



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSUEM* CIÊNCIAS MÉDICAS**

**TEREZA EFIGÊNIA PESSOA MORANO MACÊDO**

**AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DO BINÔMIO PACIENTE COM DOENÇA  
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA / CUIDADOR PRIMÁRIO E SEUS FATORES  
ASSOCIADOS**

Fortaleza  
2018

TEREZA EFIGÊNIA PESSOA MORANO MACÊDO

**AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DO BINÔMIO PACIENTE COM DOENÇA  
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA / CUIDADOR PRIMÁRIO E SEUS FATORES  
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eanes Delgado Barros Pereira

2018  
TEREZA EFIGÊNIA PESSOA MORANO MACÊDO

**AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DO BINÔMIO PACIENTE COM DOENÇA  
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA / CUIDADOR PRIMÁRIO E SEUS FATORES  
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eanes Delgado Barros Pereira

Aprovada em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira (Orientadora)**  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

**Profa. Dra. Daniela Gardano Bucharles Mont'alverne**  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

**Profa. Dra. Maria do Rosárioda Silva Ramos Costa**

## Universidade Federal do Maranhão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M829a Morano Macêdo, Tereza Efigênia Pessoa.  
AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DO BINÔMIO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR  
OBSTRUTIVA CRÔNICA / CUIDADOR PRIMÁRIO E SEUS FATORES ASSOCIADOS / Tereza  
Efigênia Pessoa Morano Macêdo. – 2018.  
90 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira.
1. Sexualidade. 2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. 3. Binômio Paciente com DPOC / Cuidador  
Primário. 4. Qualidade de Vida. 5. Ansiedade e Depressão. I. Título.

CDD 610

---

A Deus por ser único, integral e fortalecedor, também por mais uma benção concedida na área acadêmica profissional.

A minha querida mãe, TT, que desde sempre me injeta forças motivadoras de amor, de alegria, de garra, de esperança, de confiança, de tudo de mais maternal que existe no quesito do cuidar de alguém. Jamais conseguirei agradecer-te em palavras e demonstrar-te toda a minha gratidão por me ensinar a compaixão. Obrigada por acreditar em mim!

Ao meu maior incentivador, meu esposo e amigo, Marcio Falcão Macêdo, por caminhar ao meu lado, por ser calma nos momentos de desespero, por ser firme de propósitos, por usar as palavras certas nos momentos certos. Agradeço por existir, por ser força em meu caminho! Agradeço por cuidar da nossa família de forma tão cuidadosa, serena e atenciosa.

Aos meus filhos amados, Mateus e Maitê, por serem minhas fontes de luz! Com vocês tudo se tornou mais bonito, mais positivo, mais encantador. A vida ganhou o sentido do AMOR incondicional, livre e feliz. Sou

grata a vocês pelos momentos de descontração, de sorrisos, de brincadeira ao longo desta caminhada de estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha estimada orientadora, Dra. Eanes Delgado Barros Pereira, por me permitir realizar este tão sonhado mestrado. A minha gratidão por todo o tempo destinado à realização desta pesquisa!

A banca de qualificação composta por minha orientadora supracitada acima, Dra. Daniela Gardano e Dr. Pedro Felipe por suas nobres orientações e sugestões.

Ao meu amigo de pesquisa, Guilherme Pinheiro Ferreira da Silva, por sua constante atenção à minha pesquisa, disponibilidade de tempo, além de grande incentivador.

Aos meus pais, Morano e TT, compartilho com vocês a alegria do presente momento, pois sem os seus incentivos e ensinamentos não seria possível a concretização de momentos como este. Deixo aqui o meu profundo sentimento de gratidão, de alegria e de amor.

Aos meus irmãos, David, Giovanni e Raquel por serem incentivos diários de ternura e motivação, exemplos de amor e de união. Amo tanto vocês!

Aos meus sogros, Everardo e Verônica, por facilitarem as minhas idas às atividades do mestrado, cuidando dos meus filhos, seus netos, com muito amor. Eternamente grata por tudo!

Ao Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho por confiar em mim e por me permitir ingressar no Mestrado em Cirurgia como ouvinte para adiantar a minha caminhada como mestranda.

Ao coordenador do Curso de pós-graduação em Ciência Médicas, Dr. Pedro Felipe Carvalhedo, o meu agradecimento por fazer parte de um programa de pós-graduação tão respeitado.

Aos professores, pela disponibilidade, esforço e tempo concedidos nas aulas.

Ao Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e ao Hospital Universitário Walter Cantídio, representados pela Dra. Maria Tereza Morano e pelo Dr. Ricardo Coelho Reis.

A todos os Médicos pneumologistas que participaram diretamente do processo de realização deste trabalho: Dra. Cyntia Maria Sampaio Viana e Dra. Maria da Penha Uchoa Sales.

A todos os Fisioterapeutas que participaram direta ou indiretamente desta conquista, Amanda Souza Araújo, Francisco Alessandro Braga do Nascimento e Juliana Maria de Sousa Pinto.

A todos os nobres amigos psicólogos Fabíola Ricci, Raquel Cavalcante, Expedito Carneiro, Denise Gurgel, Elissandra Aquino, Lhuna Quinderé, pelas palavras de incentivo, apoio e amizade.

O meu agradecimento as secretárias do departamento de Ciências Médicas, Ivone Mary e Rita de Cássia de Almeida; e do Serviço de Reabilitação Pulmonar, Toinha, pela atenção e disponibilidade.

Aos eternos mestres, que contribuíram para a minha formação acadêmica, científica e profissional o meu respeito: Ms. Cibelle Antunes Fernandes e Ms. Jorge Ponciano Ribeiro.

Agradeço a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

A todos que direta e indiretamente participaram deste trabalho, o meu muito obrigada!

### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Aos pacientes que, mesmo adoecidos, puderam entender o meu propósito, mostrando-se solícitos e colaboradores na maioria das vezes.

Aos cuidadores primários que me surpreenderam com suas histórias de vida, e tornaram, junto aos pacientes, a caminhada do mestrado mais acolhedora, prazerosa, motivadora e feliz.

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo –é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda! ”

Antoine de Saint-Exupéry

“ A mente que se abre a uma nova ideia, jamais volta ao seu tamanho inicial”

Albert Einstein



“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”

Leonardo Boff

## RESUMO

**Contextualização:** Constituem-se em relevante problema de saúde pública os problemas de ordem sexual (disfunções sexuais masculinas e femininas, as dificuldades de desempenho e satisfação sexual) que acometem parcela da população e prejudicam a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a sexualidade do binômio paciente com DPOC/cuidador primário e seus fatores associados. **Casuística e Método:** Estudo descritivo, transversal, multicêntrico e quantitativo. Os participantes foram os pacientes e seus cuidadores que foram avaliados quanto aos dados sócio demográficos, clínicos, espirométricos e teste da caminhada dos 6 minutos (TC-6min). Foram aplicados os seguintes testes: Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia, qualidade de Vida pelo SF-36, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), escala do quociente sexual masculino (QS-M) e feminino (QS-F). **Resultados:** Dos 52 pacientes, 54% (28/52) eram mulheres e 61% (32/52) casadas. A idade média foi de 71,1 ± 10 anos. Entre os 52 cuidadores, 87% (45/52) eram mulheres, sendo 48% filhas dos pacientes. A média de idade foi de 49 ± 15,1 anos. Entre os pacientes prevaleceu o padrão de sexualidade nulo a desfavorável 82% (43/52). Ao compararmos este padrão vs regular-excelente, foi observado que os pacientes com o pior padrão apresentaram uma má qualidade de vida no Componente Mental Sumarizado (CMS) do SF-36 (44,97 ± 13,67 vs 59,12 ± 13,45; p = 0,007). Também foram observados níveis elevados de ansiedade e depressão entre os pacientes com padrão nulo-desfavorável vs regular-excelente (16,05 ± 11,19 vs 7,2 ± 7,0; p = 0,02 e 18,70 ± 9,11 vs 10,67 ± 8,17; p = 0,01). Na análise multivariada, pacientes com maiores níveis de depressão mostraram uma chance de 1,13 (Intervalo de Confiança (IC) 95% 1,02-1,25) de apresentarem um desempenho sexual nulo a desfavorável. Entre os cuidadores, o padrão de sexualidade nulo a desfavorável foi de 5% (9/52). Estes cuidadores apresentaram pior qualidade de vida em relação aqueles com sexualidade regular a excelente, tanto no Coeficiente Mental Sumarizado (CMS) como no Coeficiente Físico Sumarizado (CFS) do SF-36 (CMS = 41,19 ± 14,36, vs 49,21 ± 11,38, p = 0,02; CFS = 41,12 ± 10,98 vs 47,15 ± 9,57, p = 0,04, respectivamente), apresentaram maiores níveis de depressão (mediana 12,9; Intervalo Interquartil (IQ) = 8,50-15,5; mediana 6,27, IQ = 1,00- 9,00, p = 0,007, respectivamente) e eram mais velhos (57,41 ± 14,03 vs 42,97 ± 13,12; p = 0,001 respectivamente). Na análise multivariada, cuidadores com

maiores níveis de depressão e mais velhos mostraram uma chance maior de apresentarem um desempenho sexual nulo a desfavorável [1,11 (IC 95% 1,02-1,25) e 1,08(IC95% 1,02-1,14)], respectivamente]. **Conclusão:** Entre os pacientes prevaleceu o padrão de sexualidade nulo a desfavorável. Os pacientes com maior nível de depressão apresentaram baixo desempenho sexual. Entre os cuidadores, os mais velhos e com maior nível de depressão apresentaram baixo desempenho sexual.

**Palavras-chave:**sexualidade, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), binômio paciente com DPOC/cuidador primário, qualidade de vida, ansiedade, depressão

### ABSTRACT

**Background:** The sexual problems (male and female sexual dysfunctions, development difficulties and sexual satisfaction) are turned into a relevant situation of public health that involve part of the population and prejudice the quality of life. **Objective:** Evaluate the sexuality of the binomial COPD patient and its primary caregiver and associated factors. **Casuistic and Method:** Descriptive, transversal, multicenter and quantitative study. The participants were the patients and their caregivers. The following data aspects evaluated the patient: sociodemographic, clinic, spirometry and 6min walk test. Applied tests: Medical Research Council (mMRC) for dyspnea evaluation, SF-36 (Short form – 36) for life quality evaluation, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), male sexual quotient scale (QS-M) and female sexual quotient scale (QS-F). **Results:** Among the 52 patients, 54% (28/52) women and 61% (32/52) married. The mean age 71,  $1 \pm 10$  years. Among the 52 caregivers, 87% (45/52) women, 48% patient's daughters. The mean age  $49 \pm 15, 1$  years. The patient sexuality percentage for bad/unfavorable pattern prevailed with 82% (43/52). Comparing this result with the regular/excellent pattern, patients with the worst sexuality pattern presented bad quality of life in the Short form – 36 (SF-36), Mental Coefficient Summarized (MCS) ( $44,97 \pm 13,67$  vs  $59,12 \pm 13,45$ ;  $p = 0,007$ ). It was also observed high anxiety and depression levels between the patients with null-unfavorable vs regular-excellent sexuality pattern ( $16,05 \pm 11,19$  vs  $7,2 \pm 7,0$ ;  $p = 0,02$  e  $18,70 \pm 9,11$  vs  $10,67 \pm 8,17$ ;  $p = 0,01$ ). In the multivariate analysis, patients with higher depression levels showed a chance of 1, 13 (IC 95% 1, 02 - 1, 25) of presenting a null-unfavorable sexual development. Among the caregivers, the null-unfavorable sexuality pattern describes 5% (9/52). These caregivers showed worst life quality comparing those with regular-excellent, in both MCS and Physical Coefficient Summarized (PCS) from SF-36 (MCS =  $41,19 \pm 14,36$  vs  $49,21 \pm 11,38$ ,  $p = 0,02$ ; PCS =  $41,12 \pm 10,98$  vs  $47,15 \pm 9,57$ ,  $p = 0,04$ , respectively). Also greater depression levels (median 12,9, IQ = 8,50 - 15,5 vs median 6,27, IQ = 1,00 - 9,00,  $p = 0,007$ , respectively) and were older ( $57,41 \pm 14,03$  vs  $42,97 \pm 13,12$ ,  $p = 0,001$  respectively). In the multivariate analysis, caregivers with higher depression levels and older showed

a greater chance of presenting a null-unfavorable sexual development [1, 11 (IC 95% 1, 02 - 1, 25) e 1, 08 (IC 95% 1, 02 - 1, 14)], respectively]. **Conclusion:** Among the patients prevailed the null-unfavorable sexuality pattern. Patients with higher depression level showed low sexual development. Moreover, between the caregivers, the oldest ones with a greater depression level showed low sexual development.

**Key words:**sexuality, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), COPD patient / primary caregiver binomial, life quality (LQ), anxiety, depression

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 –Testes, Escalas e Questionários aplicados aos 52 pacientes e aos 52 cuidadores.....34

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 –Avaliação e classificação da DPOC conforme proposto pelo relatório GOLD 2017...27

### LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sócio demográficas de 52 pacientes com DPOC e seus cuidadores primários.....	43
TABELA 2– Características clínicas funcionais pulmonares de 52 pacientes com DPOC.....	44
TABELA 3– Características dos cuidadores primários de pacientes com DPOC.....	44
TABELA 4– Comparação entre pacientes com DPOC e seus cuidadores primários quanto à sexualidade, qualidade de vida, ansiedade e depressão.....	45
TABELA 5– Avaliação da qualidade do relacionamento cuidador-paciente e paciente-cuidador em 52 pacientes com DPOC e seus cuidadores primários.....	45
TABELA 6– Comparação do padrão de desempenho sexual dos pacientes com DPOC quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e qualidade de relacionamento.....	46
TABELA 7– Qualidade de vida e seus componentes físico e mental, ansiedade e depressão, em 52 pacientes com DPOC estratificados pelo padrão do desempenho sexual.....	46
TABELA 8– Fluxo aéreo, dispneia, capacidade funcional respiratória, tempo de doença em 52 pacientes com DPOC estratificados pelo padrão do desempenho sexual.....	47
TABELA 9– Análise de regressão logística para avaliar fatores associados ao padrão de sexualidade [nulo-desfavorável] dos pacientes com DPOC.....	47

TABELA 10– Comparação do padrão de desempenho sexual dos cuidadores de pacientes com DPOC quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e qualidade de relacionamento.....	48
TABELA 11–Qualidade de vida e seus componentes (físico e mental), ansiedade e depressão em 52 pacientes com DPOC estratificados pelo padrão do desempenho sexual dos cuidadores.....	48
TABELA 12– Análise de regressão logística para avaliar fatores associados ao padrão de sexualidade [nulo-desfavorável] dos cuidadores de pacientes com DPOC.....	49
TABELA 13– Análise do subgrupo esposo/esposa na avaliação do padrão de desempenho sexual aplicado aos conjugues cuidadores de pacientes com DPOC estratificadas por características dos pacientes e cuidadores.....	50

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	American Thoracic Society
BAI	Inventário de Ansiedade de BECK
BDI	Inventário de Depressão de BECK
CAT	Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assesment Test
CB-SCALE	Caregiver Burden Scale (Escala de Qualidade de Vida do Cuidador)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CFS	Coeficiente Físico Sumarizado
CMS	Coeficiente Mental Sumarizado
CVF	Capacidade Vital Forçada
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS	Disfunção Sexual
FC	Frequência Cardíaca

FR	Frequência Respiratória
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GP	Guia Prático do Cuidador
HM	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IC	Intervalo de Confiança
ICF	Índice de Comorbidade Funcional
IQ	Intervalo Interquartilico
IMC	Índice e Massa Corpórea
IMD	Índice Modificado de Dispneia
LQ	Life Quality
MA	Média Aritmética
MCS	Mental Coefficient Summarized
min	Minuto
MMRC	Modified British Medical Research Council (Índice Modificado de Dispneia)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCS	Physical Coefficient Summarized
PLATINO	Projeto Latino Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar
QS-F	Escala do Quociente Sexual – Versão Feminina
QS-M	Escala do Quociente Sexual – Versão Masculina
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RP	Reabilitação Pulmonar
SatO2	Saturação periférica de Oxigênio
seg	segundo
SF-36	<i>Short-form 36</i> (Teste da Caminhada de 6 minutos)
UFC	Universidade Federal do Ceará
VEF1	Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo
vs	versus
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1</b>	<b>SEXUALIDADE.....</b>	
	18	
<b>1.1.1</b>	<b>A História da Sexualidade.....</b>	
	18	
<b>1.1.1.1</b>	<b><i>Comportamentos sexuais na Antiguidade.....</i></b>	
	18	
<b>1.1.1.2</b>	<b><i>sexo na Idade Média.....</i></b>	<b>19</b>
<b>1.1.1.3</b>	<b><i>Idade Moderna.....</i></b>	<b>20</b>
<b>1.1.1.4</b>	<b><i>Idade Contemporânea.....</i></b>	
	20	



<b>1.1.2 O conceito de sexualidade.....</b>	
22	
<b>1.1.3 Sexualidade em portadores de doenças crônica.....</b>	
23	
<b>1.2 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC.....</b>	
24	
<b>1.2.1 Definição, Etiologia, Diagnóstico.....</b>	
24	
<b>1.2.2 Epidemiologia.....</b>	
25	
<b>1.2.3 Classificação e Critérios de Gravidade.....</b>	
26	
<b>1.3 DPOC E QUALIDADE DE VIDA.....</b>	
27	
<b>1.4 DPOC E OS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO.....</b>	
28	
<b>1.5 O CUIDADOR DO PACIENTE COM DPOC.....</b>	
29	
<b>1.5.1 Qualidade de Vida, ansiedade, depressão e sexualidade do cuidador.....</b>	
30	
<b>1.6 JUSTIFICATIVA.....</b>	31
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	32
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	33
<b>3.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....</b>	33
<b>3.2 AMOSTRA.....</b>	33
<b>3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....</b>	33
<b>3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....</b>	33
<b>3.5 DESENHO DO ESTUDO.....</b>	34
<b>3.5.1 Grupos Estudados.....</b>	34
<b>3.5.2 Instrumentos e Medidas.....</b>	34
<b>3.6 ESPIROMETRIA.....</b>	36
<b>3.7 AVALIAÇÃO DA DISPNEIA .....</b>	36
<b>3.8 TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS (TC6).....</b>	36
<b>3.9 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....</b>	37
<b>3.9.1 Escala de Qualidade de Vida SF-36.....</b>	37

<b>3.9.2 Escala de Qualidade de Vida do Cuidador CB-Scale.....</b>	
<b>3.10 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>3.10.1 Inventário de Depressão de BECK (BDI) .....</b>	<b>38</b>
<b>3.10.2 Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) .....</b>	<b>39</b>
<b>3.11 AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE.....</b>	<b>39</b>
<b>3.11.1 Escala do Quociente Sexual Versão Masculina (QS-M).....</b>	<b>39</b>
<b>3.11.2 Escala do Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F).....</b>	<b>40</b>
<b>3.12 AVALIAÇÃO DO RELACIONAMENTO BINÔMIO CUIDADOR/PACIENTE.....</b>	<b>41</b>
<b>3.12.1 Pergunta de Relacionamento entre o Cuidador e Paciente.....</b>	<b>41</b>
<b>3.13 DESFECHOS CLÍNICOS.....</b>	<b>41</b>
<b>3.13.1 Desfechos primários e secundários.....</b>	<b>41</b>
<b>3.14 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....</b>	<b>41</b>
<b>3.15 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....</b>	<b>42</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 CARACTERIZAÇÃO DO BINÔMIO PACIENTE/CUIDADOR.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DOS PACIENTES.....</b>	<b>46</b>
<b>4.4 FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DOS CUIDADORES.....</b>	<b>48</b>
<b>4.5 AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DO SUBGRUPO ESOSO/ESOSA.....</b>	<b>49</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE) .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CUIDADOR) .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C – FICHA DE DADOS PESSOAIS DO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE D – FICHA DE DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR DO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.....</b>	<b>78</b>

<b>ANEXO A – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA NA DPOC – SF36.....</b>	
79	
<b>ANEXO B – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR – CB SCALE....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI .....</b>	
83	
<b>ANEXO D – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO E – ESCALA DE DISPNEIA (DPOC).....</b>	
86	
<b>ANEXO F – ESCALA DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO G – ESCALA DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA.....</b>	
88	
<b>ANEXO H – ÍNDICE DE COMORBIDADE FUNCIONAL.....</b>	
89	
<b>ANEXO I – TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC (CAT) .....</b>	
90	

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 SEXUALIDADE**

A sexualidade sofreu mudanças sócio históricas, onde os discursos sobre o tema retratavam tentativas de nomeá-la e de descrevê-la. Tais discursos foram construídos ao longo dos tempos até ocuparem espaço na sociedade ocidental. De acordo com Salles e Ceccarelli (2010), a cada momento histórico este tema foi descrito como uma verdade, seja ela dita pela Igreja, pelo Estado ou pela Medicina. Cada sociedade, cultura e momento histórico percebiam a sexualidade de forma diferente (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005).

