

MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATRAVÉS DO SAINT GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)

Alexandre Fachin Bonilla¹, Silvane Tereza Chiodi², Luciana de Oliveira Gonçalves³, Emmanuel Alvarenga Panizzi⁴, Edilaine Kerkoski⁵

Universidade do Vale do Itajaí/Curso de Fisioterapia. Rua Uruguai, 458, Bl. 25A, Sala 207. CEP 88.302-202. Centro – Itajaí/SC

Resumo- A doença pulmonar obstrutiva crônica acarreta em alterações expressivas nas vidas das pessoas, podendo levar ao comprometimento da qualidade de vida. Objetivou-se com este estudo identificar os aspectos sintomáticos, de atividade física e o impacto psicossocial que influenciam na qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica. A amostra foi constituída por 35 pessoas com a doença estabilizada, de grau moderado e grave, sem restrição de sexo ou idade que residem no município de Itajaí/SC; a qualidade de vida foi avaliada através do *Saint George's Respiratory Questionnaire*. Após a entrevista, procedeu-se análise descritiva; utilizando a média, desvio padrão, e amplitude dos dados. Resultados: Os escores encontrados foram: para o domínio sintoma $61,98 \pm 19,64$, para a atividade $75,30 \pm 14,58$, para o impacto $58,27 \pm 15,06$, e o geral $64,05 \pm 12,89$. Com o aumento da expectativa de vida, começa a prevalecer as doenças crônicas, surgindo assim, a necessidade de se direcionar a atenção para a qualidade de vida destas pessoas, já que a mesma apresentou-se comprometida em nosso estudo.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; fisioterapia; qualidade de vida; SGRQ.

Área do conhecimento: ciências da saúde

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição patológica que tem como característica a obstrução do fluxo aéreo, resultando em bronquite crônica ou enfisema pulmonar (SCANLAN, C. L.; WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K., 2000).

A DPOC se apresenta como a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo. Segundo estatísticas, em 1990 a DPOC foi a décima segunda causa principal de mortalidade e incapacidade de vida e conforme projeções, no ano de 2020, a DPOC será a quinta causa principal de mortalidade e incapacidade de vida no mundo, ou seja, “depois da doença cardíaca isquêmica, da depressão crônica, dos acidentes de trânsito e das doenças cerebrovasculares” (GOLD, 2001). Segundo Jardim, Jones, Souza (2000) apesar de não se possuir dados exatos sobre a prevalência da DPOC no Brasil, acredita-se que 5 a 10% da população adulta seja portadora desta doença.

Segundo Ramos-Cerqueira, Crepaldi (2000) houve a emergência do conceito de qualidade de vida relacionado a saúde, devido ao aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas nas últimas décadas. Pois, aumentar quantitativamente a sobrevida do paciente nem sempre garante a qualidade na recuperação do seu estado físico, emocional e social.

Segundo Jardim, Jones, Souza (2000) foram desenvolvidos questionários de saúde geral para quantificar de forma numérica os distúrbios da

saúde vistos pelo paciente, podem ser aplicados nos vários tipos de doenças, tratamentos ou intervenções médicas, entre várias culturas e em lugares diferentes. Os questionários de saúde geral são: *Quality of Well Being Scale*, o *Sickness Impact Profile* e o *SF-36*, que abrangem todo o aspecto da doença, mas por outro lado, há uma redução dos itens relacionados às condições clínicas específicas.

Os mesmos autores relatam também, os questionários de saúde específica, onde é avaliada uma doença específica, podendo assim quantificar ganhos de saúde após o tratamento. Apresenta como vantagem, a obtenção de resultados detectando pequenas mudanças do curso da doença. Possuem uma fácil aplicabilidade e interpretação e têm sido muito aplicados nos últimos anos. Os dois principais questionários são: *The Chronic Respiratory Questionnaire* e o *Questionário do Hospital Saint George* na Doença Respiratória (SGRQ).

A utilização de instrumentos como o questionário do SGRQ, serve para auxiliar o direcionamento no tratamento das pessoas com DPOC. Rodrigues (2003), descreve este questionário como específico e auto-aplicável, ocorrendo em 3 domínios: sintomas, atividade (disfunção da mobilidade ou atividade física) e impacto psicossocial da doença respiratória visando à avaliação da qualidade de vida das pessoas com DPOC, para uma melhor detecção de melhorias clínicas.

Em vista desses motivos, o objetivo deste estudo foi o de identificar os aspectos

sintomáticos, de atividade física e o impacto psicossocial que influenciam na qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica.

