

# Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica

*Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease*

*Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*

**César de Andrade de Lima**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-4789-7121

**Regina Celia de Oliveira**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-6559-5872

**Simone Andrade Gonçalves de Oliveira**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-6644-2667

**Mônica Alice Santos da Silva**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-8058-6034

**Alcione de Andrade Lima**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0001-9327-063X

**Maria Sandra Andrade**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-9551-528X

**Clarissa Mourão Pinho**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-0911-6037

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

## Como citar este artigo:

Lima CA, Oliveira RC, Oliveira SAG, Silva MAS, Lima AA, Andrade MS, et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190423.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0423>

## Autor Correspondente:

Maria Sandra Andrade

E-mail: [sandra.andrade@upe.br](mailto:sandra.andrade@upe.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

**Submissão:** 30-10-2019 **Aprovação:** 23-01-2020

## RESUMO

**Objetivo:** verificar a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Método:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo, desenvolvido em hospital de referência no tratamento de doenças pulmonares. Foram avaliados 70 pacientes, utilizando-se um questionário sociodemográfico e clínico, inventário de ansiedade e depressão de Beck e a escala de qualidade de vida SF-36. **Resultado:** os participantes apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios vitalidade, saúde mental e aspecto social (mediana = 50,0) e pior avaliação em limitação por aspectos físicos e emocionais (mediana = 0,0 pontos). Ansiedade, depressão e dependência de oxigênio estiveram associadas a piores resultados nos domínios de qualidade de vida. **Conclusão:** todos os pacientes foram classificados com nível grave de ansiedade e predominância de níveis moderados de depressão. Na avaliação da qualidade de vida os pacientes apresentam baixos escores em todos os domínios analisados.

**Descritores:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess quality of life, anxiety and depression in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Method:** a cross-sectional, quantitative study, conducted in a reference hospital for the treatment of pulmonary diseases. Seventy patients were assessed, using a sociodemographic and clinical questionnaire, Beck's anxiety and Depression Inventories and the SF-36 Quality of Life Scale. **Results:** the participants had better quality of life in the vitality, mental health and social role functioning domains (median=50.0) and worse in limitation by physical and emotional role functioning (median=0.0 points). Anxiety, depression and oxygen dependence were associated with poorer results in the quality of life domains. **Conclusion:** all patients were classified with severe anxiety level and moderate depression predominance. Patients had low quality of life scores in all domains.

**Descriptors:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Quality of Life; Anxiety; Depression; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Estudiar la calidad de vida, ansiedad y depresión em pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica. **Método:** Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, desarrollado en un hospital de referencia para el tratamiento de enfermedades pulmonares. Fueron evaluados 70 pacientes, usando una encuesta socio demográfica y clínica, inventario de ansiedad y depresión de Beck y la escala de calidad de vida SF-36. **Resultados:** Los participantes presentaron mejor calidad de vida en los parámetros de: vitalidad, salud mental y aspecto social (mediana=50,0) y la peor evaluación fue relacionada a los aspectos físicos y emocionales. (mediana = 0,0 puntos). Ansiedad, depresión y la dependencia de oxígeno, estuvieron asociados a los peores resultados en los parámetros de calidad de vida. **Conclusión:** Todos los pacientes fueron clasificados con un nivel grave de ansiedad y predominando los niveles moderados de depresión. Em la evaluación de la calidad de vida, los pacientes presentaron bajos niveles en todos los parámetros analizados.

**Descriptores:** Enfermedad pulmonar obstructiva, crónica; Calidad de vida; Ansiedad; Depresión; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável. Caracteriza-se por incapacitar o organismo a realizar trocas gasosas adequadas, o que resulta em uma dispneia progressiva, com ou sem a presença de secreção, que pode comprometer a execução das atividades diárias<sup>(1)</sup>. A doença está associada à exposição prolongada a irritantes pulmonares, como a poluição do ar, produtos químicos e fumaça de cigarro, sendo esse último considerado a principal causa. Pode, ainda, estar relacionada com a deficiência da enzima alfa-1-anti-tripsina<sup>(2)</sup>.