“A sexualidade, tal como a entendemos, é efetivamente uma invenção histórica, mas que se efetivou progressivamente à medida que se realizava o processo de diferenciação dos diferentes campos e de suas lógicas específicas” (BOURDIEU, 1983, p.15).

Para um melhor entendimento a respeito desse assunto, nos dias atuais, precisa-se do conhecimento da história da sexualidade no decorrer dos anos para descrever comportamentos sexuais constantemente influenciados por um conjunto de mudanças que conecta presente e passado (FOUCAULT, 1988; GIDDENS, 1993; LOURO et al., 1999; RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005; SALLES; CECCARELLI, 2010; STEARNS, 2010; ROSS, 2014).

#### **1.1.1 A história da sexualidade**

##### ***1.1.1.1 Comportamentos sexuais na Antiguidade***

Nas primeiras sociedades, a expressão da sexualidade por meio da arte era muito comum. Existia a dominância sexual masculina com a fabricação de objetos de madeira e de monumentos de pedra que realçavam o pênis, além de práticas agressivas de relações sexuais que descrevem a submissão feminina, a ausência de regras e de normas de civilização. Eram bem precoces em termos de atividade sexual, onde caracterizava-se pela pluralidade de parceiros (GIDDENS, 1993; SALLES; CECCARELLI, 2010; STEARNS, 2010).

Os antigos impérios eram caracterizados pela Mesopotâmia (com os povos assírios, caldeus e babilônios), pelo Egito (com as pirâmides e os faraós), pela Grécia e por Roma (democracia).

Na Babilônia, a mulher era inferiorizada socialmente em relação ao homem e ocupava-se profissionalmente de atividades como cozinheira, tecelã, babá, sacerdotisa e adivinha. Em caso de separação, somente o homem teria o direito a pedir o divórcio. Quando a infidelidade partia da mulher, esta poderia ser condenada à morte, em contrapartida o homem poderia ter vários relacionamentos fora do casamento. Na Assíria, há registros de que as sacerdotisas se entregavam sexualmente para os sacerdotes, enquanto que na Caldéia havia o costume de oferecer as mulheres da casa para os hóspedes (GIDDENS, 1993; RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005; STEARNS, 2010).

Os egípcios apresentavam uma visão positiva e avançada sobre o sexo, especialmente frente à figura da mulher, a qual poderia ter relações sexuais antes do casamento, sem motivo algum para desonra, fato que descreve o Período Homérico. Os casais poderiam estabelecer um compromisso temporário até tomarem uma decisão definitiva. Desta forma, o adultério era inadmissível. Diferentemente das outras sociedades, no Egito antigo a mulher podia ocupar funções importantes (como médica, escritora, administradora de províncias, empresária, proprietária, e até ser faraó. Já na Grécia, eram submissas aos seus maridos, não podiam sair sozinhas, tinham papel social definido (ser filha e mãe) (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005).

O Período Clássico foi marcado por reservar o sexo exclusivamente para procriação, desta forma mantinham a virgindade da mulher até o casamento. Neste período, homens e mulheres não apresentavam relações de afetos, nem tampouco esperava-se que se amassem ou que fossem fieis uns aos outros, conseqüentemente haviam sim frequentes traições, com separações. No entanto, na Grécia, surgiu uma classe de mulheres independentes, as 'hetairas', mulheres educadas, possuidoras de boas maneiras, possuíam conhecimento de instrumentos musicais e dança, e se relacionavam sexualmente com os homens em grandes banquetes. Em Roma, a mulher ocupava importante papel social, vai ao teatro, às festas, faz compras, participa de reuniões políticas, embora se submetesse à autoridade masculina. A mulher romana se casava jovem, a partir dos doze anos, em geral com um homem bem mais velho. Era dela a prerrogativa do divórcio e podia manter os bens de solteira que trazia para o casamento (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005).

### ***1.1.1.20 sexo na Idade Média***

A Idade Média é um período que compreende o século V ao século XV, anos 476 ao 1000. As invasões bárbaras e o fim do Império Romano marcaram um período de mistura de costumes romanos, bárbaros e cristãos, além da presença de invasores (os germanos, godos, gauleses e francos) que se fixavam na Europa formando diversos outros reinos. A Igreja Católica buscava uma aliança com os nobres convertidos do cristianismo, no entanto o camponês demorou a assimilar os valores cristãos. Para os bárbaros, mesmo com o advento do cristianismo, o sexo era prática frequente, especialmente nos ritos e festas da colheita e do plantio. Ou seja, não abandonavam os costumes passados de geração para geração, o que caracterizava as liberdades sexuais. As pessoas andavam nuas, homens e mulheres tornavam banhos juntos e, nos quadros, até os santos eram representados nus. No século XI, existem registros que até os padres tinham vida sexual ativa.

Nos primórdios da Idade Média, a mulher ocupava um lugar privilegiado na Igreja, acumulava riquezas e influenciava a hierarquia católica até o século XII. Após esse período, três santos (São Paulo, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino) passaram a fundamentar a doutrina da Igreja e determinaram que o sexo só deveria acontecer dentro do casamento e com o único objetivo de procriação. Desta forma, não poderia haver demonstração de paixão entre os cônjuges, nem mesmopráticas de pecados contra o corpo: prostituição, adultério, homossexualidade e autoerotismo. Ainda assim, as práticas sexuais continuaram fazendo parte do cotidiano, pois não era possível modificar costumes tão rapidamente assim (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005).

### ***1.1.1.3 Idade Moderna***

A Idade Moderna compreende os anos de 1453 a 1789, do século XV ao século XVIII. A partir do século XVI (com maior força no século XVIII), com o advento do ‘puritanismo’, é que houve mudanças no caráter, na moral e nos valores do homem europeu que sofreu transformação gradativa e lenta para um homem contido, regrado e controlado. O puritanismo não pretendia atingir a sexualidade com autocontrole. Porém, buscava modificar o homem de comportamento desregrado e de temperamento oscilante, tão comum na Idade Média.

Algumas mudanças mais fascinantes na história da sexualidade começaram a tomar forma nos séculos XVII e XVIII:

“Diz-se que no início do século XVII ainda vigorava uma certa franqueza. As práticas não procuravam segredo; as palavras eram ditas sem reticência excessiva e, as coisas, sem demasiado disfarce; tinha-se com o ilícito uma tolerante familiaridade (...). Gestos diretos, discursos sem vergonha, transgressões visíveis,

anatomias mostradas e facilmente misturadas, crianças astutas vagando, sem incomodo nem escândalo, entre os risos dos adultos” (FOUCAULT, 1988, p. 12).

No século XVIII, os tradicionalistas continuavam a busca pela ordem, e rejeitavam as atividades homossexuais, que não desapareceram, contudo tinham de ser conduzidas sob doses cada vez maiores de sigilo (GIDDENS, 1993; GIKOVATE, 2001; SALLES; CECARELLI, 2010; STEARNS, 2010).

#### ***1.1.14 Idade Contemporânea***

Compreende o século XIX até os dias de hoje. Segundo Foucault (1988), os primeiros demógrafos e psiquiatras do século XIX, quando tinham que evocar o tema da sexualidade acreditavam que deviam pedir desculpas por reterem a atenção de seus leitores em assunto tão baixo e tão fútil, como a sexualidade.

“Se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada. Quem emprega essa linguagem coloca-se, até certo ponto, fora do alcance do poder; desordena a lei; antecipa, por menos que seja, a liberdade futura” (FOUCAULT, 1988, p. 11).

Nos anos de 1950 e 1960, século XX, uma nova cultura surgiu, mais aberta em relação a sexualidade, o que permitiu por exemplo que cineastas norte-americanos ficassem cada vez mais explícitos em suas representações sexuais. É digno de nota citar também os aspectos negativos dessa época: o turismo sexual e um novo nível de exploração internacional de mulheres, bem como o aumento do número de doenças sexualmente transmissíveis (GIDDENS, 1993; STEARNS, 2010). As brigas entre o conservadorismo sexual e a chamada revolução sexual tornaram-se mais frequentes. Jovens empenhavam-se em ter comportamentos adequados à nova era, utilizando-se das drogas, do álcool e do sexo a fim de obterem prazer (GIKOVATE, 2001).

Gikovate (2001) afirma que Sigmund Freud, com suas teorias a respeito da sexualidade, contribuiu enormemente em autorizar as pessoas a pensar de uma forma mais livre e menos preconceituosa acerca do sexo e de sua importância como prazer essencial. No entanto, Stearns (2010) afirma que, mesmo assim nos consultórios médicos e dos psicoterapeutas, o tema tem se tornado cada vez menos frequente. Poucas pessoas se queixam de dificuldades relacionadas com suas vidas eróticas. Tanto os sexólogos, profissionais da sexualidade e palestrantes da área, que estavam em moda nos anos de 70 e 80, têm desaparecido do mercado e têm sido substituídos por aqueles que dão dicas de como ter sucesso na vida; pelos cirurgiões plásticos que ‘rejuvenescem’

homens e mulheres num piscar de olhos; e ainda pelos medicamentos ditos práticos para pessoas desmotivadas, depressivas e desinteressadas de tudo.

“Vivemos numa época em que o importante é encontrarmos soluções rápidas, simples e baratas para todos os males. A maior parte das pessoas quer mesmo é ler um desses livros que trazem receitas práticas, singelas e milagrosas de como vencer na vida, como enlouquecer o parceiro sexual, como ser feliz, etc.” (STEARNS, 2010, p. 36).

No final do século XX e início do século XXI, a influência do modelo médico, aliada a um modo de vida consumista e individualista de uma sociedade capitalista e globalizada, nos leva a uma concepção de sexualidade ainda limitada, normatizada e geradora de culpa, angústia e ansiedade. Nós, indivíduos do século XXI, ainda sofremos as consequências desta moral antisssexual rígida e contida que influenciou profundamente as atitudes em relação à sexualidade (FOUCAULT, 1984).

Atualmente, percebe-se que algumas pessoas, mesmo em sociedades mais permissivas, preferem não discutir a sexualidade, às vezes por vergonha, ou por achar que é errado, pecado ou imoralidade falar sobre o assunto, por se sentir ultrapassado, por preconceito, por falta de conhecimento mesmo, por não dar a devida importância ou por estar satisfeito (a) ou ainda seguro com o que sabe com relação à questão sexual (ROSS, 2014).

### **1.1.2 O conceito de sexualidade**

Para o início deste tópico faz-se necessário a diferenciação dos termos sexualidade e sexo para um melhor entendimento do assunto. A sexualidade permeia a condição existencial de maior desejo do ser humano e caracteriza-se por abranger três aspectos básicos: o biológico, o psicológico e o sociocultural. O biológico compreende o impulso sexual que se caracteriza por processos fisiológicos, cerebrais (córtex do cíngulo, área septal, hipotálamo, hipocampo e amígdala) e hormonais (testosterona, vasopressina, oxitocina e dopamina). O impulso sexual, nesta dimensão, visa a reprodução e sustenta-se sobre aspectos instintivos e biológicos. O aspecto sociocultural refere-se aos tipos e formas de desejos, comportamentos e fantasias sexuais evidenciados ao longo da história das sociedades e dos diversos grupos sociais. O psicológico fala dos desejos eróticos, do material subjetivo e da vida afetiva-sexual (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005; BASSON, 2006; FEDERMAN, 2006; DALGALARRONDO, 2008). Enquanto que o sexo é um conjunto de práticas, atitudes e comportamentos vinculados ao ato sexual, resultante das concepções existentes sobre ele (RIBEIRO in BORTOLOZZI, 2005).



O presente trabalho embasa os dois temas, da sexualidade por abranger tudo o que diz respeito à função sexual (nos campos biológico, psicológico e sociocultural), destacando e descrevendo o comportamento e o desempenho sexual (performance) do paciente portador de doença crônica (no caso a DPOC), e de seu respectivo cuidador primário; e das nuances que permeiam o ato sexual propriamente dito.

Na psicologia, por meio das várias abordagens que a caracterizam, dentre elas a psicanalítica, e a humanista, a sexualidade confere grande importância ao desenvolvimento e vida psíquica do ser humano, tanto quanto designa as excitações e as atividades as quais proporcionam um grande e inacabável prazer frente à satisfação de uma necessidade básica e fisiológica, de respiração, fome, excreção, entre outros (PERLS, 2002; LAPLANCHE, 2008).

Segundo Abdo (2009), no Brasil, cerca de um terço das mulheres se queixa de desejo sexual hipotivo; 29,3% não atingem o orgasmo e 17,8% têm dispareunia. Esses dados justificam a necessidade de se conhecer a função sexual destas mulheres, bem como de se pensar em formas de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar.

### **1.1.3 Sexualidade em pacientes com doenças crônicas**

Os estudos que abordam o tema sexualidade vêm crescendo em pacientes com doenças crônicas (IBANEZ et al., 2001; SCHONHOFER et al., 2001; ROSEN, 2002; KOSEOGLU et al., 2005; GOODELL, 2007; KAPTEIN et al., 2008; PANOS et al., 2013; STEINKE, 2013).

Entende-se por doença crônica qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: incapacidade residual, alterações patológicas irreversíveis, reabilitação ou longos períodos de observação e cuidado no decorrer da vida (SEBASTIANI; SANTOS, 1996).

A função sexual é afetada por indivíduos que convivem com a doença crônica, assim como a de seus parceiros e pessoas mais próximas a eles. As múltiplas morbidades do adoecimento crônico aumentam a probabilidade de surgir uma disfunção sexual (STEINKE, 2013; PANOS et al., 2013).

Constituem-se em relevante problema de saúde pública os problemas de ordem sexual (disfunções sexuais masculinas e femininas, as dificuldades de desempenho e satisfação sexual) que acometem parcela da população e prejudicam a qualidade de vida (ABDO, 2009; FLEURY; ABDO, 2015). Segundo Abdo (2009), a disfunção sexual (DS) caracteriza-se pela incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação, ou seja, pela falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, o que poderia prejudicar as fases de desejo, excitação e/ou orgasmo tanto no homem, como na mulher. Cuzin (2016) afirma em seu trabalho que os efeitos da doença crônica podem trazer grande impacto em todas as fases da sexualidade, do estímulo ao orgasmo.

No entanto, o temada sexualidade de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), diferentemente da qualidade de vida, que hoje é amplamente estudada, é escasso na literatura e ainda não foi incorporado às medidas de avaliação da Qualidade de Vida (QV) (OMACHI et al., 2009; CEDANO et al., 2013). Embora fatores sejam relacionados à QV de pacientes com DPOC, a influência da sexualidade tem sido pouco estudada nessa população, porém já é amplamente discutida em enfermidades como câncer e o infarto do miocárdio (MAILLÉ et al., 1997).

Em um estudo com 53 pacientes com DPOC acompanhados em um serviço ambulatorial, verificou-se que 76% relataram disfunção erétil em diferentes níveis de acometimento, sendo evidenciada maior disfunção erétil em pacientes mais graves (KOSEOGLU et al., 2005).

Jardim, Pinheiro e Oliveira (2009) afirma que na DPOC a sensação da dispneia é o principal sintoma, apresentando-se no início apenas aos grandes esforços, como subir escadas ou ladeira, ao andar depressa ou correr. Nessa fase, marcada muitas vezes pelo sedentarismo, se o paciente for idoso é comum atribuir a falta de ar à idade. Com o passar do tempo, torna-se progressiva ao ponto de interferir nas atividades da vida diária, como varrer uma casa, trocar de roupa, tomar um banho, carregar uma sacola, assim como nas 'relações sexuais', limitando assim a sua sexualidade. Percebe-se que somente neste estágio é que o paciente procura ajuda profissional, o que dificuldade e gera atraso no diagnóstico da enfermidade.

No estudo de Dias et al. (2017), dos 67 pacientes incluídos na pesquisa (média de idade: 65 anos, 13% nunca fumou), a maioria deles (85%) reportou dispneia durante a atividade sexual.

Frente às alterações metabólicas da DPOC, as citocinas pró-inflamatórias desempenham função nos processos pulmonares e sistêmicos, sendo também responsáveis pelas alterações metabólicas dos lipídeos, carboidratos, proteínas, insulina e outros hormônios anabólicos, predispondo disfunção endotelial, aterogênese, resistência à insulina e intolerância à glicose, elevação da LDL e dislipidemia (AUGUSTI et al., 2003; BALASUBRAMANIAN; VARKEY, 2006; HUNNINGHAKE, 2005; SEVENOAKS; STOCKLEY, 2006; RIBEIRO, 2008).

Estudiosos demonstram alto índice de úlceras pépticas na DPOC, por exemplo, Roussos et al. (2005) verificaram que a bactéria *Helicobacter pylori* estava presente em 77,8% dos portadores de DPOC em relação a 54% dos controles. Acreditam ser esta bactéria com suas exotoxinas capazes de liberar uma série de citocinas, inclusive IL-1 e TNF- $\alpha$ , expandindo assim a inflamação, podendo atingir não apenas o metabolismo dos carboidratos, mas também ósseo (osteoporose), proteico (caquexia, disfunção muscular), cerebral (depressão, ansiedade) e na síntese de hormônios anabólicos (disfunção muscular, 'diminuição da libido', osteoporose, diabete, anorexia) (BALASUBRAMANIAN; VARKEY, 2006; RIBEIRO, 2008).

## 1.2 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC

### 1.2.1 Definição, Etiologia, Diagnóstico

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por persistente limitação do fluxo aéreo que é usualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crônica aumentada das vias aéreas e dos pulmões a partículas ou gases nocivos (VOGELMEIER et al., 2017). O agravamento decorre não somente da doença em si (perda da capacidade respiratória, perda da capacidade funcional, perda da força dos músculos respiratórios), mas também de situações como ansiedade, perdas consideráveis de ordem social, econômica, física e funcional, relações afetadas, alto grau de dependência, o que influencia negativamente na qualidade de vida (QV) destes (MCCATHIE; SPENCE; TATE, 2002; AACVPR, 2007; RABE et al., 2007; HAAVE; HYLAND; SKUMLIEN, 2006; VOGELMEIER et al., 2017).

