

CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DPOC E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Quality of life characterization of COPD individuals and its association with sociodemographical and clinical variables

1. Kaytianne Jennifer da Costa Câmara; 1. Laíla Cândida Zacarias; 2. Shamyrl Sulyvan Castro
2. Camila Ferreira Leite.

1. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE;
2. Docente do curso de Fisioterapia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição complexa, com muitos componentes que colaboram para sua fisiopatologia e apresentação, refletindo negativamente na qualidade de vida (QV) e na funcionalidade do indivíduo pneumopata. O objetivo foi identificar características clínicas e sociodemográficas associadas à QV em indivíduos com DPOC. Estudo transversal que abordou 100 indivíduos com DPOC. Dados sociodemográficos, clínicos e funcionais foram coletados no prontuário do participante, através dos instrumentos *COPD Assessment Test* (CAT), *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) após análise descritiva, teste de associação univariada e multivariada foram realizadas entre as variáveis de exposição e os três diferentes domínios do SGRQ, bem como a seu escore geral. A percepção geral de QV é melhor em sujeitos com maior escolaridade ($p < 0,03$) e menor impacto dos sintomas da DPOC aferido pelo CAT ($p < 0,0001$). Na análise multivariada, as variáveis sociodemográficas, bem como a classificação da DPOC segundo a GOLD e o escore do CAT, comprometem a percepção da QV aferida pelo SGRQ em pelo menos um de seus domínios. A QV de indivíduos com DPOC parece estar associada a aspectos sociodemográficos bem como a medidas objetivas indicativas de comprometimento da função pulmonar.

Palavras chaves: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Qualidade de vida, Condições Sociais, Condições de saúde.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a complex condition, with many components that contribute to its pathophysiology and presentation, negatively reflecting the quality of life (QOL) and functionality of the lung disease individual. The objective was to identify clinical and sociodemographic characteristics related to QOL in individuals with COPD. Cross-sectional study that addresses 100 individuals with COPD. Sociodemographic, clinical and functional data were collected from the participant's medical records using the *COPD Assessment Test* (CAT), *St. George Respiratory Questionnaire* (SGRQ) instruments after descriptive analysis, univariate and multivariate association testing, including exposure

variables and the three different domains of the SGRQ, as well as their overall score. The overall perception of QOL is better in individuals with higher educational level ($p < 0.03$) and lower impact of COPD symptoms as measured by CAT ($p < 0.0001$). In multivariate analysis, sociodemographic variables, as well as the classification of COPD according to GOLD and CAT score, compromised the perception of QoL measured by the SGRQ in at least one of your domains. The QOL of individuals with COPD seem to be associated with sociodemographic aspects, as well as objective measures indicative of pulmonary function impairment.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Quality of Life, Social Conditions, Health Conditions.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição complexa, com muitos componentes que colaboram para sua fisiopatologia e apresentação¹. É caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo, geralmente progressiva, não totalmente reversível, associada a um aumento da resposta inflamatória crônica². De acordo com o Estudo Carga Global de Doenças (GBD) 2017, a DPOC foi responsável por 3,2% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) (81,6 milhões), e 5,7% do total de mortes (3,1 milhões) no mundo³.

No cenário mundial atual, a DPOC corresponde a quarta principal causa de morte, com estimativa para se tornar a terceira principal causa de morte e a quinta maior carga de doença até 2020⁴. Estudos epidemiológicos mostram que na maioria dos países, a prevalência de DPOC em adultos com idade ≥ 40 anos está entre 6% e 10%⁵. No Brasil, a prevalência em indivíduos nessa mesma faixa etária foi estimada em 12%, sendo que esta doença ocupa o quinto lugar entre as causas de morte mais prevalentes nesta população⁶, mostrando que tanto as taxas de mortalidade, quanto a prevalência aumentam de forma acentuada com a idade⁷.