Estima-se que o envelhecimento da população, associado ao tabagismo, aumente a prevalência e mortes pela doença. Em estudo que analisou as tendências das taxas padronizadas de mortalidade por doenças atribuíveis ao tabaco mostrou queda de um terço de mortes por DPOC, porém, essa taxa apresentou nova tendência de aumento nos últimos três anos da série. A mortalidade por DPOC ainda é a principal causa de morte relacionada ao tabaco<sup>(3)</sup>. Além dos impactos individuais, como a diminuição da qualidade de vida, a doença é responsável pelo aumento dos custos com a saúde, visto que, com a progressão da doença, os pacientes apresentam exacerbações recorrentes, resultando em hospitalizações mais frequentes<sup>(1)</sup>.

O principal impacto da DPOC na qualidade de vida é decorrente da falta de ar, que foi descrita como um dos aspectos mais importantes para a incapacidade física e de realização das atividades cotidianas. A dependência de oxigênio compromete de forma significativa todos os domínios da qualidade de vida em pacientes com DPOC, sendo registrada a redução de 40% da qualidade de vida naqueles considerados dependentes<sup>(4)</sup>. Em contrapartida, em estudo realizado, durante um ano, com 200 pacientes com DPOC que faziam uso de oxigênio de alto fluxo, observou-se redução significativa no número de exacerbações da doença, hospitalizações, PaCO<sub>2</sub>, melhora na função pulmonar e preservação da qualidade de vida<sup>(5)</sup>.

A incapacidade de desenvolver as atividades cotidianas e a dependência dos familiares para realizar os cuidados pessoais e a alimentação, além de comprometer a qualidade de vida podem contribuir para a ocorrência de ansiedade e depressão<sup>(6)</sup>. A coexistência da depressão e a DPOC foi relatada em 27% a 79% dos pacientes, e a concomitância de DPOC e distúrbios de ansiedade em 12% a 96%. A associação dessas duas condições piora a aptidão física, prejudica a qualidade de vida, provoca o uso mais frequente de cuidados médicos e reduz a adesão medicamentosa<sup>(7)</sup>. A correlação dos transtornos de ansiedade associados com doenças respiratórias pode piorar subjetivamente os sintomas da doença, especialmente a dispneia ou a tosse. Isso resulta em uma rotina de exacerbações, maior taxa de atendimento hospitalar, aumento do número de doses de broncodilatadores, corticosteroides inalatórios, antibióticos e incidência dos eventos adversos<sup>(8)</sup>.

A depender do grau de comprometimento, pode diminuir a independência dos indivíduos em realizar as atividades da vida diária, refletir, de forma negativa, nas relações conjugais, familiares e sexuais, acarretando alterações psíquicas e sociais, o que torna relevante a condução de estudos que se aprofundem nessa avaliação e contribuam para que os profissionais de saúde

possam planejar os cuidados para os pacientes viverem com DPOC de forma eficaz.

## OBJETIVO

Verificar a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas (HOF).

### Desenho, período e local do estudo

Estudo observacional transversal sustentado ou norteado pela ferramenta STROBE, analítico, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada entre os meses de maio a dezembro de 2018, na enfermaria de pneumologia de um hospital de referência no tratamento de doenças pulmonares do município de Recife, Pernambuco.

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

No período do estudo foram internados nas enfermarias de Pneumologia 203 pacientes com diagnóstico de doenças pulmonares, sendo 70 pacientes com diagnóstico de DPOC que constituíram a população/amostra deste estudo. Esse quantitativo pode ser justificado pela pequena rotatividade de leitos, visto que estes pacientes permanecem internados na unidade por longos períodos, principalmente aqueles dependentes de oxigênio. Foram incluídos todos os pacientes que deram entrada na unidade de internamento com diagnóstico de DPOC de, no mínimo, um ano, de ambos os sexos, que se encontravam internados há, pelo menos, uma semana, e excluídos os que apresentavam alterações cognitivas, doenças neurológicas ou comprometimento do estado geral que impossibilitasse a participação na entrevista. Não houve recusas em participar e todos os pacientes assinaram o TCLE.