METODOLOGIA

A população abordada na pesquisa consistiu de DPOC residentes no município de Itajaí – Santa Catarina. Os critérios de inclusão do estudo foram os seguintes: (1) apresentar diagnóstico de DPOC moderada e grave (VEF_1 menor que 49% do previsto pós-broncodilatador); (2) possuir doença estável, ou seja, sem necessidade de internação hospitalar nos trinta dias anteriores a avaliação; (3) apresentar funções neuro-cognitivas preservadas; (4) ser alfabetizado, adulto e concordar em participar do estudo. A função pulmonar foi avaliada por meio da espirometria, sendo que para a medida das variáveis capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e fluxo expiratório forçado (FEF), foi utilizado o espirômetro *Multispiro*[®] sendo o índice de *Tiffeneau* (VEF_1/CVF) derivado destas medidas. Foram utilizados os procedimentos técnicos e critérios de aceitabilidade recomendados pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2002). A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada através da aplicação do questionário *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), que consta de 76 itens e compreende três componentes: sintomas, atividade e impacto. O componente sintoma avaliou o nível da sintomatologia, incluindo frequência e duração da tosse, produção de “catarro”, falta de ar e “chiado no peito”, através de todas as questões (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) da parte 1 do questionário. O componente atividade preocupou-se com as causas e limitações relacionadas com a falta de ar durante as atividades, compreendendo as seções 2 e 6 da parte 2 do questionário. O impacto avaliou fatores relacionados com o emprego, estado de controle da doença, pânico, necessidade de medicação e seus efeitos, expectativa da saúde e distúrbios da vida diária, através das seções 1, 3, 4, 5 e 7 da parte 2 do questionário. Após a aplicação do questionário foram realizados os cálculos separadamente da pontuação dos componentes sintomas, atividade e impacto, e ainda a pontuação total, através do método de cálculo de pontuação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória.

A coleta de dados foi desenvolvida no Laboratório de Avaliação Cardiorrespiratória da Clínica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí em duas etapas, a saber: 1ª Etapa – contato inicial e avaliação. Nesta primeira etapa, foi realizada aquisição dos dados de identificação e anamnese, com o preenchimento

da ficha de avaliação/identificação. Nesta etapa também foram explicados aos participantes os objetivos e métodos do estudo, sendo que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento do formulário de consentimento informado. 2ª Etapa – testes, nesta segunda etapa, foram realizados a prova de função pulmonar e aplicação do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde (SGRQ).

Os participantes foram sistematicamente pesados, medidos e orientados quanto à realização do teste. Logo em seguida, os dados antropométricos foram transcritos para computador, que automaticamente forneceu os cálculos em relação ao sexo, idade, peso e altura do indivíduo em questão. A espirometria foi realizada, na posição sentada, com pés apoiados no solo e com as narinas ocluídas por um clipe nasal. O pesquisador solicitou ao participante que realiza-se a manobra respiratória de acordo com o parâmetro a ser avaliado, sendo que o próprio equipamento programado para aceitar ou não as curvas produzidas. Para cada participante, 3 curvas expiratórias forçadas tecnicamente aceitáveis, sendo que foi considerado apenas o melhor desempenho para efeito de análise. As provas foram realizadas pelo mesmo examinador, e sendo utilizadas sempre as mesmas palavras como forma de incentivo. Os resultados foram expressos em litros (L) e em porcentagem (%) dos valores previstos. Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde foi utilizada a versão brasileira do SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire*). O avaliador devidamente treinado aplicou o teste de forma individual e particular com o participante, sendo que responderam ao questionário lendo diretamente as perguntas, sempre na presença do avaliador. As dúvidas em relação às questões foram esclarecidas de acordo com o protocolo de aplicação. Procedeu-se análise descritiva; utilizando a média, desvio padrão, e amplitude dos dados. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI. Considerando os aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos, foram levados em conta os aspectos para a implementação da pesquisa, contemplando as determinações da Resolução como a autorização e consentimento dos sujeitos para o registro, utilização e divulgação das informações obtidas na pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A média de idade da amostra foi $65,88 \pm 9,52$ anos, variando entre 44 e 80 anos. As características da amostra quanto à estatura, peso, índice de massa corporal (IMC) e volume

expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) se encontram na Tabela 1.

Em relação à espirometria, observamos VEF1 médio de $41 \pm 15\%$ do previsto, sendo que 13 indivíduos apresentaram DPOC moderada IIA ($50\% \leq \text{VEF1} < 80\%$ do previsto), 14 apresentaram DPOC moderada IIB ($30\% \leq \text{VEF1} < 50\%$ do previsto) e 08 apresentaram DPOC grave ($\text{VEF1} < 30\%$ do previsto).