A Complexidade da DPOC é tão grande que abriga manifestações extrapulmonares como desnutrição proteica, atrofia muscular, sintomas depressivos, ansiedade, osteoporose e disfunção sexual. As manifestações pulmonares, decorrem do processo inflamatório crônico, que causa modificações dos brônquios (bronquite crônica), e destruição do parênquima

pulmonar (enfisema), com redução da elasticidade. Além disso, a destruição alveolar leva a inadequada relação ventilação perfusão e hiperinsuflação pulmonar, se associam a redução da atividade física afetando negativamente a Qualidade de Vida (QV)^{8,9}.

A DPOC muda de forma drástica não só a vida de quem apresenta esta condição crônica de saúde, mas também a vida dos que convivem com ele⁵. A fim de mostrar de forma completa a carga da DPOC, muitos estudos destacam a importância de avaliar a Qualidade de Vida (QV) e, de forma particular, a Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS)². A QVRS determina a influência da doença em todas as áreas da vida humana⁵, medindo a satisfação individual ou felicidade determinada pela saúde, seja no funcionamento físico, mental, social ou emocional⁴. Estudos mostram que, em comparação com a população saudável, a QVRS física e mental está significativamente reduzida em pacientes com DPOC². Essa redução está associada ao aumento do nível de dispneia, comprometimento físico, problemas de saúde mental, hospitalização e mortalidade⁴.

A distribuição da DPOC na sociedade está relacionada com o nível socioeconômico, sendo indivíduos menos favorecidos economicamente mais propensos a apresentar desfechos piores de saúde, maior prevalência e gravidade na comparação a pessoas com níveis socioeconômicos mais elevados^{8,10, 11}. O hábito tabágico, que também se associa ao nível socioeconômico do indivíduo, é o fator de risco mais comum da DPOC. Contudo, estima-se que 20% das pessoas que tenham a doença nunca fumaram e, nestes casos, o desenvolvimento pode ser decorrente da sensibilidade anormal ou uma resposta exacerbada a substâncias inaladas e outras exposições como fumante passivo, exposição à poeira, poluição do ar e uso de combustíveis¹².

Diante do impacto da DPOC, sua prevalência, seus custos individuais e para a sociedade, percebe-se a importância de estimar a influência dos dados sociodemográficos e clínicos na QVRS do indivíduo. Neste sentido, a proposta deste estudo é caracterizar a

população de indivíduos com DPOC assistida em dois importantes hospitais públicos terciários da cidade de Fortaleza-CE em relação à influência das características sociodemográficas e clínicas da amostra nos desfechos de qualidade de vida. É possível que, a partir deste conhecimento, sejam implementadas estratégias voltadas para a real necessidade desses pacientes de acordo com o modelo biopsicossocial de abordagem da saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde¹³.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e participantes

Trata-se de um estudo transversal analítico envolvendo indivíduos com DPOC diagnosticada e em acompanhamento clínico. Dados sociodemográficos, clínicos e funcionais foram coletados.

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo incluídos 100 indivíduos abordados no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) e No Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), os indivíduos abordados estavam em acompanhamento ambulatorial, no momento da entrevista. Baseado no estudo de Sousa et al., 2000, que apresenta dados de 30 sujeitos com DPOC que responderam ao questionário SGRQ para sua validação, calculou-se o poder da amostra do estudo atual, considerando erro padrão tipo I de 5%. Observou-se que a amostra apresenta poder de 58%. Para um poder amostral de 80%, idealmente o estudo deve incluir 165 participantes no total¹⁵.

Os critérios de elegibilidade incluíram ter idade maior ou igual a 18 anos, possuir diagnóstico clínico de DPOC e conceder consentimento formal no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguindo a resolução 466/2012 que trata dos aspectos que envolvem pesquisas com seres humanos. O estudo representa uma análise secundária de um estudo de validação que foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) do Hospital de Messejana (CAAE nº 65307417.2.0000.5039), e pelo CEP do HUWC (CAAE nº 19937719.0.0000.5045).

Foram excluídos os participantes que apresentaram alguma doença ou distúrbio que apresentasse comprometimento físico-funcional mais significativo do que a DPOC em si ou que apresentassem qualquer tipo de instabilidade hemodinâmica (ex: alterações pressóricas, tonturas, arritmias cardíacas, etc) ou sintomatologia não habitual ou não relacionada à DPOC no momento da avaliação.

Coleta de dados

As coletas foram realizadas de março de 2017 a novembro de 2019, os participantes da pesquisa foram abordados na sala de espera dos ambulatórios e convidados, de forma reservada, a participar da pesquisa nos referidos hospitais. Antes de iniciar a entrevista, os pesquisadores fizeram uma explanação sobre a natureza e objetivo da pesquisa, e sua importância para a sociedade. Na sequência, os participantes responderam ao SGRQ, e ao CAT, ambos na forma de entrevista, por entrevistador treinado, sendo o tempo médio de entrevista 30 minutos. Informações do teste de função pulmonar e teste de caminhada de 6 minutos mais recente dos participantes (realizados em intervalo de tempo inferior a um ano contado da data da entrevista) assim como dados adicionais foram coletados do prontuário do paciente.

Para a caracterização da amostra foi utilizado o questionário *COPD Assessment Test* (CAT) que tem como característica ser um instrumento curto e simples para a quantificação do impacto dos sintomas da DPOC na prática clínica rotineira, além de auxiliar na avaliação do estado de saúde e facilitar a comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde. O CAT é composto de oito itens, que questionam o paciente acerca de tosse, secreção no peito, aperto no peito, falta de ar, limitações nas atividades domiciliares, confiança em sair de casa, sono e energia. Para cada item, o paciente escolhe apenas uma opção de resposta, cuja

pontuação varia de zero a cinco. Ao final do teste, soma-se a pontuação de todas as respostas e, assim, avalia-se o impacto clínico da DPOC conforme a pontuação de estratificação do estudo de desenvolvimento e validação do CAT. Os resultados variam de acordo com a faixa dos escores obtidos, classificados da seguinte forma em relação ao impacto clínico: 6-10 pontos, leve; 11-20, moderado; 21-30, grave; e 31-40, muito grave. O CAT encontra-se traduzido e validado para o português do Brasil¹⁶.

O Mini Exame do Estado Mental, foi utilizado para caracterização da amostra em relação a apresentação de déficit cognitivo, considerando o grau de escolaridade dos sujeitos evitando respostas falso-positivas para distúrbios cognitivos(17). Utilizou-se a seguinte classificação: <18 para analfabetos; <21 para sujeitos com 1 a 3 anos de escolaridade; <24 para sujeitos com 4 a 7 anos de escolaridade; <26 com 8 a 10 anos de ensino; <28 para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade. Esses valores foram norteados por outro estudo¹⁸.

Para a avaliação da QV foi utilizado o Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ), com 76 questões, divididas em 3 domínios: “Sintomas” (e.g. tosse, dispneia, secreção, chiado, frequências das crises, frequência de dias com problemas respiratórios ligeiros), “Atividade” (e.g. atividades que provocam falta de ar, como sentar ou deitar, tomar banho ou vestir-se, caminhar em terreno plano, subir escada, caminhar em ladeira, praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico), “impactos psicossociais” (e.g. se a tosse causa dor, deixa cansando, perturba o sono, causa problema em público, medicação, atividade sexual, possibilidade de sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça). As questões do SGRQ são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo avaliação (“muito mau” a “muito bom”), frequência (“nunca” a “muitos dias na semana”) e “intensidade (“nenhuma crise” a “mais de 3 crises”), e respostas de “Sim” ou “Não”. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível; os pontos de cada resposta são somados e o total é referido como um percentual deste máximo. Os escores finais variam de 0 a 100 pontos, seus valores indicam que

quanto mais próximo do 0 melhor QV e mais próximo de 100 maior comprometimento na QV. Valores acima de 10% refletem uma qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total dos pontos, indica uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes, o SGRQ encontra-se traduzido e validado para o Brasil ¹⁵.

Análise estatística

Para a análise descritiva dos dados, foi determinada a frequência das variáveis explicativas e a média e desvio padrão (DP) para cada domínio da QV. Os dados foram avaliados com quanto a normalidade através do teste de Kolmogorov–Smirnov. Para a análise de associações entre as variáveis explicativas e os domínios da QV de dados paramétricos utilizou-se teste t ou ANOVA, com pós-teste de Tukey; para análises de dados não paramétricos, os testes utilizados foram Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis com pós teste de Dunn. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada foram inseridas no modelo de regressão múltipla, realizada para cada domínio do SGRQ, utilizando teste de Regressão de Poisson. As análises foram realizadas no programa STATA versão 19.0.

RESULTADOS

As características sociodemográficas são apresentadas na tabela 1. A amostra do presente estudo tem igual proporção entre sexos (52% feminino e 48% masculino), média de idade de 68 anos (DP = 9,3), sendo predominantemente casada/ mora junto (48%) e com baixa escolaridade (menor ou igual a 3 anos, representando 43%). Na sua maioria são inativos em relação à atividade laboral (aposentados, auxílio-doença, benefícios e desempregados) (81%), com residência na capital do Estado (65,9%).

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra. Fortaleza/CE, 2019.

Variáveis	N (100)	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	48	48,0%
Feminino	52	52,0%
Faixa etária		
Até 59 anos	20	20,0%
≥ 60 anos	80	80,0%
Estado civil		
Solteiro	9	9,0%
Casado/mora junto	48	48,0%
Viúvo	30	30,0%
Divorciado/separado	13	13,0%
Escolaridade		
≤ 3 anos	43	43,0%
4-9 anos	39	39,0%
≥ 10 anos	18	18,0%
Residência		
Capital	62	65,9%
Interior	32	34,0%
Ocupação		
Laboralmente ativo*	19	19,0%
Laboralmente inativo**	81	81,0%

*dona de casa, autônomo, Trabalho remunerado. ** desempregado, aposentado, auxílio doença ou qualquer outro benefício

As características de estilo de vida e condições de saúde estão presentes na tabela 2. Os indivíduos possuíam pelo menos uma doença associada ao quadro de DPOC (63%), sendo as condições crônicas mais relatadas hipertensão arterial (47%), diabetes melitus (23%) e dislipidemia (11%) o tratamento mais utilizado foi o medicamentoso (97%). A maioria apresentou na função cognitiva até 26 pontos (68%) avaliados pelo mini exame do estado mental (MEEM), impacto clínico moderado (48,9%) segundo o CAT, classificação da DPOC segundo critérios da GOLD como moderada (40,2%), média de VEF₁ (%predito) de 51,3 (DP = 20,9), escores total da QV de 47% e capacidade funcional menor de 80% do predito (55,7%).

Tabela 2- Condições de saúde e estilo de vida da amostra. Fortaleza/CE, 2019.

Variáveis	N (100)	%
Condição de Saúde e estilo de vida		
Doenças associadas		
Sim	63	63,0%
Não	37	37,0%
Comorbidades		
Nenhuma	37	37,0%
1 ou 2	50	50,0%
3 ou mais	13	13,0%
Tratamento		
Uso de Medicamento	97	97,0%
Atividade aeróbica	16	16,0%
Reabilitação pulmonar	4	4,0%
MEEM		
Até 26	68	68,0%
≥ 27	32	32,0%
CAT		
	n (92)	
Leve	24	26%
Moderado	45	48,9%
Grave	16	17,3%
Muito grave	6	6,5%
GOLD		
	n (92)	
Leve	18	19,5%
Moderada	37	40,2%
Severa	31	33,6%
Muito severa	6	6,5%
Prova de Função pulmonar		
		DP
VEF ₁ (%predito)	51,73	20,9
VEF ₁ /CVF (medido)	50,69	15,7
SGRQ		
	n (98)	DP
Sintomas	55%	22%
Atividades	58%	25%
Impactos psicossociais	37%	20%
Total	47%	19%
TC6'		
	n (52)	
<80% do predito	29	55,7%
≥ 80% do predito	23	44,2%

Na análise univariada, apresentada na tabela 3, observou-se que o impacto clínico alto/muito alto da DPOC impacta negativamente na qualidade de vida em relação a todos os domínios do SGRQ: “Atividade” ($p < 0,0001$), “Sintomas” ($p < 0,0002$), “Impactos Psicossociais” ($p < 0,0001$) e geral ($p < 0,0001$). As médias de QV geral, “Sintomas” e “Impactos Psicossociais” foram mais afetadas em indivíduos com idade até 59 anos respectivamente ($p < 0,0037$); ($p < 0,0098$); ($p < 0,0020$).