### Protocolo do estudo

Os participantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa pelos próprios pesquisadores e, somente após a explicação dos principais objetivos do estudo, leitura e anuência escrita em participar, iniciaram-se as entrevistas em sala individualizada. Ressalta-se que, para aqueles em uso de oxigenoterapia, as entrevistas foram conduzidas no próprio leito.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico próprio onde foram verificadas as variáveis: idade; sexo; procedência; estado civil; escolaridade e afiliação religiosa; tempo de diagnóstico; acompanhamento ambulatorial; internamentos anteriores; tempo de internamento atual; uso de medicamentos inalatórios; dispneia aos mínimos esforços; dependência de oxigênio; uso de álcool, cigarro, outras drogas e doenças/manifestações clínicas relacionadas à DPOC.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a escala Short Form Health Survey (SF-36). A SF-36 é uma ferramenta importante para a avaliação da qualidade de vida, é constituída por 36 itens e avalia oito dimensões de saúde: função física; desempenho físico; dor corporal; saúde em geral; saúde mental; desempenho emocional; função social e vitalidade, fornecendo, assim, oito indicadores diferentes que oscilam entre zero e 100. Quanto mais alta a pontuação, melhor a qualidade de vida/estado de saúde<sup>(9-10)</sup>.

Para a avaliação da ansiedade e depressão, foram aplicados o inventário de depressão de Beck (BDI) e o inventário de ansiedade de Beck (BAI). O BDI é composto por 21 itens, cada um possui quatro alternativas, refletindo graus crescentes de gravidade da depressão. O BDI é classificado nos seguintes itens: mínimo (escore 0-11), leve (escore 12-19), moderado (escore 20-35) e grave (escore 36-63). No BAI são avaliados aspectos relacionados a ansiedade, e também é composto por 21 itens, classificados em nível mínimo (escore 0-10), leve (escore 11-19), moderado (escore 20-30) e grave (escore 31-63)<sup>(11)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados primários foram armazenados em planilhas do *software Microsoft Excel 2016* e analisados por meio do *software SPSS 18.0*. Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos e aplicado o teste Qui-quadrado para a comparação de proporção. Para os escores de depressão (BDI) e ansiedade (BAI), foram construídas as distribuições de frequência da classificação dos escores e aplicado o teste Exato de Fisher para comparar a distribuição dos dois escores. Para a qualidade de vida, foram calculados os escores de cada domínio do instrumento e avaliada a normalidade do escore por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Após a indicação da não normalidade do escore em todos os domínios, foram calculados mínimo, máximo, mediana e amplitude de interquartil. A comparação dos escores de qualidade de vida, depressão e ansiedade entre os pacientes com e sem dispnéia, aos mínimos esforços, e os pacientes com e sem dependência de O<sub>2</sub>, foi feita pela aplicação do teste de Mann-Whitney. Para avaliar a correlação entre os escores de ansiedade e depressão com o escore de qualidade de vida, foi aplicado o teste de correlação de Spearman. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

### RESULTADOS

A amostra (n = 70) foi constituída, na maioria, por pacientes do sexo masculino, com média de idade de 63,7 ± 9,4, sendo que a idade mínima foi de 39 anos e a máxima, de 86 anos. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (valor de  $p \leq 0,001$ ), indicando que o perfil descrito é significativamente o mais prevalente entre os pacientes avaliados (Tabela 1).

Os pacientes tinham de um a cinco anos de diagnóstico (53; 75,7%), a maioria realizava acompanhamento ambulatorial, com relato de internamento anterior. O tempo de internamento atual variou de 7 a 365 dias, com média de 30,6 ± 54,3. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto no tempo de diagnóstico (valor de  $p = 0,211$ ).

A maioria dos pacientes relata o não uso de álcool (68; 97,1%) e não fumar atualmente (65; 92,9%), porém, 65 (92,9%) eram

ex-fumantes. Apenas cinco (7,1%) afirmaram nunca ter fