Battagim, Nogueira e Velloso (2007, p. 312) “como um programa, desenvolvido por uma equipe multiprofissional especializada, promovendo um tratamento individualizado, prescrito e designado a otimizar a performance física, promovendo a autonomia funcional e social do paciente com limitação respiratória”. É pois através de um programa de reabilitação respiratória que a pessoa com DPOC vai apresentar mudanças psicológicas positivas, melhorar as suas habilidades funcionais e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida (Ibidem).

Atualmente os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, já são extensíveis aos cuidados de saúde primários, ainda que se apresentem de forma gradual devido à reformulação dos mesmos, a necessidade de os executar urge como uma necessidade emergente da sociedade como medida terapêutica de prevenção, desta patologia que se encontra com uma incidência muito elevada no seio da sociedade portuguesa, constituindo-se como um flagelo de saúde pública, que tradicionalmente acabam por seguir o caminho da hospitalização por escassa intervenção dos cuidados de saúde primários.

Daí que se admita que a enfermagem de reabilitação respiratória deverá incorporar os cuidados de saúde primários no contexto das instituições de reabilitação respiratória, pois deverá dar-se ênfase à promoção da saúde, estimulando o bem-estar ótimo dos utentes (Hoeman, 2000). Assim, deverá dar-se atenção aos comportamentos de autocuidado do utente, na sua independência e socialização, de modo a permanecer um membro ativo da comunidade (Ibidem). A cinesiterapia respiratória deverá então estender-se dos cuidados de saúde diferenciados para os cuidados de saúde primários, e até mesmo, para o contexto domiciliário, tal como defendem Bárbara, Ramos, Almeida & Gomes (2004) no plano de prevenção e controlo da DPOC.

Para O'young, Young e Stiens (2000) os objetivos primordiais da cinesiterapia respiratória são apoiar ou melhorar a função cardiopulmonar, prevenir ou tratar as complicações com medidas de medicina física (medidas não-invasivas), promover a adesão aos cuidados de saúde, reduzir o número de exacerbações, de consultas de emergência e de hospitalizações, ensinar o doente a enfrentar com realismo a sua doença e a assumir a responsabilidade da sua reabilitação e bem-estar, otimizar o funcionamento psicossocial e os mecanismos de cobertura e devolver o utente a uma vida mais ativa, produtiva e emocionalmente satisfatória.

Para que a pessoa com DPOC possa cumprir um programa de cinesiterapia respiratória e atingir os objetivos anteriormente referidos é fulcral ter uma participação ativa no cuidado com a sua saúde, afastar todos os fatores que causam ou agravam a doença e essencialmente, suprimir o tabaco ou apenas o fumo do tabaco (Vasconcelos et al., 2005).

Galvez et al., (2007, p.316) defendem que o objetivo primordial de um programa de cinesiterapia respiratória é a “assistência individual no que se refere ao comportamento e aos cuidados com a saúde, estimulando a prevenção e a promoção da saúde”. É ainda importante que a pessoa com DPOC partilhe as suas experiências com outras pessoas que possuem o mesmo problema, que esteja motivado e disponível para o tratamento. O enfermeiro deve

ajudar a pessoa a controlar melhor a sua doença nas várias situações de sua vida diária, através de mudança de atitudes e comportamentos face às dificuldades impostas pela DPOC.

A cinesiterapia respiratória “é uma terapia holística, complexa e multidisciplinar” muito favorável no tratamento da pessoa com DPOC (Pryor & Webber, 2002, p.264). Ela integra tanto a terapia física como a terapia emocional e consiste num conjunto de exercícios e educação. Os seus objetivos são (Ibidem):

- Maximizar a independência funcional da pessoa no desempenho das suas atividades de vida diária e minimizar a dependência de outras pessoas ou serviços comunitários;
- Avaliar e iniciar o treino físico para aumentar a tolerância ao exercício e encorajar o gasto de energia de forma eficiente;
- Proporcionar sessões educativas à pessoa com DPOC, sua família e pessoas significativas que estejam envolvidas no processo da doença e seu tratamento.

Pode-se então verificar, que os objetivos da cinesiterapia respiratória traçados por Pryor e Webber (2002), vão de encontro aos delineados por O’young, Young e Stiens (2000), pois ambos têm um único fim: o de cuidar e ensinar a pessoa com DPOC a atingir a sua autonomia e independência de modo a sentir-se integrado na sua sociedade e obter qualidade de vida.

E de acordo com Pryor e Webber (2002, p.265) são vários os benefícios da cinesiterapia respiratória, tais como:

- Melhoria na qualidade de vida;
- Redução da ansiedade e depressão;
- Melhoria na tolerância ao exercício;
- Diminuição da dificuldade respiratória e outros sintomas associados à DPOC;
- Habilidade melhorada para a realização de atividades de vida diária.

Cada pessoa é um ser único, biopsicosociocultural, e possui crenças e valores próprios que traçam o seu percurso de vida, pelo que, se deve ter o cuidado de estabelecer um programa de cinesiterapia respiratória personalizado que, segundo Dotti (1998, p.240) “tenha em conta o seu estado de saúde, as suas capacidades e potencialidades, os seus comportamentos, o seu meio profissional, familiar e social”. A pessoa com DPOC tem que ser um elemento ativo no programa de reabilitação, e ser capaz de identificar os seus objetivos pessoais e selecionar as suas próprias estratégias de adaptação. O apoio da família e de pessoas

significativas é essencial, e por isso, sempre que possível e desde que a pessoa assim o deseje, devem ser envolvidos neste processo.

### **3.3. Qualidade de vida da pessoa com DPOC**

Durante o século. XX assistiu-se nos países desenvolvidos a uma alteração no padrão das doenças. As patologias agudas e infecciosas já não são os principais problemas de saúde, mas sim as patologias crónicas, que persistem e recidivam, requerendo terapêuticas de longos períodos ou permanentes.

A qualidade é uma temática tão abrangente, que quando feita uma pesquisa, verifica-se que existem muitas definições, com uma abrangência de áreas, que vão desde o bem-estar, à vida ou à funcionalidade. Dependendo da área que a pessoa quer trabalhar (Pires, 2009).

A investigação sobre a qualidade de vida (QdV) em saúde teve início na década de 1940, com os estudos de Karnofsky e Burchenal sobre o cancro. No entanto foi só na década de 70 que o termo entrou no *Índex Medicus* (Menezes, 2005). A partir desta década, houve um aumento do número de investigações sobre os níveis de qualidade de vida, surgindo expressões como bem-estar, condições de vida ou simplesmente qualidade de vida, envolvendo conteúdos de satisfação, felicidade, autonomia, entre outros.

Definir qualidade de vida é de extrema complexidade, uma vez que esta pode ser diferente de acordo com cada indivíduo, e com a sua inserção do meio (Leal, 2008).

O desenvolvimento do homem é global e inclui aspetos psicológicos, sociais, políticos, económicos e ambientais e a QdV estabelece-se a partir de uma determinada conceção que assinala a forma de se alcançar uma meta.

Perante o descrito anteriormente, as investigações sobre QdV em contexto de saúde, assumem especial relevo, uma vez que nos permitem quantificar as perceções dos doentes como dados válidos para fornecerem informações novas não apenas sobre questões psicológicas e sociais, mas também sobre os efeitos e resultados dos cuidados prestados. Pois existe uma forte necessidade de melhorar a QdV e promover a saúde, não apenas no sentido dos cuidados de saúde prestados, mas no sentido de prevenir a doença através da consciencialização e responsabilização de cada indivíduo pela sua própria saúde.

Tanto a saúde como a qualidade vida vinculam fatores objetivos e subjetivos relacionados com o projeto pessoal de vida de cada um, sendo um dos objetivos do ser humano adquirir um nível adequado a uma vida social, familiar, cultural e económica digna, o que depende das condições particulares de saúde do indivíduo, das suas aspirações,

necessidades e desejo de bem-estar social, físico, psíquico, profissional e económico. Saúde é um dos domínios da qualidade de vida e não um sinónimo (Bowling, 2001).

QdV não é sinónimo de estar bem com a vida e ser saudável, mas sim o ter noção das suas capacidades e limitações (Souza & Carvalho, 2003).

Deste modo, QdV é o reflexo do modo como os indivíduos percebem e reagem sobre o seu estado de saúde e outros aspetos da sua vida. Inclui fatores diretamente relacionados com a saúde, tais como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, além de outros ligados ao trabalho, família, amigos e outros dados circunstanciais da vida, do indivíduo.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito centrado na avaliação subjetiva do doente, mas ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. A promoção da saúde representa, atualmente, uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas.

Atualmente há uma procura incessante para perceber a forma como a pessoa tem perceção da doença e a sua vivência, com o objetivo de analisar a forma como responde ao tratamento, e deste modo os profissionais poderem concluir se o mesmo está a ser eficaz (Dias, 2006).

A QdV pode ser avaliada através de vários instrumentos no entanto aquele que é atualmente mais comum é a escala SF-36vs2, uma vez que se constitui como o instrumento mais sensível na área da saúde (Griffiths et al., 2000).

A qualidade na saúde tornou-se imprescindível e essencial de modo a satisfazer as necessidades do utente em cuidados efetivos e eficientes. No entanto, os cuidados de saúde têm sido questionados em relação aos ganhos em saúde, em relação aos benefícios dos tratamentos e intervenções.

Assim, é pertinente contextualizar o indivíduo no seu meio individual e social, pois só assim é que se pode determinar o seu bem-estar versus qualidade de vida (Henriques, 2004).

Desta forma o principal objetivo de qualquer intervenção de enfermagem de reabilitação é maximizar a saúde e minimizar o impacto da doença, aumentando a qualidade de vida das pessoas.

Assim a reabilitação constitui-se como uma ciência multidimensional cujo objetivo é ir de encontro à independência funcional, fazendo com que a pessoa que apresenta limitações seja capaz de desempenhar as suas funções no dia-a-dia sem ter que recorrer à ajuda de outros, procurando melhorar a sua qualidade de vida. É então relevante, que na área da enfermagem de reabilitação, seja feita uma avaliação funcional da pessoa com DPOC para podermos ajudá-la a adquirir benefícios para a sua saúde.

Já Brummel-Smith refere que os objetivos da reabilitação eram “melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a autoestima” (Hoeman, 2000, p.136). Ora, cabe à enfermagem de reabilitação dar resposta a estes objetivos tendo em vista a concretização e manutenção de uma qualidade de vida aceitável da pessoa de quem o enfermeiro de reabilitação cuida, procurando satisfazer as suas necessidades de vida diária e estabelecendo estratégias de adaptação face às mudanças instaladas, de modo a otimizar o bem-estar da pessoa doente e seus familiares. A avaliação funcional é considerada por Lawton como “qualquer tentativa sistemática de medir objetivamente o nível de funcionalidade de uma pessoa, em qualquer das diversas áreas, como saúde física, qualidade de auto-manutenção, qualidade da atividade de atuação, condições intelectuais, atividade social, atitude em relação ao mundo e consigo mesma e estado emocional” (O’young, Young & Stiens, 2000, p. 39). A avaliação funcional torna-se então a pedra chave para que o enfermeiro de reabilitação seja capaz de proporcionar intervenções que melhorem a função e limitem o impacto da incapacidade.

Na mesma linha de pensamento, Hoeman (2000, p.164), afirmou que a avaliação funcional “é um método de descrever as competências e limitações a fim de medir o uso individual de várias capacidades que incluem o desempenho das tarefas necessárias à vida diária, atividades de lazer, objetivos vocacionais, interações sociais e outros comportamentos necessários”, mas não só, pois Kelly-Hayes (2000) acrescenta que para além desta avaliação também é essencial um programa de reabilitação incluir “medições do funcionamento cognitivo, emocional, perceptual, social e vocacional” (Ibidem, p.164). Um dos objetivos da enfermagem de reabilitação é precisamente envolver todas estas áreas mencionadas para cuidar da pessoa e trabalhar no sentido de recuperar a função e a qualidade de vida.

Quando a qualidade é associada à saúde e à vida, devem ser sempre analisados os danos e a diminuição de autonomia que a condição de doença pode provocar (Campos & Neto, 2008).

A pertinência do conceito de qualidade de vida na área da saúde, é fundamentalmente nas doenças crónicas, uma vez que destas advém diferentes formas de tratamento, gastos em saúde (Pires, 2009).

Existe uma panóplia de instrumentos de avaliação funcional que o enfermeiro de reabilitação pode utilizar, contudo, deve ter presente alguns princípios orientadores para a sua escolha, nomeadamente, “que o instrumento em questão seja uma medida válida da função a ser testada, que estudos prévios fundamentem uma fiabilidade adequada e que a medição seja suficientemente sensível para traduzir alterações clínicas importantes” (Kelly-Hayes, 2000,

p.163). Os instrumentos de avaliação devem ser práticos, simples de aplicar e capazes de traduzir resultados significativos que orientem o processo de reabilitação. No fundo, os objetivos gerais da avaliação funcional são “determinar as necessidades de intervenções e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos” (Ibidem, p. 163).

Kelly-Hayes (2000), identificou as principais finalidades da avaliação funcional para a enfermagem de reabilitação como sendo as seguintes:

- Identificação sistemática das limitações funcionais que exigem ações preventivas, de manutenção e de restauração;
- Reconhecimento das necessidades de aprendizagem da pessoa com incapacidade funcional;
- Documentação do feedback sobre o progresso da pessoa para atingir os seus objetivos;
- Distribuição do tempo de enfermagem, fundos e pessoal;
- Coordenação dos cuidados;
- Investigação de enfermagem sistemática e avaliação objetiva dos cuidados;
- Facilitação das decisões de colocação;
- Provisão de dados objetivos que sirvam de base para custos, benefícios e qualidade dos cuidados;
- Assistência aos corpos de acreditação, avaliação de programas e seguradoras.

O enfermeiro de reabilitação procura alcançar um processo de restaurar e manter a pessoa de quem cuida num excelente estado de saúde fisiológica, psicológica, vocacional e social, e a avaliação funcional é um dos alicerces deste processo, tornando-se por isso, fundamental para a prática da enfermagem de reabilitação (Kelly-Hayes, 2000).

Quando o enfermeiro de reabilitação tem como missão cuidar de uma pessoa com DPOC deve fazer uma abordagem individualizada que seja baseada “na situação atual da vida, na perceção dos problemas, na condição médica atual, nas relações sociais e nos sistemas de suporte” da pessoa em questão, pois, estas informações, revelam-se essenciais para a identificação das necessidades da pessoa e sua família, no que respeita a cuidados, aprendizagem e apoio emocional (Larson, Johnson & Angst, 2000, p.401).

Deste modo, avaliar os diferentes níveis de incapacidade, nomeadamente na realização das atividades de vida diária no doente com DPOC, torna-se um objetivo fulcral para que possamos planificar de forma adequada os cuidados de enfermagem de reabilitação a estes

doentes, de forma a maximizar as intervenções dos enfermeiros de reabilitação, na obtenção de ganhos em saúde na qualidade de vida no doente com DPOC

Qualidade de vida e saúde são dois conceitos que se conciliam na perfeição no entanto a sua observação só pode ser feita de forma indireta, através de indicadores (Lezaun, 2006). De forma direta só é visível a percepção que cada um tem de si e do que o rodeia, no entanto a avaliação terá sempre a influência da educação, princípios, competências e valores (Leal, 2008).

O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante no aumento da qualidade de vida, tendo esta particular visibilidade, nestes doentes, sobretudo se fala de autocuidado, uma vez, que é a grande limitação dos doentes com DPOC.

### **3.4. A importância do autocuidado no doente com DPOC**

O conceito de autocuidado tem, na prática de enfermagem de reabilitação, um conceito amplo que Orem define como “a prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Hoeman, 2000, p.174). Segundo a classificação internacional para a prática de Enfermagem o autocuidado é “uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, 2011, p.46), que engloba os atos de tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se, lavar-se e usar a cadeira de rodas. No presente estudo vai-se abordar os ganhos em saúde após as intervenções do enfermeiro de reabilitação através dos programas de cinesiterapia respiratória, de forma a otimizar um melhor desempenho do autocuidado do doente, uma vez que são as atividades de vida diária mais prementes e fundamentais da subsistência humana, o que conseqüentemente se traduz na redução do número de internamentos e reinternamentos hospitalares. Nancy Roper também comunga desta opinião, quando refere que as atividades de autocuidado necessárias para participar nas atividades de cada dia, incluem a higiene pessoal, arranjar-se e vestir-se e que as atividades de vida diária encontram-se separadas por umas que são necessárias à vida, tais como a alimentação e eliminação e as que possibilitam a participação, tais como a comunicação e movimento (Hoeman, 2000).

Segundo Silva (2001, p.76), a capacidade para o autocuidado “significa a habilidade do indivíduo em executar ações que atendam às suas necessidades” e, desta forma, “a capacidade de envolver-se e executar estas ações é aprendida e está sujeita a alguns fatores como idade, experiências de vida (...), sendo denominados fatores condicionantes.” No caso dos doentes

com DPOC e uma vez que a patologia provoca grandes alterações na realização das suas atividades de vida diária, estes têm de se readaptar ao esforço continuamente. Assim sendo é fundamental avaliar se as intervenções do enfermeiro de reabilitação através dos programas de cinesiterapia respiratória se traduzem em ganhos em saúde, para que possam responder da forma mais adequada às necessidades individuais do doente.

Neste seguimento e de acordo com a Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado os seres humanos distinguem-se dos outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si e o meio ambiente em que se inserem, simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação, para fazer coisas que são benéficas para si mesmos e para os outros. Desta forma, e de acordo com esta teoria, pressupõem-se que a pessoa “seja sujeito ativo no processo de decisão sobre a identificação de necessidades, da natureza e das ações a serem desenvolvidas no cuidado à saúde” (Silva, 2001, p.76). A intervenção de enfermagem de Orem é constituída por três princípios: autocuidado, deficit de autocuidado e sistema de enfermagem. Como já foi referido anteriormente, o autocuidado “descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar”; o déficit de autocuidado “constitui a essência da teoria geral do deficit de autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem” e, por último, o sistema de enfermagem “descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem” (Bub et al., 2006, p.155). Sendo assim, a capacidade da pessoa, juntamente com as necessidades e carências, em termos de autocuidado, influenciam o tipo de cuidados de enfermagem de que se necessita.

Segundo Queirós (2010) o autocuidado não são só as atividades de vida diárias, mas todas as vivências inerentes à pessoa.

No que respeita à pessoa com DPOC, o principal objetivo da intervenção do enfermeiro de reabilitação é a prevenção e redução da incapacidade, redução de internamentos e reinternamentos, através de programas de cinesiterapia respiratória, proporcionando assim ao indivíduo continuar a funcionar socialmente em todos os aspetos e minimizar as incapacidades instauradas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Nos utentes com DPOC existe uma correlação entre o esforço físico e o aumento da dificuldade em respirar e dispneia, como por exemplo, no desempenho dos autocuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se, usar o sanitário e até mesmo no alimentar-se, daí que a reação típica a este sintoma seja adotar um estilo de vida mais sedentário, tornando-as, progressivamente, incapacitadas no que refere ao autocuidado.

### **3.5. Intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com DPOC**

O enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental na reabilitação da pessoa com DPOC pois vai atuar a vários níveis de forma a ajuda-la a ultrapassar os obstáculos que lhe inibem o desenrolar das atividades de vida diária e que a levam ao sedentarismo e ao declínio da qualidade de vida.

Para a pessoa com DPOC a dispneia é o principal sintoma responsável pela sua limitação no desempenho das atividades de vida diária, por isso, é o foco de atenção do enfermeiro de reabilitação, o qual estabelece como objetivo maximizar a ventilação e melhorar o fluxo aéreo, porém, os objetivos da pessoa com DPOC são obter a ausência ou redução da dispneia, recuperar e manter a ventilação eficaz, reduzir a ansiedade e aumentar os níveis de atividade (Hoeman, 2000).

É comum a pessoa com DPOC referir que apresenta maior dificuldade em realizar atividades que envolvem os membros superiores do que com os membros inferiores, referindo cansaço desproporcional ao realizarem atividades de vida diária como tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se e usar o sanitário. Perante a execução destas tarefas a pessoa com DPOC desenvolve um padrão respiratório irregular, superficial e rápido, o que se deve à flexão do tronco e ao esforço dos braços que o encaminham para a hiperventilação após a cessação das tarefas (Velloso & Jardim, 2006). Torna-se portanto oportuno que o enfermeiro de reabilitação estabeleça um programa de reabilitação respiratória que ajude a pessoa com DPOC a encontrar e a desenvolver mecanismos de adaptação para a realização destas necessidades básicas de vida.

Quando se estabelece um programa de reabilitação respiratória onde se inicia um treino com os membros superiores e inferiores na pessoa com DPOC, esta refere melhoria na sensação de dispneia quando realiza as suas atividades de vida diária. Não se conhece ainda a razão para esta mudança, no entanto, sabe-se que existem vários mecanismos envolvidos, tais como, “a dessensibilização da dispneia, melhora do condicionamento físico, melhor coordenação dos músculos participantes da elevação dos membros superiores e adaptações metabólicas musculares” (Velloso & Jardim, 2006,p.582).

Para Larson, Johnson e Angst (2000) a intervenção de enfermagem visa manter uma ventilação adequada através de técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, treino dos músculos respiratórios, técnicas estas da responsabilidade do enfermeiro de reabilitação, as quais irão possibilitar a pessoa com DPOC, a viver o seu dia-a-dia com dignidade e satisfação, não dependendo de outras pessoas.

Segundo Rutherford (2010) os cuidados de enfermagem especializados, permitem uma recuperação precoce e identificar complicações o mais cedo possível, logo o tempo de recuperação é menor.

O enfermeiro de reabilitação deve utilizar técnicas que maximizem a capacidade funcional da pessoa com DPOC, pois a dispneia irá levar à suspensão ou redução de muitas das atividades que se desenvolvem no cotidiano, todavia, se apostar na realização de exercícios de tonificação e na coordenação da respiração à medida que se vão realizando as tarefas diárias, poderá aumentar os níveis de funcionamento. Desta forma as pessoas com DPOC que utilizam técnicas de conservação de energia “aumentam a sua capacidade funcional ao realizarem as atividades mais lentamente, usando os grupos musculares e a dinâmica corporal adequados e alternando períodos de trabalho com períodos de repouso” (Hoeman, 2000, p.409). O enfermeiro de reabilitação deve procurar ajudar a pessoa com DPOC a identificar as atividades que lhe suscitam mais dificuldades e, a partir de então, treinar os grupos musculares envolvidos, de forma a aumentar a força, a coordenação e a endurance pulmonar.

## **Parte II. Trabalho Empírico**

## 4. Metodologia

Apresentamos neste capítulo o desenho de investigação do estudo, que segundo Fortin (2009) se define como “(...) o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)”. Desta forma, neste capítulo, iremos abordar a área temática e formulação do problema, os objetivos e questões da investigação e o terreno de pesquisa e sua delimitação.

Deste modo metodologia será seguir as etapas sistemáticas preconizadas num processo de investigação.

Fortin (2009) salienta que nesta fase é fundamental delinear um desenho do estudo, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. Desta forma nesta parte do trabalho, será também definida a população e amostra, o tipo de instrumentos de colheitas de dados, salvaguardado sempre a sua validade, adequação e fiabilidade. As técnicas de tratamento e análise de resultados e a discussão de resultados encerram o respetivo capítulo.

### 4.1. Formulação do problema e questão de investigação

A área temática e a definição do problema são, por assim dizer, o ponto de partida para um estudo e brotam do constante questionar, da necessidade de obter respostas ao redor de um dado assunto.

De acordo com Fortin (2009) “ uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceito-chave, específica e população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Foi assim que surgiu a pertinência do problema, já que a DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida e a reabilitação respiratória nas pessoas com DPOC é, hoje, uma das formas coadjuvantes muito importante, no tratamento da pessoa portadora desta doença.

Definimos como problemática a abordagem dos ganhos em saúde com as intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação em doentes com DPOC.

Partiu-se da seguinte questão norteadora de investigação:

“Os doentes com DPOC submetidos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação têm ganhos em saúde?”

## **4.2. Tipo de estudo**

Sendo o problema em estudo de ordem prática este caracteriza-se como sendo do tipo “*quasi experimental*”, tendo como objetivo primordial estudar a relação entre as variáveis, incluir métodos quantitativos que de acordo com Fortin (2009), devem conter manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, como estratégia metodológica.

Este estudo, prevê a participação de dois grupos, um denominado por grupo experimental e o outro de grupo de controlo, com o objetivo de obter uma análise objetiva, sem distorção da interpretação dos resultados (Fortin, 2009), sendo que o grupo de controlo não teve intervenção do enfermeiro de reabilitação e o grupo experimental teve intervenção do enfermeiro de reabilitação.

## **4.3. Amostra**

As características dos indivíduos são um fator importante a ter em conta, não só na realização dos vários tipos de estudos, como também e principalmente, para o estabelecimento de comparações relativas a parâmetros calculados entre populações diferentes.

De acordo com Fortin, Cote e Filion (2009), os indivíduos que fazem parte da amostra são de acessibilidade fácil e têm características específicas ao estudo.

No que diz respeito à população alvo é representada pela totalidade de doentes com DPOC internados no CHSJ, E.P.E. Relativamente à população acessível é o conjunto de doentes internados nos serviços de Medicina A1,A2, A3 e A4 do CHSJ, E.P.E.

O tipo de amostra preconizado é uma amostra probabilística aleatória, constituída por 80 doentes internados com DPOC, nos serviços de Medicina A1, A2, A3 e A4 do CHSJ, E.P.E, que constituiram dois grupos: um designado por grupo com intervenção do Enfermeiro de reabilitação, composto por 40 doentes e outro designado por grupo sem intervenção do Enfermeiro de Reabilitação constituído igualmente por 40 doentes com características semelhantes ao primeiro, no período de tempo compreendido entre Maio e Julho de 2013.