Tanto “Impacto Psicossocial” quanto QV geral apresentaram resultados piores de QV em indivíduos com menor escolaridade, sendo que o escore de QV foi significativamente pior nos indivíduos com 3 anos ou menos de estudo, comparado com indivíduos com maior faixa de escolaridade para o domínio “Impactos Psicossociais” ($p < 0,0085$) e para o escore de QV geral ($p < 0,0306$). Somente o domínio “Impacto Psicossocial” apresentou relação na variável sexo, sendo a QV mais prejudicada em homens ($p < 0,0455$).

Tabela 3. Associação univariada entre as variáveis de exposição e a qualidade de vida (QV) em participantes com DPOC em acompanhamento clínico em hospital terciário.

Variáveis	Escores SGRQ (média (DP))			
	Atividades	Sintomas	Impactos psicossociais	Geral
Sexo				
Feminino	51,2(21,5)	56,3(25,9)	33,5(19,4)	43,2(18,4)
Masculino	58,2(21,7)	61,4(22,6)	41,5(19,5)	50,1(18,2)
Valor de p	0,110	0,307	0,045	0,068
Faixa etária				
Até 59 anos	58,4(4,8)	71,6(20,0)	49,3(3,9)	57,1(3,7)
≥ 60 anos	53,6(2,4)	55,5(24,5)	34,31(2,1)	43,8(2,0)
Valor de p	0,383	0,009	0,002	0,003
Escolaridade				
≤ 3 anos	60,7(21,0)	61,6(24,4)	44,3(17,9)	51,7(17,4)
4-9 anos	51,4(20,1)	61,2(22,4)	36,2(19,2)	46,5(17,2)
≥ 10 anos	50,8(24,1)	51,2(22,6)	27,6(20,8)	38,2(19,5)
Valor de p	0,672	0,420	0,008	0,030
Ocupação				
Laboralmente ativo	50,6(17,2)	53,2(16,9)	31,7(16,5)	41,6(12,8)
Inativo	55,5(22,7)	60,0(25,7)	38,6(20,3)	47,6(19,5)
Valor de p	0,391	0,145	0,133	0,217
MEEM				
< 18				
Até 26	54,9(21,8)	59,6(24,3)	39,8(19,7)	48,0(18,1)
≥ 27	53,9(22,2)	56,7(25,0)	31,8(19,0)	43,2(19,5)
Valor de p	0,907	0,591	0,063	0,245
CAT				
Baixo/médio	49,1(21,6)	52,8(22,8)	31,5(18,3)	40,8(17,1)
Alto/muito alto	67,1(16,7)	72,2(22,8)	50,5(16,6)	59,5(14,9)
Valor de p	0,0001	0,0002	<0,0001	<0,0001
GOLD				
1	50,2(20,1)	55(25,1)	36,0(20,8)	44,3(19,5)
2	50,7(23,2)	54,5(25,1)	34,0(21,8)	43(20,9)
3/4	60,6(21)	64,3(23,9)	43,8(16,9)	52,1(15,2)
Valor de p	0,107	0,193	0,103	0,096
TC6				
<80% do predito	54,2(21,6)	56,6(24,8)	39,0(21,8)	46,3(19,2)
≥ 80% do predito	54,7(22,0)	59,6(24,4)	36,7(19,0)	46,6(18,4)
Valor de p	0,915	0,581	0,602	0,909

Testes estatísticos: test T ou Mann Whitney test; ANOVA com pós teste de Tukey ou Kruskal Wallis com pós teste de Dunns

Os resultados da análise de regressão multivariada estão apresentados na Tabela 4. Após análise ajustada, o impacto clínico alto/muito alto da DPOC aferido pelo escore do CAT assim como a classificação da gravidade da DPOC pelo critério da GOLD foram as únicas variáveis que permaneceram associadas à QV aferida pelo SGRQ nos três domínios, bem como no escore geral. Tanto o maior impacto clínico quanto a maior gravidade da doença, estiveram associados a maiores prejuízos na qualidade de vida.