Tabela 1 – Média e desvio padrão das variáveis idade, estatura, peso, IMC e VEF₁.

Variável	Valor
Idade (anos)	65,88 ± 9,52
Estatura (m)	1,61 ± 0,08
Peso (kg)	63,38 ± 12,29
IMC (kg/m ²)	24,44 ± 4,57
VEF ₁ (l)	1,13 ± 0,45
VEF ₁ % pred (%)	45,85 ± 17,06

IMC (kg/m²): índice de massa corpórea; VEF₁ (l): volume expiratório forçado no primeiro segundo; VEF₁% pred (%): volume expiratório forçado expresso em porcentagem dos valores previstos.

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo SGRQ, com a amostra separada pelos graus da obstrução crônica a partir do VEF1, observamos o seguinte comportamento nos quatro componentes avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos componentes divididos pela gravidade da DPOC.

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo

Grau	Sintoma	Atividade	Impacto	Geral
Moderada	59,61 ±	74,77 ±	59,43 ±	64,11 ±
IIA (n=13)	18,91	17,36	14,02	12,63
Moderada	60,78 ±	72,49 ±	57,56 ±	62,62 ±
IIB (n=14)	22,08	13,01	14,16	12,82
Grave	67,92 ±	81,07 ±	57,63 ±	66,45 ±
(n= 08)	17,39	12,15	19,71	14,76

SGRQ, em toda a amostra, observamos o seguinte comportamento nos quatro componentes avaliados (Tabela 3).

Tabela 3 – Média, desvio padrão e intervalo de confiança dos componentes do SGRQ.

Componente	Média	DP	IC
Sintoma	61,98	19,64	[55,23;68,73]
Atividade	75,30	14,58	[70,29;80,31]
Impacto	58,27	15,06	[53,09;63,44]
Geral	64,05	12,89	[59,62;68,48]

DISCUSSÃO

A maioria dos artigos publicados em literatura nacional que utilizaram o Questionário do Hospital Saint George em seus estudos foi para comparação dos escores dos domínios sintoma,

atividade, impacto e geral da qualidade de vida pré e pós um programa de reabilitação pulmonar, embora em nosso estudo não tivéssemos a pretensão dessa análise utilizamos os valores dos escores apresentados nesses outros estudos para analisar e discutir os valores dos escores da qualidade de vida obtidos na população de DPOC avaliada na UNIVALI.

Foi realizado um estudo na Universidade Federal de São Paulo para avaliar a adaptação do Questionário Saint George para a língua portuguesa. Participaram desta avaliação 30 pessoas com DPOC. Souza, Jardim, Jones (2000) concluíram que a versão brasileira do SGRQ na doença respiratória é um instrumento válido e fidedigno para medir qualidade de vida em pessoas com DPOC no Brasil e os escores apresentados da qualidade de vida foram 55, 58 ± 18, 34 para o geral, 45,57 ± 17,96 para o impacto, 66,99 ± 19,87 para atividade, e 66, 69 ± 20,35 para sintoma. Os escores encontrados nesse estudo, exceto do sintoma, foram inferiores aos do nosso estudo.

Com o intuito de avaliar os fatores que poderiam interferir na qualidade de vida de 21 pessoas com DPOC que participavam de um programa de reabilitação pulmonar na Faculdade de Medicina de Botucatu (São Paulo), Dourado e colaboradores (2004) observaram com a utilização do SGRQ os seguintes escores para o domínio sintoma 52 ± 17 por cento, atividade 54 ± 24, impacto 43 ± 17 e geral 48 ± 16, mostrando uma qualidade de vida superior quando comparada a população do nosso estudo.

Em um estudo com 27 pessoas com DPOC no Hospital Universitário de Brasília, entre 54 e 72 anos de idade, estáveis clinicamente, com objetivo de analisar a eficácia de um programa de reabilitação pulmonar utilizaram o Questionário do Hospital Saint George e puderam constatar uma melhora na qualidade de vida nos três domínios. No domínio sintoma a porcentagem foi de 46 ± 20 e 38 ± 20, no domínio atividade foi de 55 ± 21 e 52 ± 19, no domínio impacto foi de 38 ± 16 e 29 ± 14, e no geral 46 ± 15 e 38 ± 15, respectivamente, pré e pós seis semanas de tratamento (ZANCHET, VEIGAS, LIMA, 2005). Embora este estudo demonstre a melhora da qualidade de vida após o programa de reabilitação pulmonar os dados demonstram uma qualidade de vida superior quando comparada a população do nosso estudo.