Os autores Salvi e Barnes (2009) e Paulin et al. (2015) pontuam que a prevalência desta enfermidade está relacionada ao tabagismo, seguido por poluição atmosférica, atividade laboral, poeira ocupacional, fumaça de lenha, irritantes químicos, infecções respiratórias graves na infância, condição socioeconômica, além dos fatores individuais: deficiência de alfa-1 antitripsina, hiperresponsividade brônquica e desnutrição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) aponta um índice de morbimortalidade causada pela DPOC de mais de 2,75 milhões de pessoas a cada ano. Em 2005, a marca atingiu cerca de três milhões de indivíduos e projeta-se um aumento de 30% na taxa de mortalidade nos próximos dez anos. Em consequência a tais dados, a DPOC considera-se a quarta causa de morte no mundo, o que incide em forte impacto de ordem econômica e social (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE DPOC NO ESTADO DO CEARÁ, 2010; VOGELMEIER et al., 2017).

Com relação ao diagnóstico desta enfermidade, precisam-se levar em consideração os aspectos citados a seguir: ter idade acima de 40 anos; apresentar sintomas progressivos (tosse crônica, expectoração, dispnéia); contato direto a fatores de risco (tabaco como principal, fogão a lenha ou a outras poeiras/fumaças industriais). Além disso, para a confirmação do diagnóstico de DPOC faz-se necessário a espirometria, em virtude do quadro clínico específico e necessidade do diagnóstico diferencial com asma, bronquiectasia e outras doenças (Protocolo de Atendimento a Pacientes Portadores de DPOC no Estado do Ceará, 2010; VOGELMEIER et al., 2017). Segundo Pereira et al. (2002), o teste de Espirometria deve ser parte integrante da avaliação de pacientes com sintomas respiratórios ou outra conhecida doença respiratória. O critério da espirometria que é

utilizado é a relação VEF1/CVF pós-broncodilatado menor que 0,7 (VAN DIJK et al., 2015; VOGELMEIER et al., 2017).

### 1.2.2 Epidemiologia

Centenas de milhões de pessoas sofrem diariamente de pneumopatias crônicas, sendo 300 milhões que apresentam asma, 80 milhões com nível de moderado a grave de DPOC e outras com vários outros tipos de doenças respiratórias crônicas, muitas ainda sem diagnóstico (OMS, 2007).

Segundo dados do estudo PLATINO, a prevalência de DPOC no Brasil ainda não é devidamente conhecida. Entretanto, este estudo que foi realizado em cinco áreas metropolitanas da América Latina, mostrou valores entre 19,7% (Montevideu-Uruguai) e 7,8% (Cidade do México - México) na população acima dos 40 anos. Na cidade brasileira de São Paulo a prevalência de DPOC foi de 15,8%, evidenciando-se 14,7% nos estágios leve e moderado (MENEZES et al., 2005). Nos EUA, a prevalência estimada para indivíduos com idade entre 25 e 75 anos foi de 6,9% para DPOC leve e 6,6% para moderada (MANNINO et al., 2002).

### 1.2.3 Classificação e Critérios de Gravidade

Conforme o documento *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), a classificação da gravidade da DPOC tem como intuito determinar o nível de limitação do fluxo de aéreo; definir o seu impacto sobre a condição de saúde e os sintomas do paciente; identificar o risco de eventos futuros como exacerbações, internações hospitalares ou morte, auxiliando o processo de tomada de decisão clínica (VOGELMEIER et al., 2017).

Este mesmo documento aponta que para avaliar o nível de obstrução ao fluxo aéreo é necessário a realização de um exame de espirometria após a administração de uma dose adequada de pelo menos um broncodilatador inalatório de curta duração. O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF<sub>1</sub>) é a variável que estratifica o grau de obstrução, sendo classificado em: leve (VEF<sub>1</sub> ≥ 80% do predito), moderado (VEF<sub>1</sub> entre 50-80% do predito), grave (VEF<sub>1</sub> entre 30-50% do predito) e muito grave (VEF<sub>1</sub> < 30% do predito) (VOGELMEIER et al., 2017).

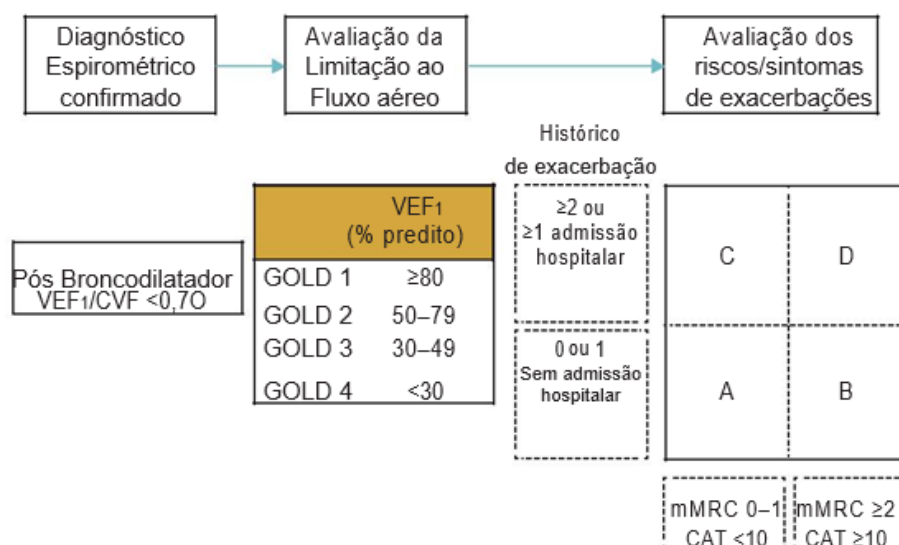
Os riscos futuros de exacerbações (≥2 por ano) são definidos a partir do histórico de eventos tratados anteriormente e a hospitalização devido exacerbação da DPOC é um preditor para um prognóstico ruim e elevado risco de morte (HURST et al., 2010; SOLER-CATALUNA et al., 2005).

Na recente atualização do GOLD, em 2017, foi realizado um novo refinamento da avaliação da doença, sendo elaborados os agrupamentos "ABCD". Para algumas recomendações terapêuticas,

especialmente tratamentos farmacológicos, os grupos ABCD são derivados exclusivamente de sintomas do paciente e seu histórico de exacerbação. No entanto, a espirometria, em conjunto com os sintomas do paciente e história de exacerbação, permanece vital para o diagnóstico, prognóstico e consideração de outras abordagens terapêuticas importantes, especialmente para as terapias não farmacológicas (VOGELMEIER et al., 2017) (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Avaliação e classificação da DPOC conforme proposto pelo relatório GOLD 2017

**Avaliação “ABCD” refinada - GOLD (2017)**



GOLD: *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*; CAT: *COPD assesment test (CAT)*; mMRC: *Modified British Medical Research Council*. Fonte: Adaptado de Vogelmeier et al. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary*. *Eur Respir J.* v.49, n.3, p.1-32, 2017

Dentro desse contexto, os números fornecem informações sobre a gravidade da limitação do fluxo aéreo evidenciados na espirometria (1-4) enquanto as letras (grupos A-D) fornecem informações sobre os sintomas e o risco de exacerbação. O VEF<sub>1</sub> é um parâmetro muito importante a nível populacional pois é preditor de desfechos clínicos importantes como mortalidade e internações, assim como para a decisão de realização de estratégias não-farmacológicas como a ressecção ou

transplante pulmonar, entretanto individualmente o  $VEF_1$  perde a precisão, logo não pode ser usado sozinho para determinar todas as opções terapêuticas (VOGELMEIER et al., 2017).

Além disso, em algumas circunstâncias clínicas, como durante a hospitalização ou em quadros emergenciais, a capacidade de avaliar os pacientes com base em sintomas e história de exacerbação, independentemente da função pulmonar, pode permitir a equipe médica iniciar um plano terapêutico com base no esquema “ABCD” refinado. Este refinamento reconhece as limitações do  $VEF_1$  na tomada de decisões para o atendimento individualizado e destaca a importância dos sintomas do paciente e dos riscos de exacerbação na orientação de terapias na DPOC, facilitando as recomendações de tratamento mais precisas com base em parâmetros que estão dirigindo os sintomas do paciente em qualquer momento (VOGELMEIER et al., 2017).

### **1.3 DPOC E QUALIDADE DE VIDA**

Qualidade de Vida é um conceito dinâmico e multidimensional que envolve a progressão da patologia e a deficiência no quesito saúde. Apresenta características subjetivas e objetivas, além de elementos intrínsecos e extrínsecos (DIGNANI et al., 2015).

Nas últimas décadas evidenciou-se o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas. Desde então, passou-se a incluir o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) como um desfecho importante e abrangente na abordagem dos profissionais de saúde (RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000).

Para Cazzola et al. (2008), a avaliação da dispneia, do desempenho do exercício e o estado de saúde/qualidade de vida fornecem importantes informações para as medidas de função pulmonar.

Diversos estudos sugerem que os sintomas crônicos da DPOC como a falta de ar, a intolerância à atividade física, a frequência de tosse, o tratamento paliativo, as dificuldades para o enfrentamento dos limites impostos pela doença, a dependência familiar, a ansiedade e depressão e, em última análise, a conseqüente perspectiva da proximidade da morte podem comprometer, em diferentes graus, a QVRS dos pacientes (BLINDERMAN; HOMEL; BILLINGS, 2009; DOURADO et al., 2004). Seguindo essa linha de pensamento e pelo quadro de obstrução ao fluxo aéreo ser praticamente irreversível, as intervenções para o controle da doença são principalmente destinadas a melhoria destas variáveis, tornando-se assim importantes medidas de saúde a serem avaliadas (MCCATHIE; SPENCE; TATE, 2002).

O impacto da doença respiratória crônica não é apenas uma estatística econômica ou epidemiológica. Seus efeitos sobre a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares são tremendos. O custo da doença pulmonar em termos de vidas afetadas é enorme (AACVPR, 2007 p. 84).

## 1.4 DPOC E OS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO

Ansiedade é definida por Hill et al. (2008) como uma atitude apreensiva de antecipação do perigo ou situações de estresse associada com sentimentos excessivos de disforia ou sintomas somáticos de tensão, fadiga, irritabilidade, discurso acelerado, baixo poder de concentração, distúrbios do sono e mudanças fisiológicas, como taquicardia, palpitações, suor e dispneia. Algumas das desordens causadas por ansiedade incluem transtorno de ansiedade generalizada, ataques de pânico e transtorno de pânico.

Sentimentos de depressão em pacientes com DPOC têm sido descritos como reativos para a condição e podem variar entre momentos de tristeza (com variação de humor) a uma depressão maior. É caracterizado por extrema ansiedade quando exposto ao evento estressor, resultando num desajustamento no contato com o social. A depressão maior é caracterizada por um ou mais episódios de depressão maior sem fase maníaca (DALGALARRONDO, 2008).

De acordo com Omachi et al. (2009) e NG et al. (2007), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica está associada ao aumento do risco de sintomas de ansiedade e depressão e aparece como a grande responsável pelo forte impacto na qualidade de vida do paciente. McCathie, Spence e Tate(2002),Hill et al. (2008),Balcells et al.(2010)e Figueiredo et al.(2013)afirmam que os sintomas de ansiedade e depressão são comuns em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e afetam fortemente a qualidade de vida. Dessa forma, fatores como o uso de cigarros, experiência de dispneia, inatividade física e isolamento social podem contribuir para desordens psicológicas nessa classe de pacientes. No estudo de Bratek et al. (2015) afirma-se que os sintomas psiquiátricos de ansiedade, depressão e disfunção cognitiva acometem pacientes que sofrem ou de asma ou de DPOC, o qual constitui o maior problema de saúde pública.

A natural relação entre DPOC e depressão ainda não é clara na literatura, no entanto é bem documentada por pacientes com depressão, os quais mostram marcas elevadas de fumantes de cigarro, fator de maior risco para a DPOC (BODEN; FERGUSSON; HORWOOD, 2010). Tem sido postulado que a hipóxia, sintoma, sinal também presente na DPOC pode reduzir mudanças neurobiológicas centrais que poderiam predispor uma depressão e levar a um suicídio (DELMASTRO et al., 2011). Num estudo com vasta amostra, mostrou uma porcentagem relevante de pacientes com DPOC ingressando na reabilitação pulmonar clinicamente avaliados com relevantes sintomas de ansiedade e depressão (JANSSEN et al., 2010). Supõem-se que a DPOC e a depressão são manifestações clínicas de comum processo patofisiológico, relacionadas a um comum substrato (FABBRI; RABE, 2007; KOCABAS et al., 2011). Alguns autores sugerem a DPOC como uma síndrome sistêmica inflamatória, uma doença respiratória com sintomas extrapulmonares (incluindo déficits cognitivos, depressão, ansiedade, distúrbios de sono, e outra desordem crônica

não mental como doenças arteriais coronárias e periféricas, anemia, osteoporoses e artrite reumatoide) (FABBRI; RABE, 2007; MORANO, 2011; CATALFO et al., 2016).

## 1.5 O CUIDADOR DO PACIENTE COM DPOC

De acordo com o Guia Prático do Cuidador (2012), o Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. “Cuidar, como ele diz, é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p.6).

O forte impacto da DPOC também se estende aos seus cuidadores primários, pessoas que estão mais próximas e que assumem a função de cuidar. A duração da doença é o aspecto de maior impacto no cuidar da saúde de uma pessoa com adoecimento crônico (STRAUB, 2014). E no caso da DPOC, aqueles que agem como cuidadores por muito tempo e que avaliam a saúde de seu paciente como muito fraca têm menos probabilidade de relatar boa saúde a si mesmos.

O cuidado da DPOC torna-se raro e desafiador porém necessário no contexto da enfermidade crônica, descrevendo dificuldades e desafios vivenciados pela cronicidade da doença. “Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado” (BOFF, 1999, p.7).

O cuidador primário pode ser um familiar, um amigo, um conhecido, ou alguém contratado para exercer aquela função. É alguém que está mais próximo do paciente e que carrega o peso do cuidar, pois renuncia a sua vida pessoal e sofre imposições das circunstâncias de assumir-se como cuidador. O cansaço físico e o adoecimento psíquico fazem-se presentes frequentemente na esfera do cuidar e podem, quando se trata de um ente familiar, interferir nos sentimentos mais bonitos e valiosos como o amor e a amizade. É quando as relações paciente/cuidador começam a se atritar e a precisar de ajuda para sobreviver às dificuldades da rotina, do dia-a-dia.

De acordo com Castro (2016), a caminhada pertencente ao cuidador do paciente com DPOC é sofrida, sobrecarregada ao ponto de afetar todas as outras dimensões da vida dele (CASTRO, 2016).

“O cuidador lida diariamente com situações estressantes, sofrimentos, conflitos, dilemas e perdas, mas apesar de todos estes elementos desgastantes, o cuidador consegue superar as dificuldades vivenciadas e dar um novo sentido a sua experiência o que o leva a resignificar a sua vida e o seu papel de cuidador” (CASTRO, 2016).

### 1.5.1 Qualidade de vida, ansiedade, depressão e sexualidade do cuidador



Ao cuidar, muitos cuidadores apresentam alteração da sua qualidade de vida(PINTO; NATIONS, 2012), do seu estado de saúde física e mental (FIGUEIREDO et al., 2013), e até mesmo da sua sexualidade “sendo este fato muito prejudicial tanto para quem cuida como para quem é cuidado, visto que o nosso corpo interfere de forma significativa no resultado do cuidado prestado ao próximo” (FIGUEIREDO, 2005, p. 349).

[...] “o corpo é um veículo de expressão cósmica e energética que atua sobre a matéria de forma essencial na sua cura e recuperação, devendo ser visto como sujeito/objeto de importância imprescindível da prática de cuidar” (COSTA; NASCIMENTO; SILVA,2003, p. 312).

Um questionário específico para avaliação da qualidade de vida do cuidador é o Caregiver Burden Scale (CB-Scale). Este foi traduzido e adaptado ao contexto brasileiro seguindo normas propostas pela literatura pertinente (MEDEIROS et al., 1998).

## **1.6 JUSTIFICATIVA**

Quando se fala em sexualidade pensa-se logo que se trata de um tema próprio para pessoas jovens, saudáveis e fisicamente atraentes. Existe uma ideia, crença ou preconceito de que idosos (BÜCHELE; OLIVEIRA; PEREIRA, 2006) ou pessoas acometidas por alguma enfermidade crônica não possam vivenciar da sua sexualidade de forma plena.

Como a DPOC é uma doença de múltiplas facetas, conhecer a sexualidade destes pacientes e de seus cuidadores primários (SPENCE et al., 2008) se torna relevante pois permite adotar futuras intervenções, oferecer mais orientações, a fim de melhorar este aspecto da vida tanto para quem cuida como para quem precisa ser cuidado, assim como a qualidade de vida.

Diante da escassez de trabalhos neste assunto, surgiu o interesse da pesquisadora de conhecer os efeitos da DPOC na sexualidade dos pacientes, assim como de seus cuidadores primários e do binômio. Tal iniciativa pode ser considerada de importância ímpar, contribuindo para o conhecimento mais abrangente da sexualidade no paciente com DPOC, assim como da sexualidade em seus cuidadores primários.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a sexualidade do binômio pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica/ cuidadores primários e seus fatores associados.

### **Objetivos Específicos**

#### **Nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica:**

- Avaliar a sexualidade quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, qualidade do relacionamento, tempo de doença e capacidade funcional.
- Investigar a relação da sexualidade com qualidade de vida, ansiedade, depressão e gravidade da doença.

#### **Nos cuidadores dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica:**

- Avaliar a sexualidade quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, qualidade do relacionamento e tempo do cuidado.
- Investigar a relação entre a sexualidade e qualidade de vida, ansiedade e depressão.

#### **No binômio paciente-cuidador:**

- Avaliar, no subgrupo esposo/esposa, o impacto da gravidade da DPOC na sexualidade do (a) cônjuge.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, multicêntrico e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e no Setor de Reabilitação Pulmonar do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) – SESA/CE, localizados na cidade de Fortaleza–Ceará–Brasil, no período de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2017.

#### **3.2 AMOSTRA**

Trata-se de uma amostra de conveniência, consecutiva, não-probabilística, constituída de pacientes com diagnóstico de DPOC e que estavam em acompanhamento nos ambulatórios de pneumologia do HUWC e HM.

#### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

##### **Paciente**

- Diagnóstico de DPOC há no mínimo 6 meses;
- Idade entre 40 e 80 anos;
- Ter um cuidador primário;

### **Cuidador**

- Ser o cuidador primário há no mínimo 6 meses;

## **3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

### **Paciente**

- Pacientes que apresentaram qualquer outra enfermidade respiratória crônica;
- Pacientes que não completaram o protocolo do estudo por inconsistência de informações;
- Pacientes que não realizaram todos os testes funcionais;
- Pacientes que apresentaram algum tipo de dificuldade de entendimento frente às perguntas dos testes;

### **Cuidador**

- Cuidadores que apresentaram algum tipo de dificuldade de entendimento frente às perguntas dos testes;

## **3.5 DESENHO DO ESTUDO**

### **3.5.1 Grupos Estudados**

- Grupo de Pacientes com DPOC
- Grupo de Cuidadores Primários dos Pacientes com DPOC do grupo anterior.
  - Subgrupo Esposos/Esposas

### **3.5.2 Instrumentos e Medidas**

Os pacientes e cuidadores primários que estavam no ambulatório de Pneumologia do HUWC e HM, após avaliação clínica e atendendo aos critérios de inclusão deste estudo foram encaminhados

para a pesquisadora e informados acerca dos objetivos e procedimentos do estudo sendo esclarecidas todas as dúvidas restantes, e solicitada à assinatura do TCLE para o paciente (APÊNDICE A) e para o cuidador (APÊNDICE B).