A variável sexo se mostrou relacionada aos domínios “Sintomas” e “impactos psicossociais” demonstrando pior percepção de QV nos homens. Quanto a idade, indivíduos com idade igual a 60 anos ou mais apresentaram uma melhor percepção de QV, com diminuição de 0,36 nos escores da QV geral e impactos psicossociais e 0,22 no domínio atividade. A maior escolaridade revelou ser um fator influente na percepção da QV, tanto em relação ao escore geral, como relacionada ao domínio “Impactos Psicossociais”, pois a faixa de menor escolaridade mostrou-se associada a um aumento de 0,27 no escore de QV geral, o que reflete em uma pior percepção de QV.

Tabela 3 – Modelo multivariado final dos fatores associados à média de qualidade de vida (QV) em participantes com DPOC em acompanhamento clínico em hospital terciário.

Variáveis	Escores SGRQ (média (IC-95%))			
	Atividades	Sintomas	Impactos psicossociais	Geral
Sexo				
Feminino	....	-0,08(-0,14 – 0,02) *	-0,08(-0,16-0,002) *	-0,06(-0,130,01) **
Masculino	....	1	1	1
Faixa etária				
Até 59 anos	1	....	1	1
≥ 60 anos	-0,22 (-0,29-0,15) *	....	-0,36(-0,45 – 0,28) *	-0,36(-0,45 – 0,28) *
Escolaridade				
≤ 3 anos	0,17 (0,08 – 0,26) *	....	0,22(0,08 – 0,36) *	0,27(0,15 – 0,39) *
4-9 anos	0,20 (0,11 – 0,29) *	....	0,17(0,04 – 0,29) *	0,20(0,09 – 0,32) *
≥ 10 anos	1	....	1	1
MEEM				
Até 26	....	....	1	....
≥ 27	....	....	-0,07(-0,17 – 0,02) **	....
CAT				
Baixo/médio	1	1	1	1
Alto/muito alto	0,34(0,27 – 0,40) *	0,33 (0,26 – 0,39) *	0,46(0,39 – 0,54) *	0,47(0,39 – 0,54) *
GOLD				
1	-0,15(-0,23 – 0,07) *	-0,09(-0,17 – 0,01) *	-0,09(-0,19 – 0,08) *	-0,11(-0,20 – 0,01) *
2	-0,11(-0,18 – 0,04) *	-0,07(-0,13 0,001) *	-0,05(-0,14 – 0,3) *	-0,07(-0,15 – 0,01) *
3/4	1	1	1	1

Notas: Teste estatístico: Regressão de Poisson

*p < 0,05

**p = 0,20 – 0,5

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se pior percepção de QV em indivíduos mais jovens, com menor nível educacional, maior impacto clínico da DPOC avaliado pelo CAT em relação a todos os domínios e, maior gravidade segundo a GOLD também relacionada a todos os domínios avaliados.

A amostra foi muito semelhante em relação a quantidade de homens e mulheres com DPOC. Esse achado difere dos resultados encontrados em uma revisão sistemática de prevalência global de gênero, que revela maior acometimento em homens, com tendência a se tornar cada vez mais prevalente em mulheres em função de mudanças no padrão de fumar

além de outros fatores como suscetibilidade diferencial ao tabaco, quantidade de exposição à poluição do ar em ambientes fechados, diferenças anatômicas e hormonais, bem como diferenças comportamentais^{15, 19}.

Observou-se nesse estudo que a gravidade do impacto clínico da DPOC está relacionada a pior QV em todos os domínios avaliados. A literatura relata que pacientes com DPOC que apresentam sintomas diurnos e noturnos são mais propensos a apresentarem pior QV. Um estudo que fez agrupamentos dos sintomas da DPOC relatou a relação entre esses agrupamentos e características clínicas e os efeitos negativos de cada agrupamento na QV. Relatam ainda que as abordagens baseadas no agrupamento dos sintomas podem ser mais eficazes para melhorar o gerenciamento dos sintomas e QV de indivíduos com DPOC^{17,18}.