Em outro estudo realizado por Camelier e colaboradores (2006) em 30 pessoas com DPOC provenientes do Ambulatório de DPOC do Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo com o objetivo de comparar a versão original e modificada do SGRQ encontraram os seguintes escores: 53,9 ± 20,1 por cento para o sintoma, 59,2 ± 19,1 para

atividades, $39,5 \pm 20,0$ para impacto e $47,9 \pm 16,7$ para o geral. Mais uma vez os escores encontrados em nosso estudo demonstraram uma qualidade de vida inferior quando comparada a esta outra população.

Rosa e colaboradores (2006) realizaram um estudo descritivo, em que foram selecionadas 24 pessoas com DPOC freqüentadoras do Centro de Reabilitação Pulmonar da Universidade Federal de São Paulo com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do teste de caminhada com carga progressiva e todos os pacientes tinham alteração da qualidade de vida, conforme os resultados do SGRQ em valores percentuais: sintoma, $58,18 \pm 19,23$; atividade, $61,94 \pm 21,64$; impacto, $39,94 \pm 23,61$; geral $49,60 \pm 20,15$. O escore geral nessa população foi superior ao resultado encontrado em nosso estudo reforçando uma qualidade de vida inferior quando comparada a outra população.

CONCLUSÃO

A DPOC é uma condição associada com alto grau de incapacidade e comprometimento da qualidade de vida. A preocupação em avaliar a relação saúde-qualidade de vida nas pessoas com doença pulmonar crônica pode ser útil na monitorização do paciente determinando a escolha do melhor tratamento, fato importante para todos os profissionais da saúde.

Tal concepção permitiu a avaliação da qualidade de vida dos participantes no nosso estudo, a qual mostrou que todos os domínios do SGRQ apresentaram valores superiores a 10%, refletindo uma qualidade de vida alterada.

Os participantes com DPOC de grau grave apresentaram valores superiores comparado aos participantes de grau moderado, o que pode indicar um comprometimento ainda maior da qualidade de vida com o agravamento da doença.

Os achados de outras referências nacionais permitiram uma análise comparativa entre outras populações e os participantes do nosso estudo demonstraram uma qualidade de vida mais comprometida.

Diante de tal achado, faz-se necessário um enfoque maior para esta população no sentido de investigações mais amplas para que se possa melhorar a qualidade de vida dessas pessoas através da educação em saúde e um adequado programa de reabilitação pulmonar.

REFERÊNCIAS:

- CAMELIER, A.; ROSA, F. W.; SALMI, C.; NASCIMENTO, O. A.; CARDOSO, F.; JARDIM, J. R. Avaliação da qualidade de vida pelo

Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. **J bras pneumol**, 32(2): 114-122, 2006.

- DOURADO, V. Z.; ANTUNES, L. C. de O.; CARVALHO, L. R. de; GODOY, I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, 30 (3): 207-214, 2004.

- FOGLIO, K.; BIANCHI, L.; AMBROSINO, N. Is It Really Useful To Repeat Outpatient Pulmonary Rehabilitation Programs in Patients With Chronic Airway Obstruction? :. A 2-Year Controlled Study. **Chest**, 119;1696-1704. 2001.

- GOLD – GLOBAL INICIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease – NHLB/WHO Workshop Report. *Am J Respir Crit Care Med*. 163: 1256-1276, 2001.

- JARDIM, J. R.; JONES, P.; SOUSA, T. C. Validação do questionário do hospital Saint George na doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **J Pneumol**, 26(3)119-128, 2000.

- RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; CREPALDI, A.L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **J Pneumol**, 26(4): 207-213, 2000.

- RODRIGUES, L. R. Avaliação do programa pulmonar. In: RODRIGUES, L. R. **Reabilitação Pulmonar**: conceitos básicos. São Paulo: Manole, 2003.

- ROSA, F. W.; CAMELIER, A.; MAYER A.; JARDIM, J. R.. Avaliação da capacidade de exercício em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: comparação do teste de caminhada com carga progressiva com o teste de caminhada com acompanhamento. **J Bras Pneumol**, 32(2):106-113, 2006

- SCANLAN, C. L.; WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K. **Fundamentos da Terapia Respiratória de EGAN**. 7 ed. Manole: São Paulo, 2000.

- ZANCHET, R. C.; VEIGAS, C. A. A.; LIMA, T. A. Eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, 31(2): 118-124, 2005.