Após a aceitação para participar da pesquisa, com assinatura do TCLE do paciente e de seu cuidador primário, separadamente, foram submetidos a uma entrevista com a aplicação dos seguintes testes, escalas e questionários (QUADRO 1):

QUADRO 1–Testes, Escalas e Questionários aplicados aos 52 pacientes e aos 52 cuidadores

PACIENTES	CUIDADORES
1. Teste de Avaliação da DPOC (CAT)	1. Ficha de dados pessoais do cuidador do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)(APÊNDICE D)
2. Espirometria	2. Escala de Qualidade de Vida SF-36 ( <i>Short Form-36</i> ) (ANEXO A)
3. Escala de Dispneia (ANEXO F)	3. Escala de Qualidade de Vida do Cuidador (Caregiver Burden Scale) (ANEXO B)
4. Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6)	4. Índice de Comorbidades Funcionais (ICF) (ANEXO I)
5. Ficha de dados pessoais do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)(APÊNDICE C)	5. Escala de Relacionamento de Likert (ANEXO C)
6. Escala de Qualidade de Vida SF-36 ( <i>Short Form-36</i> ) (ANEXO A)	6. Inventário de Depressão de BECK (BDI) (ANEXO D)
7. Índice de Comorbidades Funcionais (ICF) (ANEXO I)	7. Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) (ANEXO E)
8. Escala de Relacionamento de Likert (ANEXO C)	8. Escala do Quociente Sexual Versão Masculina (QS-M) (ANEXO G) ou Escala do Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F) (ANEXO H)
9. Inventário de Depressão de BECK (BDI) (ANEXO D)	
10. Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) (ANEXO E)	
11. Escala do Quociente Sexual Versão Masculina (QS-M) (ANEXO G) ou Escala do Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F) (ANEXO H).	

Para avaliação dos sintomas do paciente foram aplicados os questionários *COPD assesment test* (CAT) e a Escala de Dispneia Modificada (mMRC). Ambos avaliam a QV, impacto clínico da

DPOC e o índice de dispneia nas atividades diárias dos pacientes e já foram devidamente validados para uso no Brasil (SILVA et al., 2013). Estudos prévios já estabeleceram pontos de corte para a pontuação dos dois instrumentos, sendo de 10,5 no CAT e um limiar  $\geq 2$  no mMRC para separar "menos falta de ar" de "maior falta de ar" (JONES et al., 2011).

Para a realização dos testes foi necessário um local reservado, uma sala silenciosa para as entrevistas e aplicação dos testes, onde o sigilo das informações era preservado e protegido. Todos os testes supracitados foram realizados em um só dia para cada paciente e respectivo cuidador primário. No entanto, para os pacientes, os testes de capacidade funcional e função pulmonar foram concomitantes, mas não obrigatoriamente realizados no mesmo dia.

Neste estudo, as escalas de qualidade de vida, os inventários de ansiedade e depressão, as escalas do quociente sexual (versão masculina e feminina), assim como as fichas de cadastro pessoal do paciente e do cuidador foram aplicados pela pesquisadora responsável, com vistas ao aspecto deficitário de leitura e escrita que inclui a maioria dos membros que compõem a amostra.

### **3.6 ESPIROMETRIA**

A função pulmonar foi avaliada por meio da espirometria. Para realização do teste, o indivíduo permaneceu sentado, usando clipe nasal para evitar o vazamento de ar pelo nariz. Foi medida, no espirômetro (Respiradayne II Plus®), a capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo da CVF (VEF1) e o fluxo expiratório forçado entre 25% e 75% da CVF (FEF25-75%). Estes foram calculados de acordo com os critérios da American Thoracic Society (ATS, 1995), onde foram realizadas três manobras. Os volumes preditos dos parâmetros de função pulmonar foram derivados daqueles publicados por Pereira et al. (1992), para a população brasileira (PEREIRA et al., 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISILOGIA, 2002).

### **3.7 AVALIAÇÃO DA DISPNEIA**

A dispneia foi avaliada por meio da escala de dispneia modificada do Medical Research Council (MMRC), que é pontuada de 0 a 4 conforme a intensidade da dispnéia em algumas situações de vida diária: 0= dispnéia ao realizar exercício intenso; 1= dispnéia quando apressa-se o passo ou quando sobe escadas e/ou ladeira; 2= necessidade de parar algumas vezes quando anda na velocidade normal ou anda mais devagar que outras pessoas da mesma idade; 3= dispneia e necessidade de parar diversas vezes quando anda próximo a 100 metros ou poucos minutos de caminhada em terreno plano; 4= dispnéia intensa que impede sair do âmbito domiciliar ou necessita

de ajudar para se vestir ou tomar banho sozinho (ANEXO F) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004 ; KOVELIS et al., 2008).

### 3.8 TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS (TC6)

O TC6 seguiu as orientações estabelecidas pela *American Thoracic Society* (ATS), 2002. O paciente foi estimulado a caminhar a máxima distância que este conseguir, em superfície plana com 30 metros de comprimento por um período de seis minutos. Ao final do teste o examinador registrou a distância percorrida pelo examinado, e antes e após o teste foram mensuradas e registradas a pressão arterial (PA), a frequência cardíaca (FC), a saturação periférica de oxigênio (SatO<sub>2</sub>), a frequência respiratória (FR) e o grau de dispnéia e de fadiga de MMII pela Escala de Borg (escala crescente onde zero corresponde a nenhum e dez ao grau máximo de sintoma).

Durante a realização do TC6 foi registrado se o paciente fez uso ou não de O<sub>2</sub> suplementar e o fluxo que lhe foi administrado; se o teste foi interrompido, em que tempo e quais os valores de FC, SatO<sub>2</sub>, PA, FR e fadiga de membros inferiores pela escala de Borg verificado no momento da interrupção do teste; e se o paciente sentiu algo durante o teste (falta de ar aguda, angina, dores nas pernas, tontura etc.). Ainda, para a realização dos testes foi orientado aos pacientes: não ingerir alimentos até duas horas antes, não realizar atividades físicas intensas nesse período, fazer uso de roupas e calçados confortáveis e explicar como serão realizados os testes (HOLLAND et al., 2014).

### 3.9 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV)

#### 3.9.1 Escala de Qualidade de Vida SF-36

O SF-36 é uma multiproposta, um mini questionário capaz de avaliar a qualidade de vida e saúde. Neste projeto, esta escala, ao invés de ter sido auto aplicada por cada paciente e por seu cuidador primário, sofreu uma modificação, foi aplicada pela pesquisadora responsável, com vistas ao aspecto deficitário de leitura e escrita que incluía a maioria dos membros que compunham a amostra. O SF-36 possui 36 questões, com oito aspectos de ordem física e mental para serem avaliados. O primeiro aspecto é a **capacidade funcional**: composta por 10 itens, que medem desde a limitação para executar atividades físicas menores, até as atividades mais extenuantes, passando por atividades intermédias. O segundo é o **aspecto físico**: apresenta quatro itens e avalia limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária. O terceiro é o **aspecto emocional**: com três itens e avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente. O quarto item é a **dor**: com dois itens,

que representam, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como está interfere nas atividades normais. O quinto aspecto é o *estado geral de saúde*: com cinco itens que avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global, ou seja, inclui não só a saúde atual, mas também a resistência a doença e a aparência saudável. A *vitalidade* é o sexto aspecto que possui quatro itens e inclui os níveis de energia e de fadiga, permite captar melhor as diferenças de bem-estar. O sétimo é o *aspecto social*: com dois itens, pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais da pessoa que responde. E por último avalia a *saúde mental*: com cinco itens que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Essas escalas podem ainda ser agrupadas em dois componentes: o físico e o mental. O componente físico é composto pelas seguintes escalas: estado geral de saúde, capacidade funcional, dor corporal e aspectos físicos. O componente mental é composto por: vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e aspectos emocionais (CICONELLI et al., 1999). O SF-36 tem sido usado para comparar populações gerais e específicas, verificar o grau de impacto de determinada doença, diferenciar os benefícios de saúde produzidos pelos tratamentos diferenciados, além de descrever pacientes individualmente (ANEXO A) (WARE; SHERBOURNE, 1992; WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994; CICONELLI et al., 1999).

### **3.9.2 Escala de Qualidade de Vida do Cuidador CB-Scale**

Avalia cinco itens (tensão geral, isolamento, decepção emocional, ambiente) e tem escores 1 para menor efeito e 4 para grande efeito. O escore para cada índice foi obtido através da média aritmética dos valores de cada item que compõe aquele índice, e o escore global foi obtido calculando-se a média aritmética dos 22 itens, podendo variar de um a quatro, sendo tanto maior quanto maior o impacto. Esse questionário foi traduzido, adaptado e validado no Brasil previamente (MEDEIROS et al., 1998). O artigo de validação conclui que a versão em português, que será utilizada neste projeto de pesquisa, mostrou ser um instrumento válido e reproduzível (ANEXO B).

## **3.10 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

### **3.10.1 Inventário de Depressão de BECK (BDI)**

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory) criada por Aaron Beck é provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como na clínica. Tem sido traduzido para vários idiomas e



validado em diferentes países. Existem três versões da escala: a BDI original (publicada em 1961 e revisada em 1978), a BDI-1A e a BDI-II (publicada em 1996). A escala é largamente utilizada como ferramenta para medida por profissionais de saúde e pesquisadores em uma variedade de contextos clínicos e de pesquisa.

O BDI, versão utilizada na presente pesquisa, é um instrumento estruturado de auto relato desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Cada categoria possui quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria, varia de zero a três, sendo zero (0) a ausência dos sintomas depressivos e três (3) a presença dos sintomas mais intensos. Na dependência da pontuação total, os escores de até nove pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e, de 30 a 63 pontos, depressão grave. Beck e Beamesderfer (1974) propõem que se obtendo 21 pontos ou mais pode-se considerar a existência de depressão clinicamente significativa.

### **3.10.2 Inventário de Ansiedade de BECK (BAI)**

Esse inventário foi proposto por Beck para medir os sintomas comuns de ansiedade. A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente é perguntado o quanto ele ou ela foram incomodados por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63, o qual identifica o nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado por Cunha (2001), com a seguinte classificação: zero a 10 –Mínimo; 11 a 19 –Leve; 20 a 30 Moderado e 31 a 63 –Grave. A ansiedade é considerada clinicamente importante a partir do grau leve. A escala fornece a pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados a diferenciar entre ansiedade e depressão, além de esclarecer resultados de pesquisa e investigações teóricas das duas síndromes (BECK; BEAMESDERFER, 1974; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Neste projeto, este inventário foi aplicado pela pesquisadora responsável, com vistas ao aspecto deficitário de leitura e escrita que inclui a maioria dos membros que compõem a amostra (ANEXO D).

### **3.11 AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE**

#### **3.11.1 Escala do Quociente Sexual Versão Masculina (QS-M)**

A Escala do Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M) avalia a função sexual masculina e também tem por objetivo permitir ao paciente acompanhar a evolução do tratamento de sua disfunção sexual. Ao medir componentes físicos e emocionais da função sexual, o QS-M é bastante abrangente, identificando as áreas a serem tratadas. Por meio de suas dez questões auto responsivas, o QS-M avalia as diversas etapas do ciclo sexual, contemplando desejo (questão 1), autoconfiança (2), qualidade da ereção (5 a 7), controle da ejaculação (8), capacidade de atingir o orgasmo (9) e satisfação geral do indivíduo (3, 4 e 10) e de sua parceira (3 e 10) com as preliminares e o intercuro. Dessa forma, permite identificar áreas da sexualidade masculina que podem ser discutidas com a (o) parceira(o) e com médico, além de disfunções específicas que podem ser motivo de avaliação e tratamento especializados (ABDO, 2006b).

Obviamente, o diagnóstico da disfunção sexual é balizado também pela opinião do paciente a respeito de sua própria sexualidade. Isso torna tênue a possibilidade de um método diagnóstico padrão, com o qual possam ser comparados os resultados obtidos por novos instrumentos diagnósticos, tais como a QS-M. Apesar disso, a QS-M representa um método estruturado para avaliação da função sexual, com boa consistência interna e questões relevantes para tal avaliação.

A QS-M é considerada um instrumento validado, de fácil manuseio e com linguagem acessível que leva em conta os vários domínios da função sexual do homem, sendo composta por 10 questões. Cada questão deve ser respondida numa escala que varia de 0 a 5. Sendo assim, 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = aproximadamente 50% das vezes, 4 = a maioria das vezes, 5 = sempre O escore total do questionário é multiplicado por 2, resultando em uma soma entre 0 e 100, com valores maiores indicando melhor desempenho/satisfação sexual. Essa escala avalia as fases do ciclo da resposta sexual, contemplando 10 perguntas (ABDO, 2006b).

A estratificação da pontuação obtida é caracterizada como: 82 - 100 pontos: bom a excelente; 62 - 80 pontos: regular a bom; 42 - 60 pontos: desfavorável a regular; 22 - 40 pontos: ruim a desfavorável; 0 - 20 pontos: nulo a ruim. Para este estudo a Escala do Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M) foi dicotomizada tendo como ponto de corte 60 pontos, o qual identifica

disfunção sexual. Valores  $> 60$  indicam sexualidade regular/excelente e valores  $\leq 60$  pontos indicam sexualidade desfavorável/nula (ABDO, 2006b) (ANEXO G).

### **3.11.2 Escala do Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F)**

A escala Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F) é um instrumento validado, de fácil manuseio e com linguagem acessível que leva em conta os vários domínios da função sexual da mulher. Tem como objetivo avaliar a função sexual de mulheres e pode auxiliar no diagnóstico da disfunção sexual feminina. É composto por dez questões auto responsivas que variam em uma escala gradual de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”. Essa escala avalia as fases do ciclo da resposta sexual, contemplando 10 perguntas (ABDO, 2006a; ABDO, 2009).

A estratificação da pontuação obtida é caracterizada como: 82 - 100 pontos: bom a excelente; 62 - 80 pontos: regular a bom; 42 - 60 pontos: desfavorável a regular; 22 - 40 pontos: ruim a desfavorável; 0 - 20 pontos: nulo a ruim. Para este estudo a Escala do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) foi sendo que valores  $> 60$  indicam sexualidade regular/excelente e valores  $\leq 60$  pontos indicam sexualidade desfavorável/nula (ABDO, 2006a; ABDO, 2009) (ANEXO H).

## **3.12 AVALIAÇÃO DO RELACIONAMENTO ENTRE O BINÔMIO CUIDADOR/PACIENTE**

### **3.12.1 Pergunta de Relacionamento entre o Cuidador e Paciente**

Ao final da Ficha de Dados Pessoais do Paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) consta a pergunta sobre a percepção da satisfação do relacionamento entre o Paciente e o Cuidador. A cada paciente foi perguntado como considerava a qualidade do relacionamento dele (a) com o cuidador, sendo cinco as opções possíveis: excelente, boa, regular, ruim, péssima (APÊNDICE C). Da mesma maneira, ao final da Ficha de Dados Pessoais do Cuidador do Paciente com DPOC constava a pergunta sobre a percepção do relacionamento entre o Cuidador e o Paciente. A cada cuidador foi perguntado como considera a qualidade do relacionamento dele (a) com o paciente, sendo cinco as opções possíveis: excelente, boa, regular, ruim, péssima (APÊNDICE D).

## **3.13 DESFECHOS CLÍNICOS**

### **3.13.1 Desfechos primários e secundários**

O desfecho primário foi a análise da sexualidade do paciente e de seu cuidador primário. Os desfechos secundários foram: qualidade de vida, ansiedade, depressão, dispneia, função pulmonar, capacidade do exercício e relacionamento do cuidador com o paciente.

### **3.14 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

As variáveis categóricas foram resumidas em frequências absolutas e relativas (porcentagens). As informações referentes às variáveis numéricas foram expressas em médias, desvios-padrão, medianas e intervalo interquartil, na dependência da distribuição da variável. Todas as variáveis contínuas foram testadas quanto à distribuição pela relação entre Skewness e Kurtose com seus respectivos erros padrões, avaliação do histograma e os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

O Teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar a relação de dependência entre duas variáveis dicotômicas, de distribuição não normal, seguindo o princípio da comparação entre frequências esperadas, caso houvesse relação de independência entre as variáveis. Em alguns casos, levando-se em consideração as restrições de Cochran, aplicou-se o teste exato de Fisher. Teste t de Student foi utilizado para comparação entre duas amostras independentes, ou seja, duas subamostras de pacientes diferentes, separados por variáveis dicotômicas, de distribuição normal, visando estudar se as subamostras apresentavam distribuição semelhante, tomando como referência a média. Teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação entre duas amostras independentes, ou seja, duas subamostras de doentes diferentes, separados por variáveis dicotômicas, de distribuição não normal, visando estudar se as subamostras apresentavam distribuição semelhante. Por último foi realizado a análise de regressão logística para avaliar os fatores associados à pior desempenho da sexualidade dos pacientes e cuidadores controlando para fatores sócio demográficos, clínicos e psíquicos. Utilizou-se o SPSS, assim como o Excell. Considerado como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

### **3.15 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO**

Em obediência ao estabelecido na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), foram respeitados os critérios éticos, de maneira que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de número 878.838; e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – SECRETARIA DE SAÚDE – CE (SESA/CE), com o parecer de número 906.410.

Os participantes ao concordarem em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o paciente (APÊNDICE A) e para o cuidador (APÊNDICE B).

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Participantes do estudo**

Durante a fase de coleta de dados, 120 participantes aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE, sendo entrevistados e avaliados, sendo 60 pacientes e 60 cuidadores primários. Na análise preliminar, 8 pacientes e 8 cuidadores foram excluídos por inconsistência de informações, particularmente, pelos quesitos tempo de cuidado e tempo de adoecimento.

### **4.2 Caracterização do binômio paciente/cuidador**

Verificou-se que a idade dos pacientes variou entre 61 e 81 anos, com uma média de idade de  $71,1 \pm 10$  anos. Para os cuidadores, a idade variou entre 33 e 64 anos, com uma média de  $49 \pm 15,1$  anos, portanto conforme a caracterização sócio demográfica, verificou-se cuidadores mais jovens e

predominantemente mulheres quando comparados aos pacientes ( $p < 0,001$ ). Quarenta e nove por cento dos cuidadores eram composto por filhas.