O grupo sem Intervenção de Enfermeiro de Reabilitação, corresponde aos doentes internados nos Serviços de Medicina A1 e A2, que apenas foi sujeito à prestação de cuidados gerais de Enfermagem, uma vez que não dispunham, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enquanto que o grupo com Intervenção de Enfermagem de Reabilitação, correspondente aos serviços de Medicina A3 e A4, que para além de terem tido os mesmos procedimentos, foram também submetidos ao programa de reabilitação clássico

que faz parte dos protocolos da Instituição neste tipo de patologia, uma vez que dispunha de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na sua estrutura.

Para a correta seleção da amostra de acordo com Fortin et al. (2009), foi necessário definir critérios de inclusão e exclusão, de forma a obter uma amostra o mais homogénea possível. Deste modo os critérios de inclusão foram:

- Doentes com DPOC Grau III e IV, com sete ou mais dias de internamento;
- Procurou-se manter as mesmas características sexo e idade nos dois grupos, com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, diferindo pela intervenção do enfermeiro de reabilitação no 1º grupo;
- Concordarem participar no estudo através do consentimento livre e esclarecido.

Como critérios de exclusão foram definidos.

- Doentes com patologia Oncológica;
- Doentes com défice cognitivo diagnosticado;
- Doentes com patologia Demencial.

#### **4.4. Variáveis**

Variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

Para Fortin et al.(2009) variável é uma característica específica que cada indivíduo possui, de objetos ou de determinada situação estudada numa investigação, à qual se pode atribuir cotação.

Segundo Andrade (2009), variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como quantidades, qualidades, características, etc. O conceito é um objeto, processo, agente, fenómeno, problema, etc.

Ainda segundo o mesmo autor as variáveis devem ser definidas com clareza e objetividade e de forma operacional. Existem assim 2 tipos de definições: simples e operacional. A definição simples traduz apenas o significado do termo. Uma definição operacional especifica as atividades do pesquisador para medir/manipular uma variável.

#### **4.4.1 . Variável dependente**

Segundo, Fortin (2009), “variável dependente é a resposta ou efeito, é o comportamento ou estudo que o investigador quer predizer ou explicar”.

Fortin (2009), afirma que a variável dependente é aquela que é directamente influenciada pela independente.

Uma variável independente é uma variável que, supostamente, influencia outra variável, designada por variável dependente.

No estudo presente, e relacionadas directamente com percepção de estado de saúde, dos doentes com intervenção e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação no doente com DPOC, define-se como variável dependente a Qualidade de Vida nas suas componentes (Saúde Física e Mental) e nos seus diferentes domínios ou dimensões (Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental).

#### **4.4.2. Variáveis independentes**

Para Fortin (2009), a variável independente é definida como aquela que é manipulada por quem investiga com o objectivo principal de estudar a variável dependente.

As mudanças observadas na variável dependente presumem-se serem causadas pela variável independente ou estarem com ela associada. Assim, neste estudo seleccionaram-se as seguintes variáveis independentes divididas em sociodemográficas e clínicas:

##### **Variáveis sociodemográficas**

As variáveis sociodemográficas foram operacionalizadas, com o intuito de (re)agrupar categorias para efeito de estudo inferencial, pelo que foram explicitadas as situações consideradas mais pertinentes.

- Idade: em anos. Por questões operacionais, os valores da idade foram agrupados em três categorias: a - (< 50 anos); b – (50-74 anos); c – (> 75 anos);
- Sexo: (1) Masculino; (2) Feminino;
- Profissão: a – Reformado; b – Professor; c – Operário Fabril; d – Doméstica; e – Outras;
- Estado civil: a – Casado/União Facto; b - Solteiro; c – Divorciado/Separado; d – Viúvo. Por questões operacionais esta variável foi recodificada em estado marital (casado ou não casado);

- Habilitações Literárias: a – Ensino Básico; b – Ensino Secundário; c – Licenciatura; d – Mestrado; e – Doutoramento. Por questões operacionais esta variável foi recodificada em níveis de escolaridade agrupados em: a – Inferior Básico (até aos 4 anos de escolaridade), b – Superior Básico (ensino secundário, até ao ensino superior, politécnico ou universitário).

#### **Variáveis clínicas**

- Hábitos Tabágicos: a- Sim; b- Não;
- Oxigenoterapia: a -Sim; b - Não;
- Grau Gold: a- III; b- IV (conforme categorizado na tabela 1).

#### **4.5. Hipóteses**

A utilização de hipóteses permite atingir o nível mais alto de interpretação dos resultados, indicando ainda, a relação entre as variáveis.

A formulação de hipóteses é um processo de extrema importância para o normal desenvolvimento de um trabalho de pesquisa, pois os resultados vão depender inteiramente da relevância, clareza, consistência lógica e verificabilidade das hipóteses formuladas.

Segundo Fortin (2009), hipótese é o enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. Tendo em conta o problema em estudo “Ganhos em Saúde com as Intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação em doentes com DPOC”, e com base na fundamentação teórica formularam-se as hipóteses abaixo descritas, cuja função é propor explicações para certos factos e em simultâneo orientar a busca de outras informações.

Estabeleceram-se, assim, como hipóteses:

**H1:** Existem diferenças significativas nas componentes da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com intervenção do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação;

**H2:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com intervenção do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação;

**H3:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com intervenção do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, em relação a cada grupo etário;

**H4:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com e sem intervenção, nos diferentes sexo;

**H5:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes estados maritais;

**H6:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes níveis de escolaridade.

#### **4.6. Recolha e tratamento de informação**

Freixo (2009) refere que o questionário é o instrumento mais utilizado na recolha de dados. Este delimita um conjunto de questões que são formuladas com o objetivo de avaliar a opinião dos inquiridos.

A opção por este tipo de instrumento baseou-se no facto de ser de resposta rápida, interpretação objetiva, codificação simplificada, controlo de respostas e diminuição de custos. (Fortin, et al., 2009)

Tendo em conta o instrumento de colheita de dados, como um meio e não um fim, utilizou-se no trabalho para a recolha de dados dois instrumentos, um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo I) e a aplicação de uma escala de avaliação de qualidade de vida (SF-36v2) (Anexo II), que traduz a mensuração da mesma, que foram aplicados em ambos os grupos ao sétimo dia de internamento.

A primeira etapa consistiu na aplicação do questionário sociodemográfico e clínico composto por 8 perguntas, das quais quatro são fechadas e três abertas, que tem como objetivo fazer a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. A segunda etapa consistiu na aplicação da segunda versão Portuguesa do MOS SF-36v2, escala validada para a população portuguesa pelo Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, do Centro de Estudos de investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que se constitui como o instrumento principal do estudo, para avaliação da qualidade de vida dos doentes com DPOC.

A escala SF36v2 é composta por duas grandes dimensões, a saúde física e a saúde mental. Esta foi constituída como medida standard de estado de saúde que no seu todo engloba 36 itens, que se dividem em 8 dimensões (Ferreira & Santana 2003):

- Função Física (FF), que contém 10 itens (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j);
- Desempenho Físico (DF), que contém 4 itens (4a, 4b, 4c, 4d);
- Dor Corporal (DC), que contém 2 itens (7, 8);
- Saúde Geral (SG), que contém 5 itens (1, 11a, 11b, 11c, 11d);
- Vitalidade (VT), que contém 4 itens (9a, 9e, 9g, 9i);
- Função Social (FS), que contém 2 itens (6, 10);
- Desempenho Emocional (DE), que contém 3 itens (5a, 5b, 5c);
- Saúde Mental (SM), que contém 5 itens (9b, 9c, 9d, 9f, 9h).

Esta escala, contempla ainda, segundo o mesmo autor um item independente, que é a transição do estado de saúde, correspondente à pergunta número 2.

**Função Física (FF)**, tem como objetivo avaliar o nível de autonomia funcional, para executar atividades físicas menos complexas como por exemplo vestir e tomar banho, até às mais complexas, passando pelas atividades intermédias, como por exemplo levantar ou carregar compras intermédias, subir e descer escadas, ajoelhar-se, baixar-se, inclinar-se ou até mesmo andar distâncias curtas.

**Desempenho Físico (DF)**, consiste em avaliar o grau de limitação física de acordo com a quantidade de trabalho elaborado. A limitação pode ser de acordo com as tarefas executadas ou com a necessidade/dificuldade em realizar tarefas.

**Dor corporal (DC)**, simboliza a dor e a forma como esta poderá interferir nas atividades consideradas normais do indivíduo.

**Saúde Geral (SG)**, pretende avaliar a saúde do indivíduo bem como, o aspeto e a sua capacidade e a resistência à doença.

**Vitalidade (VT)**, permite medir os níveis de energia e de fadiga de modo a conhecer-se melhor a saber qual o seu nível de bem-estar.

**Função Social (FS)**, Consiste em gerir de acordo com o défice físico e emocional a sua atividade social bem como a sua qualidade.

**Desempenho Emocional (DE)**, consiste em avaliar o grau de limitação emocional de acordo com a quantidade de trabalho elaborado. A limitação pode ser de acordo com as tarefas executadas ou com a necessidade/dificuldade em realizar tarefas.

**Saúde Mental (SM)**, estão englobadas os componentes referentes à saúde mental como por exemplo a ansiedade a depressão e os comportamentos emocionais.

Deste modo a SF-36v2, contempla conforme referido anteriormente, contempla a componente física que engloba as dimensões: **Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, e Saúde Geral**. Relativamente à componente mental esta engloba as dimensões: **Vitalidade, Saúde Mental, Desempenho Emocional e Função Social**.

Relativamente ao sistema de classificação da escala SF-36v2, os itens são classificados para que o valor mais alto corresponde a uma melhor perceção do estado de saúde (Ferreira, 2005). A inclusão dos dados dos itens são cotados em etapas de acordo com as indicações de Ferreira (2000), Ware, Kosinski e Dewey (2000), Ware e Kosinski (2001) e Ware, Kosinski e Gandek (2005), levando a que as informações de pontuação do SF-36v2 sigam as várias premissas:

1. Recodificação dos itens não concordantes com a direção de melhoria;
2. Recodificação de 10 itens que compõem os domínios (1, 6, 7,8,9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d);
3. Modificar para ausentes os valores fora de intervalo;
4. Soma dos itens por dimensão;
5. Transformação das notas brutas numa escala de 0-100 (Raw-Scale);
6. Confirmar as Classificações.

De acordo com Ferreira (2005), a recodificação dos itens e a cotação das escalas, devem ser realizadas num computador e deve-se recorrer a algoritmos de codificação.

O quadro abaixo enunciado e numa tentativa de sistematizar os vários passos, de acordo com Ware et al. (2005), representam cada uma das dimensão e quais as questões que a compõem bem como a classificação correspondente a cada resposta. A transformação que resulta da aplicação do sistema de codificação e os limites mínimo e máximo das dimensões obtidas, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5. *Dimensões da escala da SF-36v2 e respectivos itens, valores, fatores de transformação e limites obtidos*

Dimensão/Escala	Itens	Valores	Transformação (4)	Min	Máx
FF - Função Física	3a-3j	1-3	----	10	30
DF - Desempenho Físico	4a-4dj	1-5	----	4	20
DC - Dor Corporal	7	1-6	1-6	2	11
			2-5.4 3-4.2 4-3.1 5-2.2 6-1.0		
SG - Saúde Geral	1	1-5	Depende do valor da resposta á questão 7: Se 7=1 1-6 2-4 3-3 4-2 5-1 Se 7=2, ..., 6 (x=6-x): 1-5 2-4 3-3 4-2 5-1	5	25
			1-5 2-4.4 3-3.4 4-2 5-1		
VT - Vitalidade	11 a,11c	1-5	----		
	11b,11d	1-5	x-6-x		
FS - Função Social	9a,9e 9g,9i	1-6	x-7-x	4	20
	6	1-6	-----		
DE - Desempenho Emocional	10	1-5	----	2	10
	5a-5c	1-2	----	3	15
SM - Saúde Mental	9b,9c,9f	1-6	----	5	25
	9d,9h	1-6	x-7-x		
MS - Mudança de Saúde	2	1-5	----	----	----

Fonte: Ware et al. (2005)

Para cada dimensão somam-se as pontuações de cada resposta, dos itens que as compõem. Posteriormente é aplicada uma fórmula para cada dimensão com o objetivo de transformar os valores das dimensões numa escala de 0 a 100.

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{SOMA} - \text{MIN})}{(\text{MAX} - \text{MIN})} \times 100$$

A SOMA consiste no somatório de todos os itens da escala após a transformação dos valores definidos.

O mínimo e o máximo definem os limites mínimos das escalas. No final obtêm-se um valor de 0 a 100, para cada uma das oito dimensões. Este valor corresponde à percentagem da pontuação final. Deste modo, o estado de saúde do indivíduo é pior quanto mais baixa for a pontuação.

O item Mudança de Saúde representa a noção que o indivíduo tem perante o seu estado de saúde em geral no último ano, não estando integrado numa dimensão.