Além disso, um estudo realizado sobre a percepção dos pacientes e médicos quanto aos sintomas e QV na DPOC, obteve resultados semelhantes ao presente estudo, pois não houve diferenças para casos leves e moderados, enquanto nos casos graves os pacientes relataram maior impacto na QV geral, diferente dos médicos que focaram nos domínios relacionados a sintomas clínicos (tosse, dispneia, catarro), subestimando o impacto nas atividades de lazer e sociais e consequentemente na QV¹⁹.

Os sintomas da DPOC impactam na QV e funcionalidade do indivíduo, que levam a desenvolver limitações como diminuição de desempenho do exercício e limitações funcionais²⁰. Dessa forma uma avaliação mais abrangente do indivíduo considerando os aspectos biopsicossociais se faz necessária nesses pacientes.

Identificou-se também associação entre a classificação de gravidade da DPOC segundo a GOLD e maior comprometimento na QV, conforme se esperava. Essa associação já foi relatada em alguns estudos^{20, 21}. Os resultados do presente estudo mostraram que indivíduos com idade inferior a 60 anos apresentaram pior percepção da QV relacionada a sintomas e impactos psicossociais na comparação com indivíduos mais velhos. Um estudo

encontrou relação entre idades mais jovens, sexo feminino e maior carga de sintomas não sendo completamente clara essas associações, sugerindo que atenção especial seja dada aos sintomas relatados por mulheres mais jovens com DPOC⁽²²⁾. É possível que na percepção de QV do indivíduo idoso, a sensação de prejuízo em algum aspecto da vida pode ser interpretada como algo inerente ao processo de envelhecimento ou, ainda, que a satisfação geral com a vida seja melhor avaliada, mesmo com as privações impostas pela idade e pela DPOC. Estas são apenas especulações, já que a avaliação de qualidade de vida envolve muita subjetividade e não temos outros dados relacionados que permitem concluir este achado.

A maioria dos pacientes apresentaram escore no MEEM menor que 27, e apesar de apresentar uma tendência a pior QV principalmente relacionada a impactos psicossociais esses resultados não demonstraram associação significativa com a QV. No modelo de associação multivariada, o status cognitivo aferido pelo MEEM foi considerado para correção do modelo, não sendo uma variável determinante no desfecho de QV. Resultados semelhantes foram observados no estudo sobre função cognitiva e verificou-se que embora os pacientes apresentem algum grau de comprometimento cognitivo, ele não é grave o suficiente para afetar a utilização de cuidados de saúde, habilidades de autogestão e QV²³.

Em contrapartida um estudo que avaliou o estado cognitivo de pacientes com DPOC, verificou que esses pacientes com escores menores de 27 eram mais velhos, com menor escolaridade, apresentavam mais sintomas respiratórios, sofriam maior número de exacerbações e possuíam maior carga de comorbidades, além de apresentarem alto nível de sintomas de depressão e pior QV de vida²⁴.

Pacientes com menores níveis educacionais apresentaram maior comprometimento na QV geral e especificamente relacionada ao “Impacto Psicossocial”. Esse resultado vai ao encontro do estudo que avaliou o estado socioeconômico e QV de com pacientes com DPOC, e verificou que indivíduos com nível educacional menor e pertencentes a grupos profissionais

não qualificados tiveram pior QV em comparação com pessoas com nível educacional mais elevado²⁵.

Esses fatores podem ser explicados pelo fato dessa população menos favorecida, estar exposta no ambiente de trabalho a poeiras e produtos químicos, maior incidência de doenças respiratórias, além de comportamentos não saudáveis. Além disso, existe uma associação entre baixo nível socio educacional e maior risco de morte, justificado por maior prevalência de dieta não saudável, menor nível de atividade física, e maior consumo de álcool²⁵.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo pode-se destacar o tamanho da amostra, que idealmente teria de ser de 165 para um poder amostral de 80%. É possível que o tamanho da amostra tenha limitado a capacidade de determinar as relações entre as variáveis usando análises de regressão. Outra limitação do estudo ocorre pela natureza dos questionários, por serem instrumentos auto relatados, são sujeitos a risco de viés de resposta pelo fato da amostra ser composta de indivíduos de baixa escolaridade e status cognitivos, o que pode apresentar tendência a respostas favoráveis negando dessa forma traços e comportamentos indesejáveis. Além disso, pelo fato do delineamento do estudo ser transversal impede a análise da relação causa-efeito.