TABELA 1 – Características sócio demográficas de 52pacientes com DPOC e seus cuidadores primários

	<b>Pacientes (n=52)</b>	<b>Cuidadores (n=52)</b>	<b>P</b>
<b>Idade Média (DP) (anos)</b>	71,1±10	49±15,1	<0,001
<b>Gênero, n (%)</b>			
Feminino	28 (54%)	45 (87%)	<0,001
<b>Estado Civil, n (%)</b>			
Casado (a)	32 (61%)	39 (75%)	0,206
Outros	20 (38%)	13 (25%)	
<b>Idade Escolar, n (%)</b>			
Sem estudo	13 (25%)	15 (29%)	0,08
Alfabetizado (a)	10 (19%)	8 (15%)	
Ensino Fundamental	24 (46%)	14 (27%)	
Ensino Médio	4 (8%)	11 (21%)	
Ensino Superior	1 (2%)	4 (8%)	
<b>Grau de Parentesco (%)</b>			
Esposo / Esposa	-	21 (40%)	
Filha	-	25 (49%)	
Outros	-	6 (11%)	

Fonte: Dados Próprios. Os valores referentes à idade são apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão) / DP (Desvio Padrão); %= percentual; n= número de indivíduos.

A TABELA 2 refere-se às características clínicas e laboratoriais dos pacientes com DPOC. Os dados apresentaram um tempo da doença com distribuição não normal. Os pacientes apresentaram baixos valores espirométricos. A média do volume expiratório forçado no 1º segundo foi de  $44,30 \pm 17,2$ . A média do teste de caminhada de 6 minutos foi de  $328,13 \pm 78,33$  metros.

TABELA 2 – Características clínicas e funcionais pulmonares de 52pacientes com DPOC

	<b>Pacientes (n = 52)</b>
<b>Tempo de doença em anos (mediana IQ25%-75%)</b>	10 (3-10,5)
<b>VEF1 percentual do previsto (média <math>\pm</math>DP)</b>	44,30± 17,27
<b>CVF percentual do previsto (média <math>\pm</math> DP)</b>	71,6±15,1
<b>TC6 em metros (média <math>\pm</math>DP)</b>	328,13 ± 78,33
<b>Tempo de tabagismo anos (médiaDP)</b>	28,21±12,80
<b>Estadiamento funcional n (%)</b>	
Moderado	21 (40)
Grave / muito grave	31 (60)

Fonte: Dados Próprios. IQ= intervalo interquartilico; %= percentual; DP= desvio padrão; n= número de indivíduos; VEF1= Volume Expiratório Forçado no 1º segundo. CVF = capacidade vital forçada

A TABELA 3 refere-se às características dos cuidadores primários de pacientes com DPOC. Os dados mostraram que 38% dos cuidadores apresentavam comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes e insuficiência cardíaca.

TABELA 3 – Características dos cuidadores primários de pacientes com DPOC

<b>Cuidadores (n = 52)</b>	
Recebe remuneração pelo papel de cuidador (%)	2 (4)
Moram juntos com o paciente (%)	39 (75)
Tempo do cuidar (em anos)	10 (3-10,5)
Comorbidades (%)	20 (38)
Hipertensão Arterial	
Diabetes	
Insuficiência Cardíaca	

Fonte: Dados Próprios. %= percentual

Quanto ao desempenho sexual a média dos escores totais para os pacientes foi  $27 \pm 31,3$  e para os cuidadores os escores tiveram uma média de  $53,9 \pm 31,8$  com  $p=0,001$ , indicando que para os pacientes a média do desempenho sexual ficou entre desfavorável a regular e para os cuidadores ficou entre regular a bom. A TABELA 4 mostra a estratificação do desempenho sexual para pacientes e cuidadores. Conforme observado, o percentual de cuidadores com padrão de sexualidade entre regular/bom foi de 58%(30/52) e entre os pacientes foi de apenas 17%(9/52). Por outro lado, o percentual para o padrão ruim /desfavorável, entre os cuidadores, foi de apenas 5%(3/52) e entre os pacientes foi 17%(9/52) com  $p=0,001$ . Ao avaliarmos somente o padrão da sexualidade [nulo/ruim], os pacientes relataram este tipo de comportamento em 56% das vezes (29/52) e os cuidadores relataram o mesmo padrão em 25% das vezes (13/52) com  $p= 0,001$ . Dos 29 pacientes com este padrão [nulo/ruim], 19 (65%) responderam que nem sequer têm interesse por sexo, por outro lado dos 13 cuidadores com o mesmo padrão de sexualidade, 6 (46%) responderam que não pensam em sexo ( $p=0,01$ ). Portanto, o padrão de sexualidade dos pacientes foi pior comparado aos seus cuidadores. Quanto a qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão os pacientes apresentaram pior pontuação em relação aos cuidadores.

TABELA 4 –Comparação entre pacientes com DPOC e seus cuidadores primários quanto à sexualidade, qualidade de vida, ansiedade e depressão

	<b>Pacientes (n=52)</b>	<b>Cuidadores (n=52)</b>	<b>P</b>
<b>Sexualidade†</b>			
Regular / excelente <sup>n</sup>	9 (17%)	30 (58%)	
Desfavorável / regular <sup>b</sup>	5 (10%)	6 (12%)	0,001
Ruim / desfavorável <sup>c</sup>	9 (17%)	3 (5%)	

Nulo / ruim <sup>d</sup>	29 (56%)	13 (25%)	
<b>SF-36 media (media ±DP)</b>			
CMS (%) +	47,42±14,55	45,82±13,21	0,560
CFS (%) +	31,12±10,58	44,60±10,52	<0,001
<b>Escores de Beck - ansiedade mediana IQ +</b>	13 (5,2-21,7)	5,5 (3,0-10,7)	0,021
<b>Escores de Beck - depressão mediana IQ +</b>	18 (11,2-21)	8(3-12)	<0,001

Fonte: Dados Próprios. SF-36 (Shortform-36, Escala de Qualidade de Vida); DP (Desvio Padrão); CMS (Componente Mental Sumarizado); CFS (Componente Físico Sumarizado); IQ (intervalo interquartilico); %= percentual; p= significância estatística. Intra-grupos: (a.b), p = 0,25 / (a.c), p = 0,001 / (a.d), p = 0,001 / (b.c), p = 0,2 / (b.d), p = 0,17 / (c.d), p = 1; += Teste t student; † teste exato de fisher

Na TABELA 5, a qualidade do relacionamento entre pacientes e cuidadores foi avaliada de forma positiva entre ambos. Os pacientes estabeleceram como boa ou excelente em 86% das vezes, enquanto que os cuidadores em 88% das vezes.

TABELA 5–Avaliação da qualidade do relacionamento cuidador-paciente e paciente-cuidador em 52 pacientes com DPOC e seus cuidadores primários

	<b>Pacientes (n=52)</b>	<b>Cuidadores (n=52)</b>	<b>P</b>
<b>Relacionamento</b>			
Excelente / Bom / Normal +	45 (86%)	46 (88%)	-
Regular / Ruim / Muito Ruim +	7 (13%)	6 (11%)	1000

Fonte: Dados Próprios. n= número de indivíduos; %= percentagem; p= significância estatística; += Teste t student

### 4.3 FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DOS PACIENTES

Na TABELA 6, nem os fatores sociodemográficos, nem a qualidade do relacionamento entre o binômio paciente/cuidador influenciaram no desempenho da sexualidade dos pacientes.

TABELA 6–Comparação do padrão de desempenho sexual dos pacientes com DPOC quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e qualidade de relacionamento

	<b>Regular-Excelente (n=9)</b>	<b>Nulo-Desfavorável (n=43)</b>	<b>P</b>
<b>Gênero†</b>			



Masculino n (%)	7 (78%)	18 (42%)	-
Feminino n (%)	2 (22%)	25 (58%)	0,07
<b>Idade Média (DP) +</b>	70,6±10,2	71,3±10,1	0,88
<b>Estado Civil†</b>			
Casado n (%)	7 (78%)	25 (58%)	
Outros n (%)	2 (22%)	18 (42%)	0,45
<b>Nível Escolaridade†</b>			
Alfabetizado n (%)	8 (89%)	31 (72%)	
Não alfabetizado n (%)	1 (11%)	12 (28%)	0,48
<b>Relacionamento</b>			
<b>Paciente/Cuidador†</b>			
Normal-Excelente n (%)	8 (89%)	37 (86%)	
Regular-Muito Ruim n (%)	1 (11%)	6 (14%)	1,0
<b>Relacionamento</b>			
<b>Cuidador/Paciente†</b>			
Normal-Excelente n (%)	7 (78%)	39 (91%)	
Regular-Muito Ruim n (%)	2 (22%)	4 (9%)	1,0

Fonte: Dados Próprios. Os valores referentes à idade são apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão) / DP (Desvio Padrão); n= número de indivíduos; %= percentagem; += Teste t student; † teste exato de fisher

Na TABELA 7, podemos observar que os pacientes com padrão de desempenho da sexualidade [nulo-desfavorável] apresentaram pior qualidade de vida quando comparado àqueles com padrão sexual [regular-excelente] (coeficiente mental sumarizado  $44,97 \pm 13,67$  vs  $59,12 \pm 13,45$ ;  $p= 0,007$ , respectivamente). Também foi observado maior sofrimento psíquico dos pacientes com sexualidade [nulo-desfavorável] vs [regular-excelente], com níveis elevados de ansiedade e depressão ( $16,05 \pm 11,19$  vs  $7,2 \pm 7,0$ ;  $p=0,02$  e  $18,70 \pm 9,11$  vs  $10,67 \pm 8,17$ ;  $p=0,01$  respectivamente).

TABELA 7–Qualidade de vida e seus componentes físico e mental, ansiedade e depressão empacientes estratificados pelo padrão do desempenho sexual

	<b>Regular-Excelente (n=9)</b>	<b>Nulo-Desfavorável (n=43)</b>	<b>P</b>
<b>SF-36 CMS (media +- DP) +</b>	59,12±13,45	44,97±13,67	0,007
<b>SF-36 CFS (media +- DP) +</b>	35,97±12,53	30,10±9,99	0,13
<b>Escores Beck–ansiedade mediana (IQ) +</b>	7,2±7,0	16,05±11,19	0,02
<b>Escores Beck–depressão mediana (IQ) +</b>	10,67±8,17	18,70±9,11	0,01

Fonte: Dados Próprios. SF-36 (Shorform-36 – Escala de Qualidade de Vida). Os valores referentes ao SF-36 apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão); DP= Desvio Padrão; CMS (Componente Mental Sumarizado) / CFS (Componente Físico Sumarizado); mediana IQ = Intervalo interquartilico; p= significância estatística; + = Teste t-student

Os dados de função pulmonar, dispneia e capacidade de exercício dos pacientes são apresentados na TABELA 8 estratificados pelo desempenho da sexualidade. Não houve diferença estatística nos valores apresentados pela VEF1%, pelo Teste de Caminhada 6 Minutos, pela MRC ou pelo Tempo da Doença entre os pacientes com desempenho sexual entre Regular-Excelente comparados àqueles com desempenho entre Nulo-desfavorável.

TABELA 8–Fluxo aéreo, dispneia, capacidade funcional respiratória, tempo da doença em 52 pacientes com DPOC estratificados pelo padrão do desempenho sexual

	<b>Regular-Excelente (n=9)</b>	<b>Nulo-Desfavorável (n=43)</b>	<b>P</b>
<b>Tempo de doença média (DP) +</b>	7,89± 4,56	9,37 ± 8,11	0,59
<b>VEF1% média (DP) +</b>	51,11±19,67	42,87±16,62	0,19
<b>MMRC média (DP) +</b>	3,33±0,71	3,00±0,9	0,30
<b>TC-6 minutos média (DP) +</b>	364,50±102,2	325,10±76,6	0,24

Fonte: Dados Próprios. Valores referentes à VEF1% (porcentagem do volume expiratório no primeiro segundo), ao MMRC (Modified Medical Research Council – Escala de Dispneia) e ao Teste de Qualidade de Vida SF-36 (Shortform-36 – Escala de Qualidade de Vida) apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão); DP (Desvio Padrão); n= número de indivíduos; p= significância estatística; % (porcentagem); + =Teste t student

Para avaliar os fatores associados ao pior desempenho sexual dos pacientes, controlando para gênero, idade, estado psíquico dos pacientes (ansiedade e depressão) e gravidade da doença (VEF1 e teste da caminhada) foi realizado uma análise de regressão logística. Foi observado que valores maiores na escala de depressão mostra-nos uma chance aumentada de apresentar um desempenho nulo a desfavorável no comportamento da sexualidade. A razão de chance aumentou para 1,13 com intervalo de confiança de 95% (1,02-1,25).

TABELA 9– Análise de regressão logística para avaliar fatores associados ao padrão de sexualidade [nulo-desfavorável] dos pacientes com DPOC

<b>Preditor</b>	<b>Odds Ratio Ajustado</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
Depressão	1,13	1,02-1,26	0,02

Fonte: Dados Próprios. IC= Intervalo de confiança; p= significância estatística

#### 4.4 FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DOS CUIDADORES

Conforme observado na TABELA 10, nenhuma das variáveis, tais como: gênero, estado civil e qualidade do relacionamento entre o binômio paciente/cuidador influenciaram no desempenho sexual dos cuidadores, com exceção da idade média que apresentou uma diferença significativa entre o padrão de desempenho sexual de [Regular-Excelente] versus [Nulo-Desfavorável], sendo 42,97±13,12 vs 57,41±14,03, respectivamente, com p=0,001.

TABELA 10—Comparação do padrão de desempenho sexual dos cuidadores de pacientes com DPOC quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e qualidade de relacionamento

	<b>Regular-Excelente (30)</b>	<b>Nulo-Desfavorável (22)</b>	<b>P</b>
<b>Gênero†</b>			
Masculino n (%)	2 (7%)	3 (14%)	0,40
Feminino (%)	28 (93%)	19 (86%)	0,40
<b>Idade Média (DP)+</b>	42,97±13,12	57,41±14,03	0,001
<b>Estado Civil†</b>			
Casado n (%)	19 (63%)	20 (91%)	-
Outros (%)	11 (37%)	2 (9%)	0,05
<b>Nível Escolaridade†</b>			
Alfabetizado (%)	22 (73%)	15 (68%)	-
Não alfabetizado (%)	8 (27%)	7 (32%)	0,68
<b>Relacionamento</b>			
<b>Cuidador/Paciente†</b>			
Normal-excelente	28 (93%)	18 (82%)	-
Regular-muito ruim	2 (7%)	4 (18%)	0,20
<b>Relacionamento</b>			
<b>Paciente/Cuidador†</b>			
Normal-excelente	27 (90%)	18 (82%)	-
Regular-muito ruim	3 (10%)	4 (18%)	0,39

Fonte: Dados Próprios. Os valores referentes à idade apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão) / DP (Desvio Padrão); n=número de indivíduos; % (porcentagem); p= significância estatística;+ teste t-student; † teste exato de fisher

Os cuidadores com padrão da sexualidade mais comprometido apresentaram pior qualidade de vida quando avaliados pelo SF-36 (CMS= 41,19±14,36vs 49,21±11,38,p=0,02 e CFS = 41,12±10,98vs47,15±9,57,p=0,04). Observou-se maior sofrimento psíquico com níveis elevados de depressãoentre o grupo que apresentava desempenho sexualmediana 12,91 (Intervalo Interquartílico 8,50-15,50)vsmediana 6,27 (Intervalo Interquartílico 1,00-9,00). Quanto ao Teste de Qualidade de Vida do Cuidador, os cuidadores mais comprometidos no quesito sexual demonstraram pior qualidade de vida quando avaliados pela CB-scale (1,93  $\pm$  0,66 vs 1,56  $\pm$  0,45, p=0,02).

TABELA 11—Qualidade de vida e seus componentes (físico e mental), ansiedade e depressão em 52 pacientes com DPOC estratificados pelo padrão do desempenho sexual dos cuidadores

	<b>Regular-Excelente (n=30)</b>	<b>Nulo-Desfavorável (n=22)</b>	<b>P</b>
SF-36 CMS média (DP)	49,21±11,38	41,19±14,360,02	
SF-36 CFS média (DP)	47,15±9,57	41,12±10,98	0,04
Beck Ansiedade Mediana (IQ)	6,63 (3,00-7,25)	13,36 (1,75-24,75)	0,02
Beck Depressão Mediana (IQ)	6,27 (1,00-9,00)	12,91 (8,50-15,50)	0,007
CB scale média (DP)	1,56±0,45	1,93±0,66	0,02

Fonte: Dados Próprios. Os valores referentes ao Teste de Qualidade de Vida SF-36 (Shortform-36 – Escala de Qualidade de Vida) apresentados em média ( $\pm$ desvio-padrão); DP (Desvio Padrão); CMS (Componente

Mental Sumarizado); CFS (Componente Físico Sumarizado); IQ (mediana interquartílica); n= número de indivíduos; p= significância estatística

Para avaliar os fatores associados ao pior desempenho da sexualidade dos cuidadores, controlando para gênero, idade e estado psíquico foi realizado uma análise de regressão logística. Na análise multivariada, valores maiores na escala de depressão mostra-nos uma chance aumentada de apresentar desempenho sexual de nulo a desfavorável. A razão de chance aumentou para 1,11 com intervalo de confiança de 95% (1,01-1,23) (TABELA 12). Cuidadores com idade mais avançada também apresentaram uma maior chance de desempenho sexual nulo a desfavorável (razão de chance de 1,09 com intervalo de confiança de 95% (1,03-1,15).

TABELA 12–Análise de regressão logística para avaliar fatores associados ao padrão de sexualidade nulo-desfavorável dos cuidadores de pacientes com DPOC

<b>Preditor</b>	<b>Odds Ratio Ajustado</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
Escala de depressão	1,11	1,01-1,23	0,035
Idade	1,09	1,03-1,15	0,004

Fonte: Dados Próprios. IC (intervalo de confiança); p= significância estatística

#### **4.4 AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS A SEXUALIDADE DO SUBGRUPO ESOSO/ESPOSA**

Avaliou-se um subgrupo de 21 casais, sendo que entre os cuidadores 6 eram esposos e 15 esposas. Entre os 21 casais 18 relataram que o padrão sexual era [nulo-desfavorável] e apenas 3 casais relataram um desempenho sexual [regular-excelente]. Ao avaliar a sexualidade dos cuidadores deste subgrupo, não foi observada diferença no desempenho sexual quando os cuidadores foram divididos quanto ao gênero, nível de escolaridade, nível de ansiedade e depressão, relacionamento cuidador /paciente. Variáveis como gravidade da DPOC, nível de ansiedade e depressão dos pacientes e relacionamento paciente/cuidador não influenciaram na sexualidade dos cuidadores (TABELA 13).