De acordo com Ferreira (2000), é aconselhada uma análise de correlações entre cada dimensão e entre cada item que a compõe. Estas devem ser positivas e altas sendo que o valor mínimo, não deve ultrapassar os 0,4, assim como a análise da correlação, entre a saúde em geral e as outras sete dimensões devem ser positivas e altas.

#### **4.7. Tratamento estatístico**

A essência da investigação permite-nos determinar se existe ou não associação entre duas ou mais variáveis.

Fortin et al. (2009) afirma que a relação entre as variáveis define a relação de causa e efeito.

De forma a avaliar essa relação entre variáveis, recorre-se a testes, métodos e meios que permitem provar ou refutar essa associação. Estes procedimentos permitem-nos a recolha de dados, no entanto é necessário que esses dados sejam posteriormente analisados e interpretados.

Torna-se então imperioso recorrer a uma das fases fundamentais da investigação, o tratamento estatístico. No tratamento dos dados foram utilizadas a estatística descritiva e a estatística inferencial.

As medidas descritivas analisadas neste estudo foram as medidas de localização (média), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), estatísticas de frequência.

Estudar-se-á também a consistência interna do instrumento aplicado à nossa amostra através do alfa de chronbach.

O Alpha de Chronbach deve ser superior a 0,70 de acordo com George e Mallery (2003, p. 231) que sugerem as seguintes recomendações para avaliar coeficientes alfa de Cronbach:

- Coeficiente Alpha > 0,9 Excelente
- Coeficiente Alpha > 0,8 é bom
- Coeficiente Alpha > 0,7 é aceitável
- Coeficiente Alpha > 0,6 é questionável
- Coeficiente Alpha > 0,5 é pobre
- Coeficiente Alpha < 0,5 é inaceitável

De acordo com Pestana e Gageiro (2005), os testes paramétricos apresentam robustez no que diz respeito à violação da normalidade, ao considerarem que amostras com um tamanho (n) superior a 30 a distribuição T aproxima-se da normalidade, quer a distribuição amostral apresente ou não singularidades de curvas gaussianas. No entanto, Maroco (2007), refere que para a utilização deste tipo de testes paramétricos, tem subjacente duas premissas essenciais, ou seja, em primeira instância é que as variáveis sigam uma distribuição normal, e em segunda instância que exista homogeneidade das variâncias.

Assim, tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, e de forma a verificar a distribuição da normalidade nas variáveis em estudo, foi utilizado o coeficiente de assimetria/curtose, cujos valores se devem situar no intervalo de -3 e 3, como referem (Kline, 2011).

De acordo com o mesmo autor, a medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Se SK/ Stderror oscilar entre -3 e 3 diz-se que a distribuição é simétrica, e que o pressuposto da normalidade é considerado satisfeito.

Desta forma, foi utilizado o teste *T Student*. O Teste *T Student* é um teste paramétrico que no caso de uma amostra testa se uma média populacional é ou não igual a um determinado valor a partir da estimativa obtida de uma amostra aleatória, ou serve também para testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2014).

Considerou-se, o nível de significância de 5%, sendo que se:  $p > 0,05$  - não significativo,  $p < 0,05$  – significativo,  $p < 0,01$ - bastante significativo,  $p < 0,001$ - altamente significativo (Pestana & Gageiro, 2005).

Uma vez cumprido o requisito da normalidade, foi utilizado coeficiente de correlação linear de Pearson, indicado no estudo do comportamento conjunto de duas variáveis quantitativas.

Assim sendo e de acordo com Pestana e Gageiro (2005), as correlações de Pearson apresentam como referência os seguintes valores de  $r$ : se  $r < 0.2$  associação muito baixa, se  $0.2 \leq r \leq 0.39$  associação baixa, se  $0.4 \leq r \leq 0.69$  associação moderada, se  $0.7 \leq r \leq 0.89$  associação alta e se  $0.9 \leq r \leq 1$  associação muito alta.

Relativamente à análise e descrição de dados as mesmas seguiram a disposição pelo qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas, com os respetivos dados estatísticos, os quais serão antecidos da análise.

Obteve-se a análise dos dados por estatística descritiva e inferencial, através do software SPSS-21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

#### **4.8. Princípios éticos e legais**

Tratando-se de um estudo que envolve questões pessoais e intransmissíveis e de confidencialidade clínica e hospitalar, tornou-se fundamental respeitar as questões éticas legais inerentes a este tipo de estudos.

Desta forma procedeu-se à elaboração de um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHSJ, E.P.E, com o objetivo de poder aplicar os instrumentos de colheitas de dados supracitados.

A autorização foi dada formalmente em Maio de 2013 (Anexo IV), data em que iniciei a recolha de dados com término em Julho de 2013.

Durante o processo de recolha de dados foi explicado ao doente, qual o objetivo do estudo e solicitada a sua autorização através da assinatura do consentimento informado, de acordo com a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964, Tóquio, 1975, Veneza, 1983, Hong Kong, 1989, Somerset West, 1996, Edimburgo, 2000, Washington, 2002, Tóquio, 2004, Seul, 2008, Fortaleza, 2013, de forma a garantir a confidencialidade dos dados e doente em questão (Anexo IV).

No entanto, foi explicado ao doente que os seus interesses seriam salvaguardados e que poderia abandonar o estudo se assim o pretendesse sem prejuízo para o mesmo,

garantindo sempre a confidencialidade dos dados bem como a sua identidade ao longo do estudo.

No que concerne à garantia da privacidade dos mesmos, a mesma foi sempre tida em elevada consideração, sem compromisso e violação da mesma, respeitando a recolha de dados e sempre que possível a mesma foi efetuada na presença de um familiar ou conveniente significativo.

## 5. Resultados

Este capítulo tem como objetivo descrever, explicar e interpretar os resultados obtidos neste estudo. Os resultados são apresentados, tendo em conta os dois grupos analisados, tendo primeiramente avaliado os dados sociodemográficos e clínicos, posteriormente os resultados da qualidade de vida referentes às suas componentes e dimensões e a relação das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida dos doentes com DPOC.

### 5.1. Caracterização sócio-demográfica e clínica

Este subcapítulo apresenta os dados recolhidos ao longo do estudo e respetiva análise efetuada de acordo com os objetivos propostos.

A caracterização da amostra foi obtida através das variáveis estabelecidas.

O estudo destas variáveis permite retratar as características da população sobre a qual recaiu.

#### Idade

A informação relativa à Idade está apresentada na Tabela 6, onde podemos verificar que a faixa etária predominante no grupo sem intervenção é dos 50-74 anos com 60,00% e no grupo com intervenção é de 50-74 anos com 52,50%. Relativamente à faixa etária menos representativa é no grupo com idade <50 anos, no grupo sem intervenção com 17,50% e no grupo com intervenção é de 12,50%.

O grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação apresenta média e desvio padrão (M=64,00; DP=17,54) superior em relação ao grupo sem intervenção (M=63,05; DP=15,30).

#### Sexo

Conforme apresentado na Tabela 6, a amostra total é constituída por **80 participantes**, dos quais elementos do sexo masculino (n = 40; 50,00%) e do sexo feminino (n = 40; 50,00%).

#### Profissão

A informação relativa às Profissões está apresentada na Tabela 6, onde podemos verificar um maior número de participantes Reformados em ambos os grupos, sendo que no grupo sem intervenção representa 65,00% e no grupo com intervenção 52,50%. Relativamente às profissões menos representativas relativas ao grupo sem intervenção, é representado pela profissão professor, operário fabril e doméstica com 05,00%, por sua vez no grupo com intervenção o grupo menos representativo traduz-se pela ausência da profissão doméstica, sendo que a profissão professor e operário fabril, traduzem apenas 02,50%.

### **Habilitações Literárias**

A informação relativa às Habilitações Literárias está apresentada na Tabela 6, onde podemos verificar que em ambos os grupos predominam as habilitações ao nível do Ensino Básico, com 60% no grupo sem intervenção e 52,50% no grupo com intervenção. O grupo menos representativo é a habilitação literária Doutoramento sem representação no grupo sem intervenção e 02,50% no grupo com intervenção.

Relativamente ao Nível de Escolaridade está representado na Tabela 6, onde podemos verificar que em ambos os grupos predominam o Inferior Básico, com 60,00% no grupo sem intervenção e 52,50% no grupo com intervenção.

### **Estado Civil**

A informação relativa ao Estado Civil está apresentada na Tabela 6, onde podemos verificar que em ambos os grupos prevalece o estado Casado/União Facto, com 67,50%, respetivamente. O grupo menos representativo relativo no grupo sem intervenção, é representado pelo estado de solteiro com 07,50%, ao invés no grupo com intervenção o grupo menos representativo é estado civil Divorciado/Separado com 05,00%.

No que concerne ao Estado Marital este está representado na Tabela 6, onde podemos verificar que ambos os grupos prevalecem o Casado, com 67,50, os não casados têm uma representação de 32,50% em ambos os grupos.

Tabela 6. *Caraterização sociodemográfica por grupos*

Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas por grupo				
Amostra (n= 80)				
	Sem Intervenção (n=40)		Com Intervenção (n=40)	
	n.º	%	n.º	%
<b>Idade</b>				
<50	7	17,50%	5	12,50%
50-74	24	60,00%	21	52,50%
>75	9	22,50%	14	35,00%
	Média	DP	Média	DP
	63,05	15,30	64,00	17,54
<b>Sexo</b>				
Masculino	20	50,00%	20	50,00%
Feminino	20	50,00%	20	50,00%
<b>Profissão</b>				
Reformado	26	65,00%	21	52,50%
Professor	2	05,00%	1	02,50%
Operário Fabril	2	05,00%	1	02,50%
Doméstica	2	05,00%	0	00,00%
Outras	8	20,00%	17	42,50%
<b>Habilitações Literárias</b>				
Ensino Básico	24	60,00%	21	52,50%
Ensino Secundário	6	15,00%	8	20,00%
Licenciatura	8	20,00%	7	17,50%
Mestrado	2	5,00%	3	07,50%
Doutoramento	0	00,00%	1	02,50%
<b>Nível de Escolaridade</b>				
Inferior Básico	24	60,00%	21	52,50%
Superior Básico	16	40,00%	19	47,50%
<b>Estado Civil</b>				
Casado / União de Facto	27	67,50%	27	67,50%
Solteiro	3	07,50%	4	10,00%
Divorciado / Separado	4	10,00%	2	05,00%
Viúvo	6	15,00%	7	17,50%
<b>Estado Marital</b>				
Casado	27	67,50%	27	67,50%
Não Casado	27	32,50%	27	32,50%

## **De seguida passa-se à caracterização clínica:**

### **Hábitos Tabágicos**

A informação relativa aos Hábitos Tabágicos está apresentada na Tabela 7, onde podemos verificar que em ambos os grupos sem intervenção e com intervenção prevalece um maior número de fumadores do que não fumadores, de 60,00% e 55,00%, respetivamente.

### **Grau Gold**

A informação relativa ao Grau da DPOC está apresentada na Tabela 7, onde podemos verificar que existe um maior número de participantes com Grau – III no grupo sem intervenção, representando 95,00%, contudo no Grau IV verificamos que o maior número de participantes é no grupo com intervenção com 10,00%.

### **Oxigenoterapia**

A informação relativa à oxigenoterapia está apresentada na Tabela 7, onde podemos verificar que existe um maior número de participantes com oxigenoterapia no grupo com intervenção com 62,50%, contudo no grupo sem intervenção prevalece a mesma representação de participantes com 50,00%, no uso ou ausência de oxigenoterapia.

Tabela 7. *Frequência e percentagem variáveis clínicas por grupos*

Frequência e percentagem das variáveis clínicas por grupo				
Amostra (n= 80)				
	Sem Intervenção (n=40)		Com Intervenção (n=40)	
	n.º	%	n.º	%
<b>Hábitos Tabágicos</b>				
Sim	24	60,00%	22	55,00%
Não	16	40,00%	18	45,00%
<b>Grau DPOC</b>				
Grau – III	38	95,00%	36	90,00%
Grau – IV	2	05,00%	4	10,00%
<b>Oxigenoterapia</b>				
Sim	20	50,00%	25	62,50%
Não	20	50,00%	15	37,50%

## 5.2. Propriedades psicométricas do instrumento

A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna cujos dados estão apresentados na Tabela 8.

O questionário SF-36v2 é apresentado como um dos questionários mais utilizados como indicador da QDV, relacionada com o estado Saúde, apresentando-se como um instrumento devidamente consolidado e fiável, como é o caso dos valores alfa de Cronbach globais apresentados por (Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006) de 0,82 e 0,87 relativamente às dimensões física e mental, respetivamente.

Assim sendo os resultados do estudo, e de acordo com os autores supracitados, indicam valores superiores, que transmitem fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo.