CONCLUSÃO

A pior qualidade de vida em indivíduos com DPOC relatada no estudo em relação aos domínios avaliados, associou-se à menor nível educacional, faixa etárias mais jovens, maior impacto clínico da DPOC e maior gravidade da doença, Dessa. forma, pode-se concluir que a pior percepção de qualidade de vida parece estar associada a aspectos sociodemográficos bem como a medidas objetivas indicativas de comprometimento da função pulmonar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Singh D, Agusti A, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: The GOLD Science Committee Report 2019. *Eur Respir J*. 2019.
2. Brandl M, Böhmer MM, Brandstetter S, Finger T, Fischer W, Pfeifer M, et al. Factors associated with generic health-related quality of life (HRQOL) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a cross-sectional study. *J Thorac Dis*. 2018;10(2):766-75.
3. *GBD*. Institute for Health Metrics and Evaluation Seattle 2019 [Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>].
4. Chai CS, Liam CK, Pang YK, Ng DL, Tan SB, Wong TS, et al. Clinical phenotypes of COPD and health-related quality of life: a cross-sectional study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2019;14:565-73.
5. Rosińczuk J, Przyszlak M, Uchmanowicz I. Sociodemographic and clinical factors affecting the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:2869-82.
6. Cedano S, Belasco AG, Traldi F, Machado MC, Bettencourt AR. Influence that sociodemographic variables, clinical characteristics, and level of dependence have on quality of life in COPD patients on long-term home oxygen therapy. *J Bras Pneumol*. 2012;38(3):331-8.
7. Collaborators GCRD. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med*. 2017;5(9):691-706.
8. Oliveira PC. Apresentações clínicas da DPOC. *Pulmão RJ*. 2013;22(2):15-8.
9. Sousa CA, César CLG, Barros MBdA, Carandina L, Goldbaum M, Pereira JCR. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:887-96.
10. Borné Y, Ashraf W, Zaigham S, Frantz S. Socioeconomic circumstances and incidence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an urban population in Sweden. *COPD*. 2019:1-7.

11. Lange P, Marott JL, Vestbo J, Ingebrigtsen TS, Nordestgaard BG. Socioeconomic status and prognosis of COPD in Denmark. *COPD*. 2014;11(4):431-7.
12. Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou MA, Markozannes G, Altman P, et al. Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:1507-14.
13. OMS Ods. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2004:238.
14. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFPd. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:559-65.
15. Sousa TC, Jardim JR, Jones P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2000;26(3):119-28.
16. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. 2009;34(3):648-54.
17. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:712-9.
18. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
19. Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou MA, Markozannes G, Altman P, et al. Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2018;13:1507.
20. Ahmed MS, Neyaz A, Aslami AN. Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. *Lung India: official organ of Indian Chest Society*. 2016;33(2):148.
21. Lee H, Jhun BW, Cho J, Yoo KH, Lee JH, Kim DK, et al. Different impacts of respiratory symptoms and comorbidities on COPD-specific health-related quality of life by COPD severity. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:3301-10.
22. Christensen VL, Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C, Henriksen AH, Bentsen SB, et al. Distinct symptom experiences in subgroups of patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2016;11:1801.

23. Duloherly MM, Schroeder DR, Benzo RP. Cognitive function and living situation in COPD: is there a relationship with self-management and quality of life? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:1883-9.

24. Roncero C, Campuzano AI, Quintano JA, Molina J, Perez J, Miravittles M. Cognitive status among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease.* 2016;11:543.

25. Miravittles M, Naberan K, Cantoni J, Azpeitia A. Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration.* 2011;82(5):402-8.