TABELA 13–Análise do subgrupo esposo/esposa na avaliação do padrão de desempenho sexual aplicado aos conjugues cuidadores de pacientes com DPOC estratificadas por características dos pacientes e cuidadores

	<b>Regular-Bom (n=3)</b>	<b>Desfavorável-Nulo (n=18)</b>	<b>P</b>
<b>Gênero Cuidador</b>			
Masculino n (%)	0 (0%)	6 (33%)	1,00
Feminino n (%)	3 (100%)	12 (67%)	1,00
<b>Nível escolaridade</b>			

<b>cuidador</b>			
Alfabetizado (%)	2 (67%)	12 (67%)	1,00
Não alfabetizado (%)	1 (33%)	6 (33%)	1,00
<b>Relacionamento cuidador/paciente</b>			
Normal-excelente	1 (100%)	15 (75%)	0,18
Regular-muito ruim	0 (0%)	5 (25%)	0,18
<b>Relacionamento paciente/cuidador</b>			
Normal-excelente	2 (67%)	14 (78%)	1,00
Regular-muito ruim	1 (33%)	4 (22%)	1,00
<b>Ansiedade do cuidador</b>			
Mínima/leve	3 (100%)	13 (72%)	0,54
Moderada/severa	0 (0%)	5 (28%)	0,54
<b>Depressão do cuidador</b>			
Mínima/leve	3 (100%)	16 (89%)	1,00
Moderada/severa	0 (0%)	2 (11%)	1,00
<b>Ansiedade do paciente</b>			
Mínima/leve	1 (33%)	10 (55%)	0,54
Moderada/severa	2 (67%)	8 (45%)	0,54
<b>Depressão do paciente</b>			
Mínima/leve	2 (67%)	11 (61%)	1,00
Moderada/severa	1 (33%)	7 (39%)	1,00
<b>Gravidade DPOC</b>			
Leve/moderada	0 (0%)	10 (55%)	0,21
Grave/muito grave	3 (100%)	8 (45%)	0,21

Fonte: Dados Próprios. DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica); n= número de indivíduos; p= significância estatística; %=porcentagem

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra diferença no comportamento sexual do binômio paciente/cuidador, no que diz respeito a uma minoria dos pacientes ter apresentado um padrão de desempenho sexual de regular a excelente, e por outro lado mais da metade dos cuidadores relataram o mesmo padrão. Quanto ao padrão sexual de nulo a ruim mais da metade dos pacientes apresentou este comportamento e apenas um quarto dos cuidadores apresentou o mesmo padrão. Portanto, a sexualidade dos pacientes estava mais comprometida que a dos cuidadores. Isto pode ser explicado pelo fato do binômio não ser composto exclusivamente por esposo/esposa, portanto são grupos distintos que apresentam diferenças, uma delas em relação à idade. Os cuidadores eram mais jovens em relação aos pacientes. É digno de nota que não existem estudos atualizados na literatura que aborde a sexualidade do binômio (paciente/cuidador primário) de um modo geral. Apenas um único estudo foi encontrado de Ibañez et al. (2001) em que se abordou o assunto, de forma diferente, qualitativamente, além de ser conduzido por pacientes e por suas esposas, com entrevista

semiestruturada afim de avaliar a percepção subjetiva quanto às dificuldades no campo da sexualidade em ambos os grupos.

Este estudo também permitiu evidenciar que os pacientes com baixo desempenho sexual também apresentaram pior qualidade de vida e maior nível de depressão. Segundo Godoy et al. (2009), os pacientes com DPOC evitam qualquer atividade física (incluindo a atividade sexual) para se proteger de episódios de falta de ar. Com isso, percebe-se modificações de humor (sentem-se tristes, impotentes e incapazes). Conseqüentemente, ao evitarem esforços físicos com medo de desencadear a dispnéia, intensificam seu descondiçionamento físico geral, agravam ainda mais a falta de ar, anulam a vida sexual (pela via de satisfação e de prazer), afetando assim a qualidade de vida e desencadeando aumento nos níveis de depressão. Dessa forma, as atividades da vida diária do indivíduo são reduzidas e, conseqüentemente, instala-se um ciclo vicioso no qual ele limita suas atividades para amenizar os sintomas.

A presente pesquisa constatou também que os cuidadores dos pacientes com DPOC, com baixo desempenho sexual, eram mais velhos, tinham pior qualidade de vida e maior nível de ansiedade e depressão. No Brasil, existe a tendência do aumento do número de idosos cuidadores de outros idosos (DUARTE et al., 2010). Cuidadores idosos inseridos em contextos de adoecimento crônico, especialmente a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) estão mais expostos às situações de complicações físicas, mentais e emocionais, perda da liberdade e/ou sobrecarga de cônjuges, anulação de si mesmos, sendo maiores os prejuízos à qualidade de vida, ao bem-estar desses indivíduos, aumentando os níveis de ansiedade e depressão (MIRAVITLLES et al., 2015; NAKKEN et al., 2015; SANTOS-ORLANDI et al., 2017). Portanto, inferimos que este quadro depressivo poderá influenciar a sua vida sexual.

Na presente amostra houve uma predominância de cuidadoras mulheres e filhas. O resultado corrobora com o trabalho de Pinto e Nations (2012), onde se identificou que mais da metade das mulheres assumiam o papel de cuidadoras familiares e que evidenciam fortemente o cuidado provido do gênero feminino. Em um estudo realizado por Pinto et al. (2007), observou-se que a população de cuidadores era predominantemente de mulheres jovens. Evidencia-se também com o estudo de Bergs (2002), uma amostra com mulheres (com idade entre 47 e 69 anos), sendo esposas e cuidadoras de seus maridos pacientes de DPOC. Socialmente, as mulheres desempenham, predominantemente, o papel de cuidador nas mais diversas culturas (KARSCH, 2003; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; TSARA et al., 2006; PINTO et al., 2007; LEE et al., 2010; MIRAVITLLES et al., 2015). O predomínio de mulheres como cuidadoras também foi encontrado no estudo de Castro (2016), com cuidadores familiares responsáveis pelos cuidados dos seus entes adoecidos com DPOC.

Observou-se que o grupo de cuidadores eram mais jovens quando comparados aos pacientes, o que confirma resultados anteriores de um trabalho realizado com pacientes com diagnóstico de DPOC (MCCATHIE; SPENCE; TATE, 2002). Quanto à idade dos cuidadores permite-nos relacionar que nessa fase da vida adulta o ser humano requer também atenção psicossocial, podendo apresentar complicações no cuidado de si mesmo (ARAÚJO et al., 2013), especialmente quando existe a sobrecarga no cuidado reservado a um outro.

Neste estudo, identificou-se também que dois terços do total dos cuidadores residiam com o paciente, sendo a maioria filhas ou esposas. Tal resultado corrobora com o estudo de Pinto et al. (2007), de Tsara et al. (2006) e de Lee et al. (2010), que apresentaram a maioria de seus cuidadores, sendo mulheres, residindo com seus pacientes. Além disso, a grande maioria dos cuidadores apresentam com o paciente um grau de parentesco familiar, o que corrobora com os estudos de Pinto et al. (2007), Brondani (2008), Pinto e Nations (2012), Figueiredo et al. (2013) e Nakken et al. (2015) em que mais da metade dos familiares eram os próprios cuidadores. Tem sido comprovado que a maioria do cuidado provido para a doença crônica, não vem de profissionais da saúde ou da área social, mas da família e dos amigos (SPENCE et al, 2008).

O processo de escolha do cuidador primário ocorre geralmente na família no qual um dos membros é eleito para a função, ou ele mesmo se auto elege. Conforme Cattani e Girardon-Perlini (2004); Karsch(2003); Silveira, Caldas e Carneiro (2006), a escolha do cuidador obedece a quatro fatores, que são: a) grau de parentesco – cônjuge, filho (a) s, mãe, pai, neto (a) s, nora, genro; b) gênero – geralmente as mulheres que residem no mesmo domicílio e cuidam dos seus maridos, pais e filhos; c) proximidade física – os que moram na mesma casa ou mais próximo dela; d) proximidade afetiva – representada pelas relações conjugais, pais e filhos. No entanto, de acordo com Silveira, Caldas e Carneiro(2006), os cônjuges e os filhos geralmente cuidam por obrigação, em decorrência, respectivamente, do acordo de casamento e pelo lugar que ocupam na família. Resultados do estudo de Spence et al. (2008) confirmam que cuidadores membros da família disponibilizam cuidado direto para os pacientes, e, em contrapartida, recebem pouco suporte e assistência. Os participantes reportaram atividades diárias restritas e algum estresse de ordem emocional. Mccathie, Spence e Tate (2002) e Spence et al. (2008) concluíram em seu trabalho que familiares cuidadores precisam de suporte e de intervenção social e profissional enquanto cuidam do paciente em casa. Isso ajudaria a minimizar o sofrimento do cuidador no campo da saúde física, psicológica e emocional, além de aumentar a sua qualidade de vida e a qualidade da relação paciente cuidador e vice-versa.

Em relação ao tempo dedicado ao cuidado, nossos achados verificaram que os cuidadores prestavam cuidados, em média, há 10 anos, resultado que coincide com a média do tempo de adoecimento dos pacientes. Essa grande demanda de cuidado pode ser explicada pela necessidade de

serem supridos de cuidados desde o início do adoecimento pela DPOC, já que se trata de uma amostra com pacientes limitados fisicamente e psicologicamente. No estudo de Cedano et al. (2013), com 80 pacientes com DPOC em uso de oxigênio domiciliar e seus respectivos cuidadores primários, o tempo do cuidar apresentou uma média de mais de 3 anos, enquanto que em outro estudo chinês foi identificado um tempo médio de cuidado de 8 anos (LEE et al., 2010). Cedano et al. (2013) afirmam que quanto maior o tempo do cuidado prestado ao paciente maior será a sobrecarga do cuidador. E Gratão et al. (2010), apesar de sua amostra ser composta apenas por idosos e seus respectivos cuidadores, confirma que o tempo do cuidar quando muito extenso e sem pausas, poderá gerar sobrecarga do cuidador.

Foi observado que, entre os cuidadores primários, mais da metade são acometidos por alguma doença, as principais sendo hipertensão arterial, diabetes e insuficiência cardíaca. De acordo com Miravittles et al. (2015), cuidadores de pacientes com DPOC são frequentemente e exageradamente exigidos por um cuidar do outro englobando fatores físicos, emocionais e financeiros, o que induz o adoecimento dos mesmos, acarretando piora na qualidade de vida, além de grande impacto na saúde. No estudo de Cedano et al. (2013), a maioria dos cuidadores tinha algum tipo de doença e as mais prevalentes foram as cardiovasculares e musculoesquelética. Outro trabalho de Pinto et al. (2007), com amostra semelhante, relatou mais da metade dos cuidadores com algum tipo de morbidade.

Quanto as características dos pacientes foram observadas similaridades entre os gêneros feminino e masculino, e uma média de idade de aproximadamente 71,1 anos. De acordo com o documento GOLD (2017), estudos realizados em países desenvolvidos têm demonstrado que a prevalência da DPOC nos pacientes é semelhante entre os sexos (como aponta os resultados do presente estudo) (GODOY; GODY, 2002; DRANSFIELD et al., 2007; ARYAL; DIAZ-GUZMAN; MANNINO, 2013; VOGELMEIER et al., 2017).

Os dados apresentados no presente estudo, apesar de serem próximos aos números do trabalho de Pinto et al. (2007), trazem uma visível redução no tempo de tabagismo, o que nos remete a pensar na influência das campanhas de antitabagismo implantadas neste serviço.

Quanto às características funcionais dos pacientes, foi observado que os mesmos apresentaram baixos valores espirométricos. São pacientes marcados pela gravidade do adoecimento crônico, onde mais da metade deles apresentam obstrução de grave a muito grave. De acordo com Azevedo (2013), nesses estágios da doença, existe um risco aumentado de exacerbações, hospitalizações e morte com a piora da obstrução, além do aumento da dependência do outro (no caso de um cuidador), além de limitações de ordem física, social e psicológica.



Os valores médios do Teste de caminhada de 6 minutos (TC6) são semelhantes a outras amostras de pacientes com DPOC avaliadas no mesmo centro de pesquisa, refletindo a baixa capacidade de exercício da nossa amostra (SILVA et al., 2015).

Ao compararmos os pacientes com os cuidadores, os pacientes apresentaram níveis maiores nas escalas de ansiedade e depressão e pior qualidade de vida. Segundo Hill et al. (2008), irritabilidade e desesperança são frequentes sintomas da depressão em pacientes com DPOC. Altos níveis de depressão (25 – 30%) foram constatados após hospitalização por exacerbação (GUDMUNDSSON et al., 2006; NORWOOD, 2006). Hill et al. (2008) afirma também que a prevalência de ansiedade em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é considerada alta e que seus sintomas (sentimentos excessivos de disforia ou sintomas somáticos de tensão, fadiga, irritabilidade, discurso acelerado, baixo poder de concentração, distúrbios do sono e mudanças fisiológicas (taquicardia, palpitações, suor e dispneia)) interferem diretamente na qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

Observamos que os pacientes apresentaram piores padrões de sexualidade quando comparados aos cuidadores. Kaptein et al., 2008, ao estudarem pacientes com DPOC também observaram um comprometimento da atividade sexual dos mesmos. Dias et al. (2017) registraram alta incidência de disfunção erétil em pacientes com DPOC, além do impacto da dispneia sobre a atividade sexual. No estudo qualitativo de Panoset al. (2013) foi feita uma análise das falas dos pacientes onde foram evidenciados cinco tópicos, dentre eles um que afirma que a DPOC é capaz de interferir fortemente na sua sexualidade. Todavia, em busca de estratégias de melhorar a sexualidade do paciente, no estudo realizado por Steinke (2013) buscou-se fortalecer a necessidade de se incluir evidências baseadas em estratégias para guiar um aconselhamento sexual, com condutas proativas de profissionais da saúde a fim de estimular conversações, informações e orientações educativas sobre temas ligados à sexualidade.

Foi observado que os pacientes com padrão da sexualidade mais comprometido apresentaram pior qualidade de vida quando avaliados pelo SF-36 Coeficiente Mental Sumarizado, ou seja, percebe-se então que existe uma associação direta entre a qualidade de vida e o padrão de sexualidade. No estudo de Ibañez et al. (2001), se percebeu que a função sexual pode ser afetada pelo adoecimento crônico. Percebe-se que os problemas de ordem sexual interferem nos relacionamentos interpessoais, assim como no grau de satisfação com seus parceiros.

Observamos maior sofrimento psíquico com níveis elevados de depressão entre o grupo de pacientes que apresentava desempenho sexual de nulo a desfavorável. Uma explicação plausível para o fato da depressão impactar negativamente na sexualidade dos pacientes seria o sofrimento físico e psíquico que a doença impõe aos pacientes com consequente impacto no desempenho sexual.

As variáveis funcionais respiratórias não apresentaram relação com o comportamento sexual dos pacientes. Provavelmente pelo fato de se tratar de uma amostra homogênea constituída predominantemente por pacientes com DPOC moderada a grave.

Verificamos que entre os fatores sociodemográficos dos cuidadores, apenas a idade impactou na sexualidade. O subgrupo com maior idade mostrou pior desempenho sexual, corroborando com a afirmação de Gray e Garcia (2012). No entanto, Carvalho (2012) estudando a Sexualidade na Terceira Idade, enfatiza que a função sexual, apesar de diminuir o seu desempenho, não se encontra morta ou nula.

Os cuidadores com padrão da sexualidade mais comprometido apresentaram piora na qualidade de vida e presença de sintomas depressivos. Bergs (2002) também acusa baixos escores de qualidade de vida, no entanto percebe que existem alguns fatores capazes de trazer melhorias nesse quesito para mulheres dos pacientes com DPOC, por exemplo: conviver na presença de filhos e netos, além de ser capaz de agradar seu esposo e cuidar dele até o fim.

Na análise multivariada, níveis elevados de depressão e idade mais avançada causaram um impacto negativo na sexualidade dos cuidadores. Vários estudos têm demonstrado que o ato de cuidar de um paciente com doença crônica, entre elas a DPOC, leva a uma sobrecarga física e psíquica para o cuidador (PINTO; NATIONS, 2012) e consequentes níveis elevados de depressão (FIGUEIREDO et al., 2013; GAUTUN; WERNER; LURÁS, 2012; GIACOMINI et al., 2012). Portanto acreditamos que a sobrecarga psíquica em decorrência do ato de cuidar possa impactar negativamente na sexualidade dos cuidadores.

Ao avaliarmos o subgrupo esposo/esposa 85% (18/21) relataram um comportamento sexual de nulo a desfavorável, resultado que corrobora com o estudo de Pinto e Nations (2012), onde as informantes consideradas “esposas-cuidadoras” informaram mudanças no ato sexual que atingiu à total abstinência do sexo pela falta de ar dos esposos, assemelhando-se a uma impotência sexual, o que acusa um comportamento sexual de nulo a desfavorável. No entanto, na avaliação do subgrupo da nossa amostra, não observamos fatores que possam impactar na função sexual do binômio, provavelmente por se tratar de uma amostra pequena com a predominância de um único padrão de comportamento sexual, de nulo a desfavorável.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO:**

- 1-) Por ser um estudo transversal não é possível estabelecer causa e efeito.
- 2-) O binômio (paciente / cuidador) originou de dois centros da atenção terciária, portanto não é possível generalizar os resultados para atenção primária, por exemplo.

3-) O número reduzido de indivíduos no subgrupo esposo/esposa provavelmente comprometeu a análise de algumas variáveis relacionadas a doença impactar na sexualidade do binômio.

#### **PONTOS FORTES DO ESTUDO:**

1-) É o primeiro estudo que analisou o binômio paciente/cuidador através de um questionário validado e bem estruturado, no qual foi avaliado o comportamento sexual em várias etapas e individualizado para cada gênero.

2-) É o primeiro estudo que analisou a sexualidade do binômio paciente/cuidador de forma mais ampla, incluindo outros graus de parentesco de cuidadores, o que melhor reflete a realidade do ato de cuidar.

#### **IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:**

Sendo a DPOC uma doença de múltiplas facetas, este estudo mostra a importância, junto ao profissional de saúde, da avaliação da sexualidade de pacientes com DPOC e seus cuidadores atendidos em unidades terciárias, principalmente para identificar aqueles que apresentam comprometimento da sexualidade a fim de adotar medidas para melhorar este aspecto da doença.

Esta avaliação inicial é importante para estudos futuros: 1) estudo observacional a longo prazo com o binômio esposo/esposa para observar a influência de eventos negativos da doença, por exemplo exacerbações, no comportamento sexual do binômio. 2) estudo de intervenção com estratégias para guiar um aconselhamento sexual através de uma equipe de profissionais treinados, e observar a influência em alguns desfechos como a própria sexualidade e qualidade de vida.

## **6 CONCLUSÕES**

A sexualidade dos pacientes com DPOC está comprometida em relação à sexualidade de seus cuidadores primários.

Entre os pacientes com DPOC não houve diferença no padrão de comportamento sexual em relação ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, qualidade do relacionamento paciente/cuidador e tempo de doença.

Houve uma associação entre mau desempenho sexual e má qualidade de vida entre os pacientes.

Houve uma associação entre níveis elevados de depressão e mau desempenho sexual dos pacientes.

As variáveis funcionais respiratórias e motoras não apresentaram associação com a sexualidade dos pacientes.

Quanto aos cuidadores de pacientes com DPOC, não houve diferença no padrão de comportamento sexual quanto ao gênero, estado civil, escolaridade, qualidade do relacionamento cuidador /paciente e tempo como cuidador.

Houve uma associação entre mau desempenho sexual e má qualidade de vida entre os cuidadores.

Níveis elevados de depressão e idade mais avançada estão associados a um baixo desempenho sexual entre os cuidadores.

No subgrupo esposo/esposa foi observado um maior percentual de casais com comportamento sexual entre nulo a desfavorável.

## **REFERÊNCIAS**

AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION (AACVPR). Diretrizes para Programas de Reabilitação Pulmonar: Promovendo a Saúde & Prevenindo a Doença. Tradução de Mônica de Queiroz T. S. Neves e Ângela Gonçalves Marx. 3. ed., p.84, São Paulo: Roca, 2007.

ABDO, C.H.N. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* v.63, n.9, p.477-482, 2006a.

\_\_\_\_\_. Elaboração e validação do quociente sexual – versão masculina: uma escala para avaliar a função sexual do homem: *Rev Bras Med.* v.63, n.1, p.42-6, 2006b.

\_\_\_\_\_. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher: *Diagnóstico e Tratamento*, v.14, n. 2, p.89-1, 2009.

AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS). Standardization of spirometry, 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med.* v. 152, p. 1107-1111, 1995.

\_\_\_\_\_. Statement: Guidelines for the six-minute walk test. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, v. 166, p. 111-17, 2002.

ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 1, p. 149-158, Rio de Janeiro, 2013.

ARYAL, S.; DIAZ-GUZMAN, E.; MANNINO, D. M. COPD and gender differences: an update. *Transl Res.* v. 162, p. 208–218, 2013.

AZEVEDO, K. R. S., 2013. Avaliação Funcional Pulmonar na DPOC. *Pulmão RJ*, v. 22, n. 2, p. 24-29, 2013.

BALASUBRAMANIAN, V. P.; VARKEY, B. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs. *Curr Opin Pulm Med*, v. 12, p. 106-112, 2006.

BALCELLS, E.; GEA, J.; FERRER, J. et al. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients: *Health and Quality of Life Outcomes*, v.8, p.108, 2010.

BASSON, R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*, v. 354, p. 1497-1506, 2006.

- BECK, A. T.; BEAMESDERFER, A. Assessment of depression: The depression inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*, v. 7, p. 151-69, 1974.
- BERGS, D. The Hidden Client – women caring for husbands with COPD: their experience of quality of life. *J. Clin. Nurs*, v. 11, n. 5, p. 613-21, 2002.
- BLINDERMAN, C.D., HOMEL, P.; BILLINGS, A. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Sym Man.* v.38, n.1, 2009. p. 115-23.
- BODEN, J. M.; FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*, v. 96, p. 440–446, 2010.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. In Ortiz, R. Pierre Bourdieu. *Coleção Grandes Cientistas Sociais*, n. 39, p. 15, São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 466. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRATEK, A.; ZAWADA, K.; BEIL-GAWELCZYK, J. et al. Depressiveness, symptoms of anxiety and cognitive dysfunctions in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Possible associations with inflammation markers: A pilot study. *J Neural Transm (Vienna)*. v. 122, n. 1, p.83-91, 2015.
- BRONDANI, C. M. *Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar*. 2008. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Santa Maria, RS, 2008.
- BÜCHELE, F.; OLIVEIRA, A. S.; PEREIRA, M. D. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. *Interface: Natal (RN)*, v. 3, n. 1. 2006.
- CASTRO, O. de. *O significado de ser cuidador de pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica dependente de oxigenoterapia domiciliar*. Tese (Mestrado em Enfermagem) –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, 2016.

CARVALHO, M. R. S. A Sexualidade na Terceira Idade: Estudo de Caso num Centro Comunitário da RAM. Tese (Mestrado em Ciências da Educação). Departamento de Ciências da Educação. Universidade da Madeira, Ilha da Madeira, 2012.

CATALFO, G.; CREA, L.; CASTRO, T. L. et al. Depression, body mass index, and chronic obstructive pulmonary disease a holistic approach. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* v. 11, p. 239-249, 2016.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004.

CAZZOLA, M.; MACNEE, W.; RABE, K. F. et al. Outcomes of COPD pharmacological trials: from lung function to biomarkers. *Eur Respir J.*, v.31, n. 2, p. 416–469, 2008.

CEDANO, S.; BETTENCOURT, A. R. D. C.; TRALDI, F. et al. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em oxigenoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.21 n.4, 2013.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF- 36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COSTA, M. M. de; NASCIMENTO, M. A. de L.; SILVA, R. N. da. *Ensinando a Cuidar da Criança*. São Paulo: Difusão, 2003.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, p. 11-13, 2001.

CUZIN, B. *Physiologie et physiopathologie de la sexualite*. *Rev Infirm.* v. 222, p.17-20, 2016.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- DELMASTRO, K.; HELLEM, T.; KIM, N. et al. Incidence of major depressive episode correlates with elevation of substrate region of residence. *J Affect Disord.* v. 129, n. 1-3, p. 376–379, 2011.
- DIAS, M.; OLIVEIRA, M. J.; OLIVEIRA, P. et al. Does any association exist between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Erectile Dysfunction? The DECODED study. *Rev Port Pneumol.*, v. 23, n. 5, p. 259-65, 2017.
- DIGNANI, L.; TOCCACELI, A.; GUARINONI, M. G. et al. Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. *Nurs Forum*, v. 50, n. 3, p. 201–213. 2015.
- DOURADO, V. Z.; ANTUNES, L. C. de O.; CARVALHO, L. R. de; GODOY, I. et al. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol.* v.30, n.2, p.207-214, 2004.
- DRANSFIELD, M. T.; WASHKO, G. R; FOREMAN, M. G. et al. Gender Differences in the severity of CT Emphysema in COPD. *Chest*, v. 132, n. 2, p. 464-70, 2007.
- DUARTE, Y. A. de O.; NUNES, D. P.; CORONA, L. P. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, p. 123-44, 2010.
- FABBRI, L. M.; RABE, K. F. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? *Lancet.* v. 370, n. 9589, p. 797–9, 2007.
- FEDERMAN, D. D. The biology of human sex differences. *N Engl J Med.*, v. 354, n. 14, p. 1507-1514, 2006.
- FIGUEIREDO, D.; GABRIEL, R.; JÁCOME, C. et al. Caring for relatives with chronic obstructive pulmonary disease: how does the disease severity impact on family careers? *Aging Ment Health.* v. 18, n. 3, p. 385 – 393, 2013.
- FIGUEIREDO, N. M. A. *Ensinando a Cuidar em Saúde Pública* / org. Nébia Maria Almeida de Figueiredo: São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005. 349 p.



FLEURY, H. J; ABDO, C. H. N. Sexualidade da mulher idosa: Revista Diagnostico de Tratamento. v. 20, n.3, p. 117-20. 2015.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade: A Vontade de Saber, vol. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 11-12 p.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade: O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GAUTUN, H.; WERNER, A.; LURÁS, H. Care challenges for informal caregivers of chronically ill lung patients: results from a questionnaire survey. Scand J Public Health. v. 40, n.1, p.18–24, 2012.

GIACOMINI, M.; DEJEAN, D.; SIMEONOV, D.; SMITH, A. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. Ont Health Technol Assess Ser. v.12, n.13, p. 1-47, 2012.

GIDDENS, A. A transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1993. 5-12 p.

GIKOVATE, F. A Libertação Sexual: Rompendo o elo entre o sexo, o poder e a agressividade. 2. ed. São Paulo: Summus, 2001.

GODOY, D. V; GODY, R. F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): Participantes de um programa de reabilitação pulmonar. J. Pneumologia, v. 28, n. 3, p. 120-4, 2002.

GODOY, R. F. de; TEIXEIRA, P. J. Z.; JUNIOR, B. B. et al. Repercussões tardias de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e desempenho físico em portadores de DPOC. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 35, n. 2, p. 129-36, 2009.

GOODELL, T. Sexuality in Chronic Lung Disease. Nursing Clinics of North America. v. 42, p. 631-638, 2007.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects: Brazilian Journal of Medical and Biological Research.v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

- GRAY, P. B.; GARCIA, J. R. Aging and Human Sexual Behavior: Biocultural Perspectives – A Mini Review. *Gerontology*, v. 58, p. 446-452. 2012.
- GRATÃO, A. C. M.; VALE, F. D. A. C.; RORIZ-CRUZ, M. et al. The demands of Family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev. esc. Enferm, USP*, vol. 44, n. 44, São Paulo, 2010.
- GUDMUNDSSON, G.; GISLASON, T.; JANSON, C. et al. Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med*, v. 100, n. 1, p. 87-93, 2006.
- GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3. ed. Brasília, DF, 2012.
- HAAVE, E; HYLAND, M. E; SKUMLIEN, S. The relation between measures of health status and quality of life in COPD. *Chron Respir Dis*, v. 3, n.4, p. 195-99, 2006.
- HILL, K.; GEIST, R.; GOLDSTEIN, R. S. et al. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir. J*; v. 31, n. 3, p. 667-77. 2008.
- HOLLAND, A. E.; SPRUIT, M. A.; TROOSTERS, T. et al. An official European Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J*. v.44, n.6, p.1428-1446, 2014.
- HURST, J. R.; LOCANTORE, N.; MILLER, B. et al. Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*, v. 363, n. 12, p. 1128-38, 2010.
- IBANEZ, M.; AGUILAR, J. J.; MADERAL, M. A. et al. Sexuality in Chronic Respiratory failure: coincidences and divergences between patient and primary caregiver. *Respir Med*, v. 95, n.12, p. 975-9, 2001.
- JANSSEN, D. J.; SPRUIT, M. A.; LEUE, C. et al. Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation. *Chron Respir Dis*. v. 7, n. 3, p. 147–157, 2010.

JARDIM, J. R.; PINHEIRO, B.; OLIVEIRA, J. A. Como Diagnosticar e Tratar - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. RBM Revista Brasileira de Medicina, v. 66, n. 12, 2009.

JONES, P. W.; BRUSSELLE, G.; DAL NEGRO, R. W. et al. Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study. Eur Respir J. v. 38, n.1, p. 29-35, 2011.

KAPTEIN, A. A.; KLINK, R. C.; KOK, F. et al. Sexuality in Patients with Asthma and COPD: Respiratory Medicine, v. 102, n. 2, p. 198-204, 2008.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-66, 2003.

KOCABAS A.; TEZCAGIRIR, G.; SEYDAOGLU, G. et. al. The relationship between comorbidities and systemic inflammation in patients with COPD. Eur Respir J. v. 38, p. 4057, 2011.

KOSEOGLU, N.; KOSEOGLU, H.; CEYLAN, E. et al. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Urol. v.174, n.1, p.249-252, 2005.

KOVELIS, D.; SEGRETTI, N. O.; PROBST, S. et al. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J Bras Pneumol. v. 34, n. 12, p. 1008-18, 2008.

LAPLANCHE, J. Vocabulário da Psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEE, E.; LUM, C. M.; XIANG, Y. T. et al. Psychosocial Condition of Family Caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hong Kong. Hong Kong. J Psychiatry; v. 20, n. 4, p. 180-5, 2010.

LOURO, G. L. (org.) et al. O Corpo Educado - Pedagogias da Sexualidade. Tradução Tomaz Tadeu da Silva. 2. ed. 1999.

MAILLÉ, A.R.; KONING, C. J.; ZWINDERMAN, A. H. et al. The development of the Quality-of-Life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ): a disease-specific quality-of-life

questionnaire for patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease. *Respir Med.* v.91, n.5, p. 297-309, 1997.

MANNINO, D.M.; HOMA, D. M.; AKINBAMI, L. J. et al. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance. United States, 1971-2000. *MMWR Surveill Summ*, v.51, n.6, p.1-16, 2002.

MCCATHIE, H. C. F; SPENCE, S. H; TATE, R. L. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J*, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2002.

MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R.; MENEZES, A. P. Adaptação ao Contexto Cultural Brasileiro de Validação do “Caregiver Burden Scale”. *Rev Bras. Reumatol.* v. 38, n. 4, p. 193-9, 1998.

MENEZES, A.M.B.; PEREZ-RADILLA, R.; JARDIM, J.R. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet.* v. 366, n. 9500, p. 1875-81, 2005.

MIRAVITLLES, M.; PEÑA-LONGBARDO, L. M.; OLIVA-MORENO, J. et al. Caregivers' burden in patients with COPD. *Int. J Chronic Obstruct Pulmon Dis.* v. 10, p. 347 -356, 2015.

MORANO, M. T. A. P. Impacto da reabilitação pulmonar nos marcadores inflamatórios pré-operatórios e nas complicações pulmonares pós-operatórias de pacientes com câncer de pulmão candidatos a ressecção pulmonar. Tese (Doutorado em Cirurgia). Departamento de Cirurgia. Universidade Federal do Ceará, 2011.

NAKKEN, N.; JANSSEN, D. J.; VAN DEN BOGAART, E. H. et al. Informal caregivers of patients with COPD: Home Sweet Home? *Eur Respir Rev.* v. 24, n. 137, p. 498–504, 2015.

NORWOOD, R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med*, v.12, p. 113-117, 2006.

OMACHI, T. A.; KATZ, P. P.; YELIN, E. H. et al. Depression and Health-Related Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary. *Am J Med.* v. 122, n. 8,p. 778, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World Health Organization (WHO). Sexual Health, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html#2](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#2)>. Acesso em: 14 de novembro 2017.

---

World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/respiratory/en/>>. Acesso em: 10 agosto 2017.

PANOS, R. J.; KRYWKOWSKI-MOHN, S. M.; SHERMAN, S. N. et al. Patient Reported Determinants of Health: Qualitative Analyses of Veterans with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. v. 10, n. 3, p. 333-47, 2013.

PAULIN, L.M.; DIETTE, G.B.; BLANC, P.D. et al. Occupational exposures are associated with worse morbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. v.191, n.5, p.557-565, 2015.

PEREIRA, C. A. C; BARRETO, S.P; SIMÕES, J.G. et al. Valores de referência para espirometria em uma mostra da população brasileira adulta. J Pneumol. v.18, n. 1, p.10-22, 1992.

PERLS, F. Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud. São Paulo: Summus, 2002.

PINTO, J. M. D. S; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. Ciência Saúde Coletiva, v. 17, n. 2. Rio de Janeiro, 2012.

PINTO, R. A.; HOLANDA, M. A.; MEDEIROS, M. M. et al. Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respir Med., v. 101, n.11, p. 2402-08, 2007.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) NO ESTADO DO CEARÁ, Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde/ Núcleo de Atenção Primária; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 1. ed., 2010.

RABE, K. F.; HURD, S.; ANZUETO, A. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 176, n. 6, p. 532-5, 2007.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, v. 26, n. 4, 2000.

RIBEIRO, G. F. Abordagem ambulatorial do paciente com DPOC e comorbidades. *Gaz. Méd. Bahia*, v. 78, p. 52-58, 2008.

RIBEIRO, P. R. M. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In: BORTOLOZZI, Ana Cláudia; MAIA, Ari Fernando (Org). *Sexualidade e infância*. Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, p.17-32, 2005.

ROSEN, R.C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril*. v. 77, p. 89-93, 2002.

ROSS, M-P. *Por uma sexualidade plena: um modelo de intervenção global em sexologia – MIGS*. Paulinas: São Paulo, 2014.

ROUSSOS, A.; PHILIPPOU, N.; KRIETSEPI, V. et al. Helicobacter pyloriseroprevalence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Resp Med*, v.99, n. 3, p. 279-284, 2005.

SALLES, A. C. T. D. C.; CECCARELLI, P. R. *A invenção da sexualidade*. v. 32, n. 60, p. 15-24, Belo Horizonte: Reverso, 2010.

SALVI, S.S; BARNES, P.J. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet*. v.374; n.9691, p.733-43, 2009.

SEBASTIANI, R. W.; SANTOS, C. T. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1996.

SANTOS-ORLANDI, A. A.; BRITO, T. R. P.; OTAVIANI, A. C. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017.

SEVENOAKS, M.; STOCKLEY, R. A. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, inflammation and co-morbidity: a common inflammatory phenotype? *Respir Res.*, v. 7, n. 1, p. 70, 2006.

SCHONHOFER, B.; SYDOW, K. V.; BUCHER, T. et al. Sexuality in patients with noninvasive mechanical ventilation due to chronic respiratory failure. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. v. 164, n. 9, p. 1612-7, 2001.

SILVA, G.P.F.; MORANO, M.T.A.P.; VIANA, C.M.S. et al. Validação do Teste de Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. v.39, n.4, p.402-8, 2013.

SILVA, G. P. F. D. et al. Exercise capacity impairment in COPD patients with comorbidities. *Rev Port Pneumol*.v. 21, n. 5, p. 233-8, 2015.

SILVEIRA, T. M; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1629-38, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. Diretrizes para Testes de Função Pulmonar. *J Pneumol*. v.30, supl.3, p.1-82, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC – 2004. *J Bras Pneumol*, v.30, supl.5, p.S1-S42, 2004.

SOLER-CATALUNA, J. J.; MARTINEZ-GARCIA, M. A.; ROMÁN-SÁNCHEZ, P. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. v. 60, n. 11, p. 925–31. *Thorax*, 2005.

SPENCE, A.; HASSON, F.; WALDRON, M. et al. Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs*. v.14, n. 8, p. 368-372, 2008.

STEARNS, P. N. História da Sexualidade. São Paulo: Contexto, 2010, p. 36.

STEINKE, E. E. Sexuality and Chronic Illness. *J Gerontol Nurs.*, v. 39, n. 11, p. 18-27, 2013.

STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde: Uma Abordagem Biopsicossocial*. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014. 336 p.

TSARA, V.; SERASLI, E.; VOUTSAS, V. et al. Burden and coping strategies in families of patients under noninvasive home mechanical ventilation. *Respiration*. v. 73, n. 1, p. 61-7. 2006.

VAN DIJK, W.; TAN, W.; LI, P. et al. Clinical relevance of fixed ratio vs lower limit of normal of FEV1/FVC in COPD: patient-reported outcomes from the CanCOLD cohort. *Ann Fam Med*. v.13, n.5 p.41-8, 2015.

VOGELMEIER, C.F.; CRINER, G.J.; MARTINEZ, F.J. et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J*. v.49, n.3, p.1-32, 2017.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, *Med Care*, v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA. The Health Institute, 1994.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)**

### **I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**



1. Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade:

Sexo: M ( ) F ( ) Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone:

## II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

**1. Título do protocolo de pesquisa:** Avaliação da Sexualidade dos Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e de seus Cuidadores Primários e o Impacto na Qualidade de Vida.

Pesquisadora: Tereza Efigênia Pessoa Morano Macêdo Cargo/Função: Psicóloga

Inscrição Conselho Regional de Psicologia (CRP): nº. 11/07817

**2. Avaliação do risco da pesquisa:** (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).

Sem risco ( )                      risco mínimo ( X )                      risco médio ( )

Risco baixo ( )                      risco maior ( )

## III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO CUIDADOR SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a sexualidade de pacientes com doença no pulmão e de seus cuidadores mais próximos. Essa pesquisa será regida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas em seres humanos no Brasil.

A pesquisa será realizada com os pacientes atendidos nos ambulatórios de pneumologia e que fazem parte da lista de espera da reabilitação pulmonar.

Como parte da pesquisa, o (a) senhor (a) terá que responder a alguns questionários, que serão aplicados pelo próprio pesquisador, para verificar a sua qualidade de vida, o relacionamento entre você e a pessoa que cuida do (a) senhor (a), a sua ansiedade e depressão, a sua falta de ar e o relacionamento sexual entre você e o (a) seu (sua) companheiro (a).

Caso o (a) senhor (a) tenha alguma dúvida com relação às perguntas dos questionários, ou à forma como deve responder a essas perguntas, poderá falar para a avaliadora, a qual possui experiência e competência na área de aplicação de testes, que terá prazer e disponibilidade para lhe ajudar, dentro do possível.

Começaremos pelo questionário de qualidade de vida, o qual traz 11 perguntas simples e de fácil entendimento. O próximo passo será a escala de relacionamento, que é composta por apenas uma

pergunta referente à como o (a) senhor (a) considera a qualidade do seu relacionamento com o (a) seu (sua) cuidador (a). Depois disso, virão os questionários que identificam o grau de ansiedade e depressão, ambos com 21 itens, respectivamente, capazes de avaliar os níveis em que o (a) senhor (a) poderá se sentir deprimido (a) e ansioso (a).