Segundo Ferreira (1998) os valores determinados para a população portuguesa são inferiores aos do presente estudo, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 8. *Consistência Interna dos itens do SF-36v2 por função*

	n.º itens	Presente Estudo	Ferreira (1998)
Função Física	10	0,926	0,873
Desempenho Físico	4	0,953	0,751
Dor Corporal	2	0,957	0,844
Saúde Geral	5	0,928	0,847
Vitalidade	4	0,956	0,826
Função Social	2	0,905	0,603
Desempenho Emocional	3	0,891	0,710
Saúde Mental	5	0,971	0,644

Como se pode verificar na tabela 9, através do cálculo do coeficiente de assimetria curtose constata-se que todas as dimensões, seguem uma distribuição normal, situando-se entre -3 e 3, como preconiza Kline (2011).

Tabela 9. *Teste da Normalidade Coeficiente Assimetria-Curtose das variáveis em estudo*

		Assimetria	EP	Coeficiente	Curtose	EP	Coeficiente
Função Física	Sem Intervenção	0,350	0,374	0,936	-1,124	0,733	-1,533
	Com Intervenção	0,210	0,374	0,561	-1,154	0,733	-1,574
Desempenho Físico	Sem Intervenção	0,691	0,374	1,848	-0,439	0,733	-0,599
	Com Intervenção	0,318	0,374	0,850	-0,918	0,733	-1,252
Dor Corporal	Sem Intervenção	0,488	0,374	1,305	-0,466	0,733	-0,636
	Com Intervenção	0,188	0,374	0,503	-0,046	0,733	-0,060
Saúde Geral	Sem Intervenção	0,965	0,374	2,580	0,339	0,733	0,462
	Com Intervenção	0,364	0,374	0,973	-1,235	0,733	-1,685
Vitalidade	Sem Intervenção	0,731	0,374	1,955	-0,437	0,733	-0,596
	Com Intervenção	0,186	0,374	0,497	-1,191	0,733	-1,625
Função Social	Sem Intervenção	0,741	0,374	1,981	-0,043	0,733	-0,059
	Com Intervenção	0,175	0,374	0,468	-1,030	0,733	-1,405
Desempenho Emocional	Sem Intervenção	0,544	0,374	1,455	-0,751	0,733	-1,025
	Com Intervenção	0,262	0,374	0,701	-0,880	0,733	-1,201
Saúde Mental	Sem Intervenção	0,811	0,374	2,168	-0,062	0,733	-0,085
	Com Intervenção	0,194	0,374	0,518	-1,311	0,733	-1,789

Na tabela 10 estão apresentadas as correlações entre a dimensão Saúde Geral e as restantes dimensões, segundo determinado por Ferreira e Santana (2003). Partindo do pressuposto que existe uma correlação significativa para valores superiores a 0,01, e de acordo com os valores apresentados, e verifica-se que todas as correlações são superiores a 0,7, o que indicam uma associação alta (Pestana & Gagueiro, 2005).

Tabela 10. *Matriz de correlações de Pearson entre as escalas do SF-36v2*

	SG	FF	DF	DC	V	FS	DE	SM
SG	1							
FF	,824	1						
DF	,762	,879	1					
DC	,779	,857	,891	1				
V	,827	,857	,839	,898	1			
FS	,787	,887	,916	,946	,907	1		
DE	,762	,879	,981	,893	,837	,914	1	
SM	,797	,849	,864	,895	,960	,910	,869	1

*Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (V), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM).*

### 5.3. Estudo de hipóteses

De forma a avaliar a qualidade de vida dos doentes com DPOC com e sem intervenção do Enfermeiro de reabilitação, foi utilizado como instrumento a escala SF-36vs2 nas suas respectivas dimensões.

Seguidamente são apresentadas as hipóteses formuladas no presente estudo.

#### Hipótese 1:

**H1:** Existem diferenças significativas nas componentes da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com intervenção do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Da análise de significância do Teste-T relativo ao resultado comparativo dos dois grupos (Sem Intervenção) e grupo (Com Intervenção), nas componentes *Saúde Física* e *Saúde Mental* e cujos dados estão apresentados na Tabela 11, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em ambas as componentes *Saúde Física* ( $p=0,002$ ) e *Saúde Mental* ( $p=0,003$ ), com os valores médios a serem superiores no grupo com intervenção. Assim, a componente *Saúde Física* apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=43,65$ ;  $DP=19,304$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=28,43$ ;  $DP=23,245$ ). A componente

*Saúde Mental* apresenta também média superior no grupo Com Intervenção (M=44,76; DP=21,340) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=29,01; DP=25,226).

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação da Hipótese 1.

Tabela 11. *Teste T de Student – Inferência Estatística componentes saúde física e saúde mental SF-36v2*

	Sem Intervenção (n=40)		Com intervenção (n=40)		P
	Média	DP	Média	DP	
Saúde Física	28,43	23,245	43,65	19,304	0,002
Saúde Mental	29,01	25,226	44,76	21,340	0,003

### Hipótese 2:

**H2:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com intervenção do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Da análise de significância do Teste-T relativo ao resultado comparativo dos dois grupos (Sem Intervenção) e grupo (Com Intervenção), cujos dados estão apresentados na Tabela 12, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Função Física* ( $p=0,001$ ), *Dor Corporal* ( $p=0,002$ ), *Saúde Geral* ( $p=0,001$ ), *Vitalidade* ( $p=0,001$ ), *Função Social* ( $p=0,005$ ), e *Saúde Mental* ( $p=0,002$ ).

A *Função Física* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=49,38; DP=20,450) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=31,88; DP=24,513).

A *Dor Corporal* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=45,22; DP=19,736) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=29,25; DP=23,866).

A *Saúde Geral* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=40,95; DP=16,771) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=22,60; DP=23,576).

A *Vitalidade* apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=43,91; DP=21,300) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=23,59; DP=22,775).

A *Função Social* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=45,63; DP=20,907) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=30,31; DP=26,688).

O *Saúde Mental* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=48,88; DP=23,493) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=30,88; DP=26,236).

As dimensões *Desempenho Emocional* e *Desempenho Físico*, com valores de p respetivamente de 0,114 e de 0,130 não apresentando assim, diferenças estatisticamente significativas.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 2.

Tabela 12. *Teste T de Student – Inferência Estatística dimensões SF-36v2*

	Sem Intervenção (n=40)		Com intervenção (n=40)		P
	Média	DP	Média	DP	
Função Física	31,88	24,513	49,38	20,450	0,001
Desempenho Físico	30,00	27,670	39,06	25,269	0,130
Dor Corporal	29,25	23,866	45,22	19,736	0,002
Saúde Geral	22,60	23,576	40,95	16,771	0,001
Vitalidade	23,59	22,755	43,91	21,300	0,001
Função Social	30,31	26,688	45,63	20,907	0,005
Desempenho Emocional	31,25	28,102	40,63	24,254	0,114
Saúde Mental	30,88	26,236	48,88	23,493	0,002

### Hipótese 3:

**H3:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes grupos etários.

Na tabela 13, encontram-se diferenças significativas nos indivíduos da amostra com intervenção do enfermeiro de reabilitação na faixa etária <50 na dimensão *Dor Corporal*, nas faixas etárias 50-74 e > 75 anos, nas dimensões *Função Física*, *Saúde Geral* e *Vitalidade*.

A *Dor Corporal* apresenta média superior na faixa etária, no grupo Com Intervenção (M=05,64; DP=01,87) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=03,88; DP=01,61).

A *Função Física* na faixa etária dos 50-74 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=20,25; DP=04,41) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=16,86;

DP=04,90), e na faixa etária > 75 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=20,28; DP=03,58) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=15,55; DP=04,53).

A *Saúde Geral* na faixa etária dos 50-74 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=13,51; DP=03,74) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=10,22; DP=04,38), e na faixa etária > 75 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=13,40; DP=02,71) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=08,60; DP=05,27).

A *Vitalidade* na faixa etária dos 50-74 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=11,25; DP=03,27) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=08,18; DP=03,86), e na faixa etária > 75 anos, apresenta média inferior no grupo Com Intervenção (M=11,78; DP=03,04) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=07,44; DP=03,94).

Nos indivíduos da amostra sem intervenção do enfermeiro de reabilitação verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, independentemente da faixa etária.

As diferenças das médias são estatisticamente significativas no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação quando comparadas com o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação nas faixas etárias 50-74 anos e >75 anos, nas dimensões Função Física, Saúde Geral, Vitalidade. Na faixa etária <50 anos apenas se verifica na dimensão Dor Corporal.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 3.

Tabela 13. *Teste T de Student – Inferência Estatística SF-36v2 por grupo etário*

<b>Idade</b>	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
<b>&lt;50</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	16,00	08,00	03,88	08,71	07,11	04,00	06,11	10,00
<i>DP</i>	05,65	04,69	01,61	05,20	02,97	01,87	03,62	04,52
<i>M</i> (com Interv)	18,70	09,50	05,64	12,38	09,60	05,20	07,20	13,50
<i>DP</i>	04,39	04,27	01,97	03,70	03,97	01,75	03,19	04,88
<b><i>P</i></b>	0,267	0,478	0,043	0,101	0,139	0,169	0,499	0,123
<b>50-74</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	16,86	09,13	14,87	10,22	08,18	04,54	07,04	11,45
<i>DP</i>	04,90	04,40	02,25	04,38	03,86	02,19	03,38	05,49
<i>M</i> (com Interv)	20,25	09,87	06,13	13,51	11,25	05,56	07,62	14,43
<i>DP</i>	04,41	04,50	01,96	03,74	03,27	01,86	03,24	05,26
<b><i>P</i></b>	0,033	0,618	0,075	0,018	0,012	0,132	0,597	0,100
<b>&gt;75</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	15,55	08,77	04,78	08,60	07,44	04,55	06,66	11,66
<i>DP</i>	04,53	04,65	02,39	05,27	03,94	02,40	03,39	05,70
<i>M</i> (com Interv)	20,28	11,21	06,30	13,40	11,78	06,07	08,64	16,07
<i>DP</i>	03,58	03,37	01,54	02,71	03,04	01,38	02,37	03,81
<b><i>P</i></b>	0,019	0,197	0,116	0,029	0,014	0,113	0,148	0,063

*Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (V), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM).*

#### Hipótese 4:

**H4:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes sexos.

Na tabela 14, não existem diferenças significativas no sexo masculino em todas as dimensões, no grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, comparativamente ao grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

No sexo feminino, há diferenças estatisticamente significativas, em todas as dimensões, no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, comparativamente ao grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, sendo os valores de p inferiores a 0,05 em todas as dimensões.

A *Função Física* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=53,86; DP=19,51) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=31,11; DP=24,47).

A *Desempenho Físico* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=46,31; DP=24,67) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=25,69; DP=27,86).

A *Dor Corporal* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=50,30; DP=16,65) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=24,57; DP=24,15).

A *Saúde Geral* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=45,41; DP=16,59) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=17,44; DP=18,04).

A *Vitalidade* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=48,58; DP=21,47) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=21,18; DP=21,77).

A *Função Social* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=50,00; DP=20,04) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=24,31; DP=25,89).

O *Desempenho Emocional* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=48,11; DP=23,84) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=27,31; DP=28,84).

O *Saúde Mental* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=54,09; DP=22,87) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=25,83; DP=25,16).

As diferenças das médias são estatisticamente significativas e atingem todos os domínios na Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental no sexo feminino no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

No sexo masculino não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios da Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade,

Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental, no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, sendo os valores de p superiores a 0,05 em todas as dimensões.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 4.

Tabela 14. *Teste T de Student – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 por sexo*

<b>Sexo</b>	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
<b>Masculino</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	32,50	33,52	33,08	26,82	25,57	35,23	34,47	35,00
<i>DP</i>	25,11	27,65	23,48	26,97	23,85	26,90	27,73	26,95
<i>M</i> (com Interv)	43,89	30,21	39,01	35,50	38,19	40,28	31,48	42,50
<i>DP</i>	20,76	23,70	21,83	15,75	20,21	21,25	22,06	23,28
<b><i>P</i></b>	0,132	0,690	0,417	0,235	0,083	0,521	0,713	0,358
<b>Feminino</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	31,11	25,69	24,57	17,44	21,18	24,31	27,31	25,83
<i>DP</i>	24,47	27,86	24,15	18,04	21,77	25,89	28,84	25,16
<i>M</i> (com Interv)	53,86	46,31	50,30	45,41	48,58	50,00	48,11	54,09
<i>DP</i>	19,51	24,67	16,65	16,59	21,47	20,04	23,84	22,87
<b><i>P</i></b>	0,002	0,018	0,001	0,001	0,001	0,001	0,017	0,001

*Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (V), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM).*

### Hipótese 5:

**H5:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes estados maritais.

Na tabela 15, verifica-se que existem diferenças significativas nos indivíduos da amostra casados, em todas as dimensões, com os valores de p inferiores a 0,05 em todas as dimensões exceto nas dimensões DF e DE, com valores de p respetivamente de 0,107 e 0,088.

Nos indivíduos da amostra não casados, não apresentam diferenças significativas em nenhuma das dimensões no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A *Função Física* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=19,96; DP=03,97) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=16,14; DP=04,80).

A *Dor Corporal* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=06,26; DP=01,81) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=04,46; DP=02,08).

A *Saúde Geral* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=13,27; DP=03,28) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=09,44; DP=04,38).

A *Vitalidade* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=11,18; DP=03,69) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=07,37; DP=03,40).

A *Função Social* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=05,81; DP=01,75) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=04,37; DP=02,16).

O *Saúde Mental* apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=14,88; DP=04,85) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=10,81; DP=04,96).

As diferenças das médias são estatisticamente significativas nos indivíduos da amostra casados em todas as dimensões exceto Desempenho Físico e Desempenho Emocional no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 5.

Tabela 15. *Teste T de Student – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 por estado marital*

<b>Estado</b>	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
<b>Casado</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	16,14	08,51	04,46	09,44	07,37	04,37	06,55	10,81
<i>DP</i>	04,80	04,42	02,08	04,38	03,40	02,16	03,43	04,96
<i>M</i> (com Interv)	19,96	10,44	06,26	13,27	11,18	05,81	08,07	14,88
<i>DP</i>	03,97	04,20	01,81	03,28	03,69	01,75	02,96	04,85
<b><i>P</i></b>	0,003	0,107	0,001	0,001	0,001	0,010	0,088	0,004
<b>Não Casado</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	16,84	09,38	04,98	09,67	08,61	04,53	07,15	11,92
<i>DP</i>	05,25	04,55	02,30	05,52	04,09	02,14	03,33	05,93
<i>M</i> (com Interv)	19,69	09,84	05,66	13,01	10,69	05,30	07,46	14,53
<i>DP</i>	04,47	03,82	01,68	03,62	02,83	01,49	02,87	04,53
<b><i>P</i></b>	0,151	0,782	0,397	0,083	0,147	0,301	0,803	0,220

*Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (V), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM).*

### **Hipótese 6:**

**H6:** Existem diferenças significativas nas dimensões da QDV dos doentes com DPOC integrados nos grupos com do enfermeiro de reabilitação e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes níveis de escolaridade.

Na tabela 16, encontram-se diferenças significativas nos indivíduos da amostra com intervenção do enfermeiro de reabilitação no inferior básico nas dimensões FF, DC, SG, V e no superior básico, em todas as dimensões exceto nas dimensões DF e DE.

A *Função Física* na escolaridade inferior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=21,04; DP=04,11) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=17,62; DP=04,94) e no superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=18,57; DP=03,74) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=14,50; DP=04,33).

A *Dor Corporal* na escolaridade inferior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=06,61; DP=01,75) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=05,27;

DP=02,27) e no superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=05,46; DP=01,63) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=03,66; DP=01,55).

A *Saúde Geral* na escolaridade inferior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=14,01; DP=03,21) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=10,10; DP=04,78) e no superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=12,27; DP=03,35) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=08,65; DP=04,62).

A *Vitalidade* na escolaridade inferior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=11,85; DP=03,32) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=08,58; DP=03,94) e no superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=10,10; DP=03,34) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=06,56; DP=02,82).

A *Função Social* na escolaridade superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=05,10; DP=01,59) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=03,43; DP=01,26).

O *Saúde Mental* na escolaridade superior básico apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=14,00; DP=04,77) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=09,31; DP=03,97).

As médias apresentam diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos da amostra com intervenção do enfermeiro de reabilitação com o nível de escolaridade inferior básico nas dimensões Função Física, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade e com o nível de escolaridade superior básico em todas as dimensões excepto no Desempenho Físico e no Desempenho Emocional.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 6.

Tabela 16. *Teste T de Student – Inferência Estatística dimensões SF-36v2 nível de escolaridade*

<b>Escolaridade</b>	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
<b>Inferior Básico</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	17,62	09,95	05,27	10,10	08,58	05,08	07,58	12,41
<i>DP</i>	04,94	04,70	02,27	04,78	03,94	02,35	03,58	05,68
<i>M</i> (com Interv)	21,04	11,09	06,61	14,01	11,85	06,14	08,57	15,47
<i>DP</i>	04,11	03,78	01,75	03,21	03,32	01,62	02,59	04,63
<b><i>P</i></b>	0,015	0,374	0,032	0,002	0,004	0,084	0,292	0,530
<b>Superior Básico</b>								
<i>M</i> (sem Interv)	14,50	07,06	03,66	08,65	06,56	03,43	05,50	09,31
<i>DP</i>	04,33	03,41	01,55	04,62	02,82	01,26	02,65	03,97
<i>M</i> (com Interv)	18,57	09,31	05,46	12,27	10,10	05,10	07,10	14,00
<i>DP</i>	03,74	04,21	01,63	03,35	03,34	01,59	03,10	04,77
<b><i>P</i></b>	0,006	0,090	0,020	0,015	0,002	0,002	0,109	0,003

*Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (V), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM).*

## 6. Discussão dos resultados

Após o processo de recolha de dados, seu tratamento estatístico e respetiva análise, conseguiram-se dados relativos ao objeto de estudo.

Os resultados apresentados neste trabalho sobre “*Ganhos em Saúde com as Intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação em doentes com DPOC*”, são centrados na análise dos dados observados em relação à amostra.

Após a análise descritiva e inferencial feita anteriormente podem-se tirar algumas ilações, com base nos autores consultados e citados no enquadramento teórico do problema em estudo.

Trata-se de uma fase fundamental num estudo de investigação, pois permite evidenciar os resultados mais significativos e confrontá-los com o quadro conceptual que serviu de base ao estudo.

Procedeu-se então à discussão dos resultados, de forma sequencial, tendo em conta a sua apresentação. Desta forma, em primeira instância proceder-se-á à análise variáveis pessoais e clínicas, procedendo-se seguidamente da análise da conduta das variáveis da amostra em estudo bem com a sua relação com a qualidade de vida no doente com DPOC, com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

### **Caraterização sociodemográfica**

Este estudo é composto por amostra de 80 doentes com o diagnóstico de Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva, sendo que do total da mostra a mesma se divide, em 40 doentes que foram sujeitos a intervenção do enfermeiro de reabilitação e os restantes 40 sem intervenção de enfermagem de reabilitação. Relativamente aos dados sociodemográficos, que representam a amostra, verifica-se no que diz respeito à idade dos inquiridos, que a maior representação encontra-se na faixa etária dos 50-74 anos no grupo sem intervenção de enfermagem que corresponde a 60,00% da amostra, por sua vez no grupo com intervenção a faixa etária de maior relevo também se centra nos 50-74 anos, com uma representação na amostra do grupo com intervenção de enfermagem de 52,50%.

Os resultados evidenciados no estudo estão de acordo com os resultados do estudo apresentados por Aguiar (2010), realizado na Universidade da Beira Interior, corroborando também a informação apresentada pela Direção Geral da Saúde (2005), que de acordo com os mesmos a prevalência da DPOC aumenta com a Idade. Existem inúmeros estudos a comprovar esta evidência, quer sejam nacionais ou internacionais, como é o caso do estudo realizado por Kerkoski et al. (2010).

Relativamente ao sexo não houve discrepâncias, uma vez que foi critério de inclusão do investigador igualdade de proporção em sexo, por grupo, ou seja na totalidade de 80 doentes da amostra, no grupo com e sem intervenção de enfermagem de reabilitação, 40 doentes representam o sexo masculino num total de 50,00%, e 40 doentes do sexo feminino representarem os restantes 50,00%.

Este propósito foi definido com o intuito de obter maior fidedignidade em relação à variável sexo, uma vez que existe um determinado predomínio da DPOC no sexo masculino, como são o caso dos estudos de Couto (2010), Moreira (2009), Dourado et al. (2004) e no entanto como esta tendência tem vindo a mudar ao longo do tempo, opinião corroborada por Pessôa e Pessôa (2009), que acrescenta que o risco para a DPOC torna-se igual para homens e mulheres, o que vem reforçar a opção do investigador.

No que concerne à situação profissional, verifica-se que na amostra em estudo, quer no grupo sem intervenção de enfermeiro de reabilitação, quer no grupo com intervenção, constata-se que em ambos predomina a condição de reformado com 65,00% e 52,50% precisamente. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo apresentados por Godoy (2008), na qual prevalece também a condição de reformado no doente com DPOC. Também num estudo de Martins (2013), sobre a qualidade de vida na pessoa com DPOC, numa amostra de 30 doentes, relativamente à variável profissão verificou-se que 90% eram aposentados, o que está de acordo com o presente estudo.

Quanto ao estado civil, e escolaridade dos doentes pertencentes à amostra, nos dois grupos sem intervenção e com intervenção do enfermeiro de reabilitação, verificou-se que 67,50% dos inquiridos eram casados. Verificou-se também relativamente à escolaridade que em ambos os grupos prevalece um baixo nível de escolaridade (ensino básico), no entanto no grupo sem intervenção é mais representativa com 60,00% ao invés do grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação com 52,50%. Estes resultados estão de acordo com os estudos realizados por Couto (2010), Pereira (2009), Vargas et al. (2001), nos quais os seus inquiridos eram principalmente casados e com baixa escolaridade, situação similar ao do presente estudo.

Relativamente às variáveis clínicas, nomeadamente no que diz respeito os hábitos tabágicos, o presente estudo é indicador de que em ambos os grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, prevalecem os hábitos tabágicos maioritariamente, a traduzirem uma taxa de 60,00% no grupo sem intervenção e 55,00% no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação. De fato estes valores não surpreendem, uma vez que o consumo de tabaco se assume como fator de risco para a DPOC. Assim sendo, e perante tais fatos, os diversos estudos consultados comprovam exatamente a mesma premissa correspondente a

uma maior incidência de fumadores ou ex-fumadores, nos doentes com DPOC, como comprovam os estudos realizados por Pinto et al. (2010), Carneiro et al. (2010) e Arregui et al. (2007).

Identificou-se relativamente ao Grau da DPOC, em ambos os grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, um predomínio do Grau III, sendo que no grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação representa uma taxa de 95,00% e no grupo com intervenção 90,00%, o que traduz que a amostra em estudo para ambos os grupos se apresenta numa fase avançada da doença. Estes resultados estão de acordo com os apresentados por outros estudos, concretamente o de Carneiro et al. (2010), que também evidencia uma elevada taxa nos inquiridos no Grau III. Estes dados podem estar relacionados, com o fato de os doentes não manifestarem sintomatologia significativa, apesar de por vezes já apresentarem baixos volumes expiratórios aquando da realização da espirometria, o que se pode traduzir num diagnóstico tardio da doença.

No que toca ao uso oxigenoterapia na nossa amostra, verifica-se quer no grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação quer no grupo com intervenção, um recurso à mesma com taxas de 50,00% e 62,50% nos grupos respetivamente. Estes dados estão de acordo com Wedzicha e Martinez (2009), uma vez que os mesmos consideram a oxigenoterapia uma necessidade frequente nos doentes com DPOC, devido às alterações provocadas ao nível pulmonar, sendo estas de carácter progressivo e irreversível.

### **Relação entre a qualidade de vida e as intervenções do enfermeiro de reabilitação**

A intervenção do enfermeiro de reabilitação veio-nos demonstrar a sua importância na melhoria da qualidade de vida no doente com DPOC, o que demonstra uma maior percepção por parte do doente do seu estado de saúde. Isto traduz-se em diferenças entre o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação e o grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

De acordo com Griffiths, Burr, Lewis-Jenkins e Mullins (2000) a escala SF-36 vs2 revela grande sensibilidade para estudos referentes aos programas de reabilitação respiratória. Deste modo, são inúmeros os estudos realizados com esta escala na avaliação da eficácia dos programas de reabilitação no doente com DPOC.

Num estudo realizado por Boueri e Glenn (2001), a 37 indivíduos com DPOC grave, submetidos a um programa de reabilitação e utilizando o instrumento genérico SF-36 vs2, verificou-se uma melhoria nas componentes da Qualidade de Vida, Saúde Física e Saúde Mental, o que está de acordo com o presente estudo.

Assim como, Mahler e Mackiowiack (1995) que demonstraram também através da aplicação da escala SF-36vs2, num grupo de 50 indivíduos com DPOC, submetidos a um programa de reabilitação respiratória, obtiveram melhoria nas componentes da Qualidade de Vida, Saúde Física e Saúde Mental. Verril et al. (2005) apoia os resultados do investigador, no seu estudo num programa de reabilitação em doentes com DPOC, no qual verificou que houve uma melhoria significativa do estado de saúde nas duas componentes da qualidade de vida a saúde física e saúde mental.

Para que um programa de enfermagem de reabilitação seja bem-sucedido o mesmo deve atender aos problemas psicológicos, sociais, emocionais e físicos de forma a que o enfermeiro de reabilitação possa ajudar o doente com DPOC a otimizar os mesmos.

A reabilitação respiratória é benéfica nas dimensões da Qualidade de Vida, Função Física, Função Social, Vitalidade e Saúde Geral de acordo com o estudo de Mahler e Mackiowiack (1995), que utilizaram o mesmo instrumento genérico SF-36, o que corrobora com o presente estudo no qual se verifica melhoria nas mesmas dimensões.

Verril et al. (2005), no seu estudo sobre a qualidade de vida nos doentes com DPOC submetidos a reabilitação pulmonar a curto e longo prazo constatou melhorias nas dimensões Função Física, Vitalidade e Saúde Mental.

Kongsgaard et al. (2004), num estudo efetuado a doentes com DPOC submetidos a um programa de reabilitação de resistência física e treino demonstrou que houve uma melhoria em todas as dimensões da qualidade de vida medidas pelo SF-36vs2.

Deste modo, os resultados apresentados no presente estudo são corroborados com as conclusões de outros estudos, que demonstram que a intervenção de enfermagem de reabilitação tem repercussões positivas quer ao nível das componentes mas também dimensões da qualidade de vida do doente medidas pelo SF-36vs2 (Spiriduso & Cronin, 2001, Okuma, 1999).

### **Relação entre a qualidade de vida, aspetos sociodemográficos e as intervenções do enfermeiro de reabilitação**

Os programas de reabilitação é um processo extenso, continuo e requer um forte envolvimento por parte do doente e do enfermeiro (Mancussi & Faro, 2006).

Este processo é primordial que seja adaptado a cada doente e família e inseri-lo sempre no seu contexto económico, social e cultural, só deste modo é que será bem-sucedido e proporcionará melhoria da qualidade de vida.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação deverá atender a aspetos como o grupo etário, sexo, estado marital e nível de escolaridade, uma vez que a sua perceção é fundamental para reajustar o plano de reabilitação dando primazia á individualidade do doente com DPOC.

A idade com o decorrer do tempo leva a alterações fisiológicas que devem ser colmatadas com programas de reabilitação (Ries et al., 1995).

De acordo com os estudos de Roomi e Waters (1996) e Couser et al. (1995), nas suas amostras, em doentes com DPOC submetidos a programa de reabilitação pulmonar, verificaram que os doentes mais idosos apresentavam melhoria a curto prazo da função física, o que está de acordo com o presente estudo onde se verifica igualmente nos grupos etárias entre os 50-74 anos e >75 anos onde há melhoria da função física, saúde geral e vitalidade.

Segundo o estudo realizado por Mador et al. (2004) os doentes idosos submetidos a programas de reabilitação com DPOC têm a mesma qualidade de vida que a população saudável com as mesmas idades.

De acordo com o estudo de Cedano (2012) que estudou os doentes com DPOC, a realizar oxigenoterapia e que se encontram em programa de reabilitação conclui que a população idosa melhora nas dimensões vitalidade e função física, corroborando também com o estudo de Manguera et al. (2009).

A variável sexo no presente estudo determinou que o sexo feminino apresenta melhoria em todas as dimensões com intervenção do enfermeiro de reabilitação, o que vai ao encontro do estudo realizado por Katsura et al. (2007), sobre a influência do sexo na qualidade de vida em doentes com DPOC, o qual conclui que o sexo feminino apresenta melhoria na dimensão saúde geral e função social. Este fato pode também estar associado, de acordo com Fournier (2004), ao fato de as diferenças entre homens e mulheres se deverem a construções sociais e culturais, como é o caso da população nortenha. Facto que também está de acordo com o estudo de Pereira (1993), que realça as características únicas do povo nortenho, no que diz respeito a características sociais e culturais distintas de todo o país feito através da sua imagem moral, das suas tradições e costumes, o que o define como uma população homogénea bem definida, o que pode justificar os resultados apresentados em relação à variável sexo neste estudo.

A qualidade de vida é fundamental quando se fala do doente com DPOC, deste modo, este, deve ter a maior autonomia funcional possível, para que a sua vida decorra com normalidade. Cedano (2012), num estudo realizado a uma amostra com 80 doentes com DPOC, a realizar oxigenoterapia, em programa de reabilitação respiratória, conclui que os

doentes casados melhoraram nas dimensões saúde mental, vitalidade, função física e função social, o que está de acordo com o presente estudo.

Também segundo o estudo de Eisner et al.(2011), o mesmo conclui que os doentes com DPOC em programa de reabilitação que têm um companheiro melhoram a nível da qualidade de vida.

Também, no estudo de Cedano (2012) os doentes com nível de escolaridade superior apresentam melhores resultados a nível da função física, saúde mental, vitalidade e dor corporal. Segundo Keroski et al. (2010) e Moy et al. (2009) os doentes com baixo nível de escolaridade têm pior qualidade de vida, o que corrobora com os resultados encontrados na amostra do presente estudo.

Os resultados obtidos com a aplicação da escala SF-36vs2 levam-nos a concluir que há melhorias estatisticamente significativas nos doentes com DPOC com intervenção do enfermeiro de reabilitação relativamente aos doentes sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Todavia, é preponderante, dar continuidade a novos estudos, com o objetivo de aumentar a consistência dos resultados obtidos.

## Conclusões, limitações e sugestões

A problemática a que me propus estudar é assim pertinente e importante, uma vez que cada vez, há mais doentes com DPOC, com internamentos recorrentes e que não têm qualquer acessibilidade a programas de reabilitação respiratória.

A DPOC, pelas suas características, crónica e incapacitante, com implicações na qualidade de vida da pessoa e no seu contexto sociofamiliar, este estudo torna-se imperativo numa atuação multidisciplinar, onde se insere a enfermagem de reabilitação, para melhorar ou suprimir as dificuldades sentidas por estas pessoas no desempenho das suas atividades de vida diária. Deste modo, os profissionais envolvidos no processo de Reabilitação das pessoas com DPOC, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação, precisam de lhes garantir todos os recursos e informações disponíveis, para promover ao máximo as suas funções e atividades, através de uma orientação individualizada baseada num suporte físico, emocional e educacional.

Assim, perante os objetivos e hipóteses enunciadas pode-se, concluir que a intervenção do enfermeiro de reabilitação melhora a qualidade de vida no doente com DPOC, contribuindo para que a realização das atividades de vida diárias sejam feitas de forma mais célere, demonstrando este estudo que os doentes com DPOC que tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação apresentam médias mais altas, pelo que são estatisticamente significativas quer nas duas grandes componentes da qualidade de vida medidas pelo instrumento SF-36vs2, a **Saúde Física** e **Saúde Mental**, mas como também nas dimensões da qualidade de vida, **Função Física**, **Dor Corporal**, **Saúde Geral**, **Vitalidade**, **Função Social** e **Saúde Mental**, quando comparados com os doentes com DPOC que não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

De salientar também a relação entre a percepção do estado de saúde e outras variáveis independentes com papel preponderante na influência nas variáveis sociodemográficas na qualidade de vida do doente com DPOC.

De acordo com Araújo (2013) como referido anteriormente, a DPOC tem sido ao longo dos anos a principal causa de internamentos, registando em 2012, novamente um ligeiro aumento relativamente aos anos anteriores, pelo que se torna fundamental tomar medidas eficazes de forma a evitar e reduzir estes internamentos.

Assim deste modo reabilitação respiratória constitui-se como uma medida necessária e fundamental relativamente aos seus benefícios na recuperação do doente, quer seja na diminuição das exacerbações, e na recuperação precoce nos internamentos.

Deste modo, podemos concluir que o enfermeiro de reabilitação é uma mais-valia para os doentes com DPOC, uma vez que através das suas intervenções, como refletiu o presente estudo, demonstrou ganhos em saúde para o doente e conseqüentemente para as instituições de saúde.

No que se refere a dificuldades residiram na escassez de bibliografia no que concerne à pesquisa de estudos semelhantes ao realizado, na área de enfermagem de reabilitação no doente com DPOC.

Espero que a realização deste trabalho sirva para motivar novos estudos, de forma a que se recorra a estratégias de gestão, designadamente de recursos humanos nos serviços de internamento, mais efetiva na gestão desta doença crónica de cariz prioritário.

De acordo com os resultados obtidos, penso ser pertinente a existência de programas de reabilitação e se possível operacionalização num maior número de doentes com DPOC, de forma a que consigam manter a sua qualidade de vida e evitar os reinternamentos sucessivos.

Em suma, os resultados obtidos neste estudo “Ganhos em Saúde com as Intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação em doentes com DPOC” vieram confirmar e reforçar, pelo menos em grande medida, os pressupostos de partida. Sugiro a continuidade da realização de estudos nesta área, nomeadamente na influência da relação das variáveis independentes deste estudo na percepção do estado de saúde do doente com DPOC, no sentido de reforçar as medidas promotoras da qualidade vida do doente e da sua autonomia. Deste modo, penso que este estudo pode ser um ponto de partida nesta área.

## Referências bibliográficas

### Livros e artigos científicos

- Aguiar, A. C. (2010). *Avaliação Multidisciplinar de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* (Tese de Mestrado). Recuperado de [http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar\\_\\_tesem.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar__tesem.pdf).
- Andrade, M. M. (2009). *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação* (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Andrew, L.R., Bauldoff, S., Carlin, B.W., Casaburi, R., Emery, C.F. & Mahler, D.A. (2007). Joint ACCP/AACVPR. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Pulmonary Rehabilitation*, 131, 4-42.
- Arregui, M. A., Ezquerro, K. L. & López, F. C. (2007). Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*, 24, 473-477. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci_abstract).
- Barros, P. (2006). *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Bethlen, N. (2002). *Pneumologia* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.
- Borges, M., Gouveia M., Costa J., Pinheiro L., Paulo S. & Carneiro (2009). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XV n.º 6 Novembro/Dezembro.
- Boueri F.M. & Bucher-Bartelson B.L., Glenn K.A., Make B.J. (2001). Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *US National library of medicine*, 119, 77-84. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157587>.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2ªed.). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Bub, M. C., Medrano C., Silva C. D., Wink S., Liss P.& Santos E.K.(2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na Enfermagem. *Texto contexto Enfermagem*, nº15, 152-157.
- Callegari-Jacques S.M. (2003). *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Campos, H. S. (2004). *O preço da DPOC*. Porto Alegre, Brasil: Pulmão RJ.
- Campos, M.O. & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde pública*, 32(2), 232- 240.

- Carneiro, R., Sousa, C., Pinto, A., Almeida, F., Oliveira, J. R. & Rocha, N. (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (5), 759-777.
- Cedano, S. (2012). Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 38 (3), 331-338.
- Coelho, J., Cunha, L. & Martins J. (2008). *Inferência estatística. Com utilização do SPSS e G\* power*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Couser J. L., Guthmann R. & Hamadih M.A., (1995). Pulmonary rehabilitation improves exercise capacity in older elderly patients with COPD. *US National library of medicine* 107, 730-34. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7874945>.
- Couto, M. B. (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. (Tese de Mestrado). Recuperado de: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010001275>.
- Dias, M.A. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida. Um estudo em indivíduos amputados do membro superior*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física do Porto, Portugal.
- Diogo, M.J. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista latino-americana*, 8 (1), 75-81.
- Dotti, T. (1998). Enfermagem de Reabilitação: internamento e programação para a alta. *Servir*, 46 (5), 239-241.
- Dourado, V. Z., Antunes, L. O., Carvalho, L. R. & Godoy, I. (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30 (3), 207-214. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a05.pdf>.
- Eisner M.D., Blanc P.D., Omachi T.A., Yelin E.H., Sidney S. & Katz P.P. (2011). Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *Journal Epidemiol Community Health*, 65, 26-34.
- Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: O papel da contratualização – Fatores Críticos do Contexto Português*. (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa de Lisboa, Portugal.

- Fernandes, I. M. R. (2007). Factores que influenciam a percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 3-13.
- Ferreira P.L. & Santana P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Qualidade de vida*, 21 (2). Recuperado de <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200303.pdf>.
- Ferreira PL. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – adaptação cultural e linguística. *Ata Médica Portuguesa*, 13 (1-2), 55-66. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2000-13/3/artigo10.htm>.
- Ferreira PL. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Ata Médica Portuguesa*, 13 (1-2), 55-66.
- Ferreira, M. (2005). *Empenbamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho de Braga, Portugal.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M., Cote, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fournier, M. (2004). La différence des sexes est-elle culturelle?. *Sciences Humaines*, 146, 22-24.
- Franchi M. (2010). *EFA Book on chronic obstructive pulmonary disease in Europe. Sharing and Caring*. Bruxelas, Bélgica: European Federation of Airway Diseases.
- Freitas, M. (2005). *Avaliação Económica em Saúde, Portal da Saúde*. Recuperado de [www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011Economia/EconomiaSaude\\_MarioFreitas](http://www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas).
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Galvez, D. S., Malaguti C., Battagim A.M., Nogueira A. & Velloso M. (2007). Avaliação do aprendizado de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica em um programa de reabilitação pulmonar. *Revista brasileira de Fisioterapia*, 11 (4), 311-317.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS para Windows passo a passo: Um guia simples e referência. 11,0 atualização* (4ª ed.). Boston, USA: Allyn & Bacon.

- Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease (2011). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, And Prevention*. Retrived from [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Pocket\\_May2512.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_May2512.pdf).
- Godoy, R.F. (2008). *Repercussão Tardia de um Programa de Reabilitação Pulmonar sobre os Índices de Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida e Desempenho Físico em portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Graça,L. (1996). *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva sociológica*. (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Griffiths T, Burr M, Campbell I, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shiels K. (2000). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *US National library of medicine*, 355, 362 - 368. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844512/>
- Griffiths T.L., Burr M.L., Campbell I.A. (2004). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomized controlled trial. *US National library of medicine*, 355, 362–8. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528218/>.
- Henriques, F.M. (2004). Paraplegia. Percursos de adaptação e qualidade de vida. *Formasau*.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Jardim J. B., Oliveira, J. A. & Nascimento O. (2005). Exacerbação infecciosa na doença pulmonar obstrutiva DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 7 (42). Recuperado de [http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple\\_124\\_40\\_dpoc\\_completo\\_finalimpresso.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_124_40_dpoc_completo_finalimpresso.pdf).
- Katsura H., Yamada K., Wakabayashi R. & Kida K.(2007). Gender associated differences in dyspnea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 12(3), 427-32.
- Kelly-Hayes, M. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (2ª ed.) pp. Loures, Portugal: Lusociência.

- Kerkoski, E., Borenstein, M. S. & Silva, G. V. (2010). Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(4), 825. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a24.pdf>.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª ed.). New York, USA: The Guilford Press.
- Kongsgaard M., Backer V., Jorgensen K., Kjaer M. & Beyer N. (2004). Heavy resistance training increases muscle size, strength and physical function in elderly male COPD-patients--a pilot study. *Respiratory Medicine*, 98, 1000-7.
- Larson, J., Johnson, J. & Angst, D. (2000). Respiratory Function and Pulmonary Rehabilitation. In Hoeman S. P. (Ed.). *Rehabilitation Nursing- Process and Application* (2ª ed., pp. 393-433). United States: Mosby.
- Leal, C. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. (Tese de Mestrado). Universidade dos Açores, Portugal.
- Leventhal, H., & Colman, S. (1997). Quality of life: a process review. *Psychology and Health*, 12, 753- 767.
- Lezaun, J.J. (2006). *Análisis de la Calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, Espanha: Colección Estudios Série Personas Mayores.
- Mador M.J., Bozkanat E., Aggarwal A., Shaffer M. & Kufel T.J. (2004). Endurance and strength training in patients with COPD. *US National library of medicine* 125(6), 2036 - 2045. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15189919>.
- Mahler D.A., Mackowiak J.I. (1995). Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. *US National library of medicine*, 107(6), 1585-9. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7781351>.
- Mancussi & Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 128-133.
- Mancussi, Faro, A. C. & Leite, V. B. E (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico – motora. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 39 (1), 92-96.

- Mangueira N.M., Viega I.L., Mangueira M. A., Pinheiro A.N. & Costa M. R. (2009). Correlation between clinical parameters and health-related quality of life in women with COPD. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(3), 248-55.
- Mannino D.M. & Buist A.S. (2007). Global Burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet*, 370, 765-763. Retrived from [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61380-4/abstract).
- Mannino, D. M. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respiratory Care*, 48 (12), 1185-1191.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edição Sílabo.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Martins, A. L. (2013). *A qualidade de vida na pessoa com DPOC contributos na cinesiterapia respiratória*. (Tese de Mestrado). Recuperado de [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1211/1/Ana\\_Martins.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1211/1/Ana_Martins.pdf)
- Martins, R. M. L. (2003). Enfermagem de Reabilitação: uma variável chave na promoção da saúde dos Idosos. *Sinais Vitais*, 46, 55-58.
- Mathers C.D. & Roncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine* 3, 2011-2030.
- Meneses, R. F. (2005). Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais. *Universidade Fernando Pessoa*. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67046/2/91471.pdf>.
- Moreira, G. L. (2009). Versão em português do Chronic Respiratory Questionnaire: estudo da validade e reprodutibilidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 35 (8), 737-744. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000800004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800004).
- Moy M.L., Reilly J.J., Ries A.L., Mosenifar Z., Kaplan R.M., Lew R. (2009). Multivariate models of determinants of health-related quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46, 643-54.
- Neto, J. M. & Amaral R. O. (2003). Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes com DPOC. *Lato&Sensu*, 4 (1), 1-4.
- Nolan, M. & Nolan J. (1998). Reabilitação: compreender a potencial contribuição da enfermagem. *Nursing*, 126, 20-24.

- O'Young, B., Young, M.A. & Stiens, S. A. (2000). *Segredos em Medicina Física e de Reabilitação: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Philadelphia, USA: Hanley & Belfus.
- Okuma, S. (1999). Impacto da Actividade Física sobre a Dimensão Psicológica do Idoso: uma análise sob a óptica da velhice bem-sucedida. *7 o . Congresso de Educação Física e Ciências do Esporte dos Países de Língua Portuguesa*, 1, 111-118.
- Pamplona P. (2006). *Tabagismo – do diagnóstico ao tratamento. Intervenção na prática clínica* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Editora Lidel.
- Pechorro, P., Poiares, C., Marôco, J. & Vieira, R. X. (2012). Traços psicopáticos e perturbação do comportamento em adolescentes Institucionalizados. *Psicologia, saúde e doenças*, 13 (2), 399-409.
- Pereira, Â. A. (2009). *Benefícios do treino de exercício físico na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Treino Combinado versus Treino Aeróbio*. (Tese de Doutoramento). Recuperado de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1748>.
- Pereira, E. (1993). Nupcialidade, divorcialidade e natalidade na Região do Norte (1991-92): uma história com moral . *Estatísticas & Estudos Regionais - Região Norte*, 2, 14-33.
- Pessôa, L. C. & Pessôa, R. S. (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*, 1 (1), 7-12. Recuperado de [http://www.sopterj.com.br/atualizacoes\\_tematicas/2009/02.pdf](http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/02.pdf).
- Pestana M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Pinto, M. J., González, J. R., Arenillas, J. I., Noguerras, A. M., Gómez, F. P. (2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16 (4), 543-558.
- Pires, M.J. (2009). *Fatores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. (Tese de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.
- Pryor, J. & WEBBER, B. (2002). *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Reilly, J. J., Silverman, E. K. & Shapiro, S. D. (2012). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Harrison's: Principles of Internal Medicine*, (18ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora McGraw-Hill Interamericana.
- Rhoades, R.A., & Bell, D.R. (2008). *Medical Physiology: Principles for Clinical Medicine* (3ª ed.). Baltimore, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2, 179-19. Recuperado de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994\\_23\\_179.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf).
- Ries A.I., Kaplan R.M. & Limberg T.M. (1995). Effects of pulmonar rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Internacional Medicine*, 122, 823-32.
- Robbins & Cotran (2006). *Patologia - Bases Patológicas* (7ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Roomi J., Johnson M.M. & Waters K. (1996). Respiratory rehabilitation, exercise capacity and quality of life in chronic airway disease in old age. *Age Ageing*, 25, 12-16.
- Rubin E. (2006). *Patologia: Bases Clinicopatológicas da Medicina* (4ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Rutherford M. (2010). The Valuation of Nursing Begins With Identifying Value Drivers. *The Journal of Nursing Administration*, 40, 115-120.
- Salman, G.F., Mosier, M.C., Beasley, B.W. & Calkins, D.R. (2003). Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 213-21.
- Scanlan, C.L., Wilkins, R.L. & Stoller, J.K. (2000). *Fundamentos da terapia respiratória de Egan* (1ª ed.). São Paulo, Brasil: Manole.
- Seeley, S. & Tate (2003). *Anatomia e Fisiologia* (6ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/281-288.pdf>.
- Silva, L.M.G. (2001). Breve reflexão sobre autocuidado no planeamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. *Revista latino-americana* 9 (4), 75-82.

- Silva, M. S. (2011). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01062011-093604/fr.php>
- Sivori, M., Almeida, M., Benzo, R., Boim, C., Brassesco, M. & Callejas, O. (2008). *Nuevo consenso argentino de rehabilitacion respiratória*. Buenos Aires, Argentina: Medicina.
- Souza, R.A. & Carvalho, A.M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.
- Spiriduso, W. & Cronin, D. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 598-608.
- Vargas, A. M., Zafra, M. J., Fernández, F. L., Crespo, F.M., Ruíz, A. J., Alarcón, F. S. (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*, 11(9), 530-539. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/original1.pdf>.
- Vasconcelos, R.; Santos, C., Bognar, L., Fom, M. & Gouvêa P. (2005). A Actuação da Fisioterapia na doença pulmonar obstructiva crónica. *FisioWeb*. Recuperado de <http://www.wgate.com.br/fisioweb>.
- Velloso, M.& Jardim, J.R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstructiva crónica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 580-586.
- Verrill D, Barton C, Beasley W, Lippard WM. (2005) The Effects of Short-term and Long-term Pulmonary Rehabilitation on Functional Capacity, Perceived Dyspnea, and Quality of Life. *US National library of medicine*, 128(2), 673-683. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100153>.
- Ware J.E., Kosinski M. & Dewey J.E. (2000). *How to Score Version 2 of the SF-36® Health Survey*. Lincoln, USA: QualityMetric Incorporated.
- Ware J.E., Kosinski M. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of Life*, 10, 405-413. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11763203>
- Wedzicha, J. A., & Martinez, F. J. (2009). *Chronic Obstrutive. Pulmonary Disease Exacerbations*. New York, USA: Informa Healthcare.

## Documentos e informações

- Araújo, A. (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão. Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Recuperado de [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf).
- Araújo, A. (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente. Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Recuperado de [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2013.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf).
- Araújo, A. T. (2007). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão*. Recuperado de [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2007.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2007.pdf).
- Araújo, A. T. (2008). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Fundação Portuguesa do Pulmão*. Recuperado de [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2008.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2008.pdf).
- Bárbara, C., Cruz, I. & Gomes, E. (2013). *Programa Nacional de prevenção de controlo da DPOC nos cuidados de saúde primários*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pnpcdpoc-ra2s2008-pdf.aspx>.
- Bárbara, C., Ramos, F., Almeida, M. & Gomes, M. J. (2004). *Programa Nacional de prevenção de controlo da DPOC*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-respiratorias-pdf.asp>.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2012a). *Programa Nacional para as doenças respiratórias – Orientações programáticas*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013-png.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Doenças Respiratórias em números*. Lisboa, Portugal.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2007). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Genebra: WHO Recuperado de: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport07\\_0108.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport07_0108.pdf).

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Pocket\\_May1342.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_May1342.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao%20125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf).
- World Health Organization (2008). *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf)
- World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/).

## **ANEXOS**

## **ANEXO I- QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO**

Exmo.(a) Sr.(a):

Chamo – me Fernando Costa, sou Enfermeiro Especializado em Enfermagem de Reabilitação, aluna do **Mestrado em Gestão das Organizações-Gestão de Unidades de Saúde**, a decorrer no Instituto Politécnico do Porto.

Este questionário surge inserido no trabalho de investigação, é dirigido aos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em regime de internamento. É constituído por oito perguntas que têm como objetivo a caracterização sócio - demográfica do doente com DPOC.

É assegurada a confidencialidade dos dados decorrentes do preenchimento deste questionário, que só serão utilizados mediante o seu consentimento.

Lembro que o seu **contributo** ainda que voluntário é **imprescindível**.

*Obrigado pela atenção*

## Caracterização Sócio – Demográfica

1. Idade \_\_\_\_

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Profissão \_\_\_\_\_

4. Estado Civil

Casado (a) / em união de facto

Solteiro (a)

Divorciado (a) / Separado (a)

Viúvo (a)

5. Habilitações Literárias

Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outros (especifique)

**6. Hábitos Tabágicos**

Sim

Não

**7. Gold ( III-IV) \_\_\_\_\_**

**8. Oxigenoterapia**

Sim

Não

**ANEXO II -QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (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:

Ótima	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 actividades 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 <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> 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 actividades 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 <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> 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?**

nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
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)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
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 III - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E  
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

CES 88-13

No CAR/Man 100001 DC  
14.55.

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 16 MAI 2013

Presidente do Conselho de Administração

Director Clínico Enfermeiros de Saúde Mental Médicos Dentistas

Dr. Margarida Pereira Dr. João Manuel Costa Dr. João Manuel Costa Dr. João Manuel Costa

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Fernando Jorge Almeida Costa

**Título do projecto de investigação:** Ganhos em Saúde com a Intervenção dos Enfermeiros de reabilitação em doentes com DPOC.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Medicina A1, A2, A3 e A4 do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 15 de Fevereiro de 2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Fernando Costa

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM  (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Fernando Jorge Almeida Costa, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 15 de Fevereiro de 2013

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

2013.02.12 FERNANDO COSTA  
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Em resposta ao parecer emitido pelo Relator, o interessado esclarece o seguinte:

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2013.04.22

[Assinatura]

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerse West 1996 e Edimburgo 2000)

## Designação do Estudo (em português):

"Ganhos em saúde com a  
> intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com DPOC"

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

**Assinatura do doente:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome: Fernando Jorge Almeida da Costa**

**Assinatura:** *Fernando Jorge Almeida da Costa*