A próxima etapa inicia com a escala de falta de ar, a qual é composta por cinco itens, onde o senhor escolhe o item que corresponde a quanto a falta de ar impede de realizar as suas atividades de vida diária.

O questionário que fala sobre o relacionamento sexual entre você e o (a) seu (sua) companheiro (a) é composto por 10 perguntas, apesar de fácil aplicação, trata de perguntas de ordem pessoal e íntima.

Percebemos que a aplicação deste questionário, especificamente, poderá oferecer certo risco (mínimo), já que poderá em algum momento deixar o (a) senhor (a) constrangido (a). No entanto, assume-se que a pesquisadora tenha total conhecimento sobre a aplicação do instrumento, assim como experiência, manejo e ética.

É importante deixar claro que o (a) senhor (a) estará protegido de qualquer risco físico que poderá afetar a sua saúde.

Percebe-se que, ao longo da pesquisa, a partir do que for observado e coletado poderemos fazer encaminhamentos mais precisos e eficientes, tomar medidas preventivas, evitando maiores danos à sua saúde e servindo como um benefício para o (a) senhor (a) aqui presente.

Ao final da pesquisa, todos os questionários serão destruídos.

Esta pesquisa poderá contribuir para o conhecimento científico mais aprofundado do paciente com esta doença no pulmão e de seu cuidador mais próximo com relação à sexualidade, além de ampliar as possibilidades de melhorá-la, assim como de fatores ligados à qualidade de vida, crescimento de novas estratégias para o manejo do tratamento da DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e prognóstico do paciente com DPOC.

#### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

O senhor (a) terá acesso quando quiser as informações, riscos e benefícios relacionados com o trabalho. Caso queira, o (a) senhor (a) poderá retirar seu consentimento para não participar mais do trabalho.

O senhor (a) poderá:

1. Ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para elucidar eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
5. Publicação dos dados e resultados da pesquisa resguardando sua identidade
6. Terá direito a uma cópia deste documento podendo antes de assinar levar para pessoas de sua confiança lê.

#### **V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA PESQUISA.**

Para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou com o Comitê de Ética do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana e com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

Tereza Efigênia Pessoa Morano Macêdo

Rua Antônio Augusto, 852. Ed. Agatha. Apt. 701. Bairro: Meireles  
Telefone: (85) 9987.4261

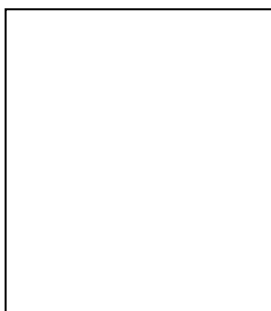
Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Av.  
Capitão Francisco Pedro, 1290. Telefone: (85) 3366-8589

Comitê de Ética do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana. Av. Frei Cirilo, 3480.  
Telefone: (85) 3488.8970

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável \_\_\_\_\_

Assinatura Datiloscópica



**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(CUIDADOR)**

## I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

## II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

**1. Título do protocolo de pesquisa:** Avaliação da Sexualidade dos Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e de seus Cuidadores Primários e o Impacto na Qualidade de Vida.

Pesquisadora: Tereza Efigênia Pessoa Morano Macêdo Cargo/Função: Psicóloga

Inscrição Conselho Regional de Psicologia (CRP): nº. 11/07817

**2. Avaliação do risco da pesquisa:** (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).

Sem risco ( )                      risco mínimo ( X )                      risco médio ( )  
 Risco baixo ( )                      risco maior ( )

## III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO CUIDADOR SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a sexualidade de pacientes com doença no pulmão e de seus cuidadores mais próximos. Essa pesquisa será regida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas em seres humanos no Brasil.

A pesquisa será realizada com os cuidadores dos pacientes atendidos nos ambulatórios de pneumologia e que fazem parte da lista de espera da reabilitação pulmonar.

Como parte da pesquisa, o (a) senhor (a) terá que responder a alguns questionários, que serão aplicados pelo próprio pesquisador, para verificar a sua qualidade de vida, o relacionamento entre você e a pessoa de quem você cuida, a sua ansiedade e depressão e o relacionamento sexual entre você e o (a) seu (sua) companheiro (a).

Caso o (a) senhor (a) tenha alguma dúvida com relação às perguntas dos questionários, ou à forma como deve responder a essas perguntas, poderá falar para a avaliadora, a qual possui experiência e competência na área de aplicação de testes, que terá prazer e disponibilidade para lhe ajudar, dentro do possível.

Começaremos com o questionário de qualidade de vida que é capaz de avaliar cinco itens (tensão geral, isolamento, fator emocional e ambiente), o qual traz 22 perguntas simples e de fácil entendimento. O próximo passo será a escala de relacionamento, que é composta por apenas uma pergunta referente à como o (a) senhor (a) considera a qualidade do seu relacionamento com o seu

(sua) paciente. Depois disso, virão os questionários que identificam o grau de ansiedade e depressão, ambos com 21 itens, respectivamente, capazes de avaliar os níveis em que o (a) senhor (a) poderá se sentir deprimido (a) e ansioso (a).

O questionário que fala sobre o relacionamento sexual entre você e o (a) seu (sua) companheiro (a) é composto por 10 perguntas, apesar de fácil aplicação, trata de perguntas de ordem pessoal e íntima. Como exemplo, temos: “Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra-se de sexo ou se imagina fazendo sexo?”.

Percebemos que a aplicação deste questionário de sexualidade, especificamente, poderá oferecer certo risco (mínimo), já que poderá em algum momento deixar o (a) senhor (a) constrangido (a). No entanto, assume-se que a pesquisadora tenha total conhecimento sobre a aplicação do instrumento, assim como experiência, manejo e ética.

É importante deixar claro que o (a) senhor (a) estará protegido de qualquer risco físico que poderá afetar a sua saúde.

Percebe-se que, ao longo da pesquisa, a partir do que for observado e coletado poderemos fazer encaminhamentos mais precisos e eficientes, tomar medidas preventivas, evitando maiores danos à sua saúde e servindo como um benefício para o (a) senhor (a) aqui presente.

Ao final da pesquisa, todos os questionários serão destruídos.

Esta pesquisa poderá contribuir para o conhecimento científico mais aprofundado do paciente com esta doença no pulmão e de seu cuidador mais próximo com relação à sexualidade, além de ampliar as possibilidades de melhorá-la, assim como de fatores ligados à qualidade de vida, crescimento de novas estratégias para o manejo do tratamento da DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e prognóstico do paciente com DPOC.

#### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

O senhor (a) terá acesso quando quiser as informações, riscos e benefícios relacionados com o trabalho. Caso queira, o (a) senhor (a) poderá retirar seu consentimento para não participar mais do trabalho.

O senhor (a) poderá:

1. Ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para elucidar eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
5. Publicação dos dados e resultados da pesquisa resguardando sua identidade
6. Terá direito a uma cópia deste documento podendo antes de assinar levar para pessoas de sua confiança lê.

#### **V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA PESQUISA.**

Para esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com o Comitê de Ética do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana e com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

Tereza Efigênia Pessoa Morano Macêdo

Rua Antônio Augusto, 852. Ed. Agatha. Apt. 701. Bairro: Meireles  
Telefone: (85) 9987.4261

Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Av.  
Capitão Francisco Pedro, 1290. Telefone: (85) 3366-8589

Comitê de Ética do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana. Av. Frei Cirilo, 3480.  
Telefone: (85) 3488.8970

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável \_\_\_\_\_

Assinatura Datiloscópica



**APÊNDICE C – FICHA DE DADOS PESSOAIS DO PACIENTE COM DOENÇA  
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANDO TOMOU CONHECIMENTO DA DOENÇA? \_\_\_\_\_

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

RENDA MENSAL: \_\_\_\_\_ RENDA MENSAL DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: ( ) Com trabalho - Qual? \_\_\_\_\_

( ) Aposentado (a) ( ) Aposentado pela doença - Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) Desempregado (a) ( ) Dona (o) de casa ( ) Estudante ( ) Outros

GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) Sem estudos ( ) Alfabetizado (a)

( ) Ens. Fundamental ( ) Ens. Médio ( ) Ens. Superior

### HISTÓRIA PREGRESSA

FUMANTE: ( ) Sim ( ) Não

Maços/ano: \_\_\_\_\_

EX-FUMANTE: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo (anos): \_\_\_\_\_

USO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR: ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTO: ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

COMORBIDADES: ( ) HAS ( ) Cardiopatia ( ) DM ( ) Osteoporose ( ) SAOS

( ) Colesterol elevado ( ) Neoplasia ( ) Alcoolismo ( ) Distúrbio Neurológico

( ) Distúrbio psiquiátrico ( ) Distúrbio Ortopédico ( ) Alergias. Quais? \_\_\_\_\_.

### EXAME FÍSICO

PESO: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm.

SpO2: \_\_\_\_\_ MRC: \_\_\_\_\_ AP: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Baqueteamento

digital ( ) Sim ( ) Não

### EXAMES

RX Tórax: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_

GA: pH \_\_\_\_\_; PaCO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_; SatO2 \_\_\_\_\_ Espirometria Pós BD: CVF:

\_\_\_\_\_; VEF1 \_\_\_\_\_ VEF1/CVF: \_\_\_\_\_; FEF25/75/CVF: \_\_\_\_\_

Resposta BD: ( ) Sim ( ) Não

Ecocardiograma: \_\_\_\_\_

Ergometria: \_\_\_\_\_

Hemograma: \_\_\_\_\_

Bioquímica: \_\_\_\_\_

Outros exames: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO:

( ) Apto (a) a iniciar a RP ( ) Com O2 \_\_\_\_\_ ( ) Sem O2

( ) Reavaliação após exames

( ) Aguarda parecer de outros especialistas

( ) Inapto para RP

**PERGUNTA DE QUALIDADE DO RELACIONAMENTO ENTREPACIENTES E  
CUIDADORES (PACIENTES)**

**PACIENTE**

Como você considera a qualidade do relacionamento com seu paciente?

( ) Excelente

( ) Bom

( ) Normal

( ) Regular

( ) Ruim

( ) Muito ruim

**APÊNDICE D – FICHA DE DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR DO PACIENTE COM  
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**



NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TEMPO QUE ESTÁ CUIDANDO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

QUANTAS HORAS POR DIA FICA AO LADO DO  
PACIENTE: \_\_\_\_\_

RECEBE REMUNERAÇÃO PARA CUIDAR: ( ) Sim ( ) Não

É O ÚNICO RESPONSÁVEL PARA CUIDAR? ( ) Sim ( ) Não

QUANTOS OUTROS AJUDAM? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MORA NO MESMO

ENDEREÇO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ QUEM MORA NA CASA?

TEM ALGUMA DOENÇA? ( ) Sim ( ) Não

QUAL? \_\_\_\_\_

TOMA ALGUM REMÉDIO? ( ) Sim ( ) Não

QUAL? \_\_\_\_\_

### **PERGUNTA DE QUALIDADE DO RELACIONAMENTO ENTRE CUIDADORES E PACIENTES (CUIDADOR)**

#### **CUIDADOR**

Como você considera a qualidade do relacionamento com seu paciente?

( ) Excelente

( ) Bom

( ) Normal

( ) Regular

( ) Ruim

( ) Muito ruim

**ANEXO A – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA NA DPOC – SF36**

## Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida SF-36

**NOME:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Instrução: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é: (circule uma em cada linha)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma em cada linha)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (Circule uma em cada linha)

<b>ATIVIDADES</b>	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a sala.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir <b>vários lances</b> de escada	1	2	3
e. Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f. Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h. Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de saúde física? (Circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a- Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b- Realizou menos tarefas do que você gostaria	1	2
c- Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d- Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequente de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (Circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a- Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b- Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c- Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (Circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve **durante as últimas semanas**? (Circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a- Quanto tempo você tem se sentido cheio de	1	2	3	4	5	6

vigor, cheio de vontade, cheio de força						
b- Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa	1	2	3	4	5	6
c- Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo	1	2	3	4	5	6
d- Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e- Quanto tempo você tem com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f- Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h- Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i- Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo dedicado a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais, como visitar amigos, parentes, etc.?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a- Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b- Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c- Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d- Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**ANEXO B – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR – CB SCALE****Caregiver Burden Scale (Versão de Fortaleza)**

---

**I. Tensão geral:**

1. Você acha que está enfrentando problemas que são difíceis de resolver, ao cuidar de seu parente?
2. Você acha que está assumindo responsabilidades demais para o bem estar do seu parente?
3. Você, às vezes, se sente com vontade de fugir de toda esta situação em que se encontra?
4. De um modo geral, você se sente cansado e esgotado fisicamente?
5. Você se sente preso pelo problema do seu parente?
6. Você acha que é muito desgastante mentalmente ou muito preocupante cuidar de seu parente?
7. Você acha que, a sua própria saúde, tem sido prejudicada pelo fato de estar cuidando de seu parente?
8. Você acha que, passa tanto tempo cuidando do seu parente, que não sobra tempo para você?

---

**II. Isolamento:**

9. Você evita convidar amigos e conhecidos na sua casa, por causa do problema do seu parente?
10. O tempo para sua vida social, por exemplo, com a família e os amigos, diminuiu?
11. O problema do seu parente impediu você de fazer o que havia planejado nesta fase da sua vida?

---

**III. Decepção:**

12. Você acha que a vida tem sido injusta com você?
13. Você esperava que a vida, na sua idade, fosse diferente do que é?
14. Você se sente sozinho e isolado por causa do problema do seu parente?
15. Você acha que é cansativo cuidar de seu parente?
16. Você tem tido dificuldades financeiras por estar cuidando do seu parente?

---

**IV. Envolvimento emocional:**

17. Você sente, às vezes, vergonha do comportamento do seu parente?
18. Você, alguma vez, já se sentiu ofendido e com raiva do seu parente?
19. O comportamento do seu parente deixa você em situação embaraçosa, difícil, perante outras pessoas?

---

**V. Ambiente:**

20. O ambiente de sua casa, torna difícil para você cuidar do seu parente?
21. Você se preocupa em não estar cuidando do seu parente?
22. Existe algo no bairro onde mora seu parente que dificulta você cuidar dele (p.e.: dificuldade em pegar transportes, difícil acesso a farmácias e/ou serviços médicos, problemas com vizinhança)?

---

**RESPOSTAS:** 1= De modo algum; 2= Raramente;  
3= Algumas vezes; 4= Frequentemente.

**SCORE TOTAL:** Média aritmética dos valores equivalentes as respostas das 22 questões.

## ANEXO C – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

**Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1. 0 Não me sinto triste.
  - 1 Eu me sinto triste.
  - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
  - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
  - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
  - 2 Acho que nada tenho a esperar.
  - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
  
3. 0 Não me sinto um fracasso.
  - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
  - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
  - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
  
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
  - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
  - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
  - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
  
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
  - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
  - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
  - 3 Eu me sinto sempre culpado.
  
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
  - 1 Acho que posso ser punido.
  - 2 Creio que vou ser punido.
  - 3 Acho que estou sendo punido.
  
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
  - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
  - 2 Estou enojado de mim.
  - 3 Eu me odeio.
  
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
  - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
  - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
  - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
  
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
  - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
  - 2 Gostaria de me matar.
  - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
  
10. 0 Não choro mais que o habitual.
  - 1 Choro mais agora do que costumava.
  - 2 Agora, choro o tempo todo.
  - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.  
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.  
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.  
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.  
1 Não durmo tão bem quanto costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.  
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.  
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.  
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.  
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.  
2 Meu apetite está muito pior agora.  
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5,0 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )

- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.  
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.  
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.  
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.  
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.  
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

## ANEXO D – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável, mas pude suportar.	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigament				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto n				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				



**ANEXO E – ESCALA DE DISPNEIA (DPOC)**  
**ÍNDICE MODIFICADO DE DISPNEIA – MMRC**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Nome: \_\_\_\_\_

**MMRC modificado**

<b>Índice de dispneia modificado do MMRC</b>	
0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade.
3	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano.
4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

## ANEXO F – ESCALA DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA

### Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

0 ⇒ nunca      3 ⇒ aproximadamente metade das vezes  
 1 ⇒ raramente      4 ⇒ a maioria das vezes  
 2 ⇒ às vezes      5 ⇒ sempre

- 1 Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?  
 0     1     2     3     4     5
- 2 Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?  
 0     1     2     3     4     5
- 3 As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)?  
 0     1     2     3     4     5
- 4 Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?  
 0     1     2     3     4     5
- 5 Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?  
 0     1     2     3     4     5
- 6 Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?  
 0     1     2     3     4     5
- 7 Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?  
 0     1     2     3     4     5
- 8 Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?  
 0     1     2     3     4     5
- 9 Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?  
 0     1     2     3     4     5
- 10 Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?  
 0     1     2     3     4     5

## ANEXO G – ESCALA DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA

### Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

- |               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 0 ⇒ nunca     | 3 ⇒ aproximadamente metade das vezes |
| 1 ⇒ raramente | 4 ⇒ a maioria das vezes              |
| 2 ⇒ às vezes  | 5 ⇒ sempre                           |

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?  
 0     1     2     3     4     5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?  
 0     1     2     3     4     5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?  
 0     1     2     3     4     5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?  
 0     1     2     3     4     5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?  
 0     1     2     3     4     5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?  
 0     1     2     3     4     5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?  
 0     1     2     3     4     5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?  
 0     1     2     3     4     5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?  
 0     1     2     3     4     5
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes em outros dias?  
 0     1     2     3     4     5

## ANEXO H – ÍNDICE DE COMORBIDADE FUNCIONAL

1 Artrite (reumatoide e osteoartrite)	
2 Osteoporose	
3 Asma	
4 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), ou enfisema	
5 Angina	
6 Insuficiência Cardíaca Congestiva (ou cardiopatia)	
7 Ataque Cardíaco (Infarto do Miocárdio)	
8 Doença Neurológica (como esclerose múltipla ou Parkinson)	
9 Acidente Vascular Cerebral ou Ataque isquêmico Transitório	
10 Doença Vascular Periférica	
11 Diabetes tipos I e II	
12 Doença do trato gastrointestinal alto (úlceras, hérnia, refluxo).	
13 Depressão	
14 Ansiedade ou Transtorno do Pânico	
15 Prejuízo Visual (como catarata, glaucoma, degeneração macular)	
16 Prejuízo auditivo (grande dificuldade na audição, mesmo com aparelho auditivo)	
17 Doença degenerativa discal (dor na coluna, estenose espinhal ou severa dor crônica nas costas)	
18 Obesidade e/ou índice de massa corporal > 30 (peso em kg/altura em metro <sup>2</sup> ) height _____ (cm or polegadas?) weight _____ (kg or lbs?) IMC =	
SOMA	

## ANEXO I – TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC (CAT)

O seu nome:

Data de hoje:



## Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz:

0  1 2 3 4 5 Estou muito triste

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse	0 1 2 3 4 5	Tenho tosse o tempo todo	
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	0 1 2 3 4 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	
Não sinto nenhuma pressão no peito	0 1 2 3 4 5	Sinto uma grande pressão no peito	
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escadas	0 1 2 3 4 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0 1 2 3 4 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0 1 2 3 4 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	
Durmo profundamente	0 1 2 3 4 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	
Tenho muita energia (disposição)	0 1 2 3 4 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	
			<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.  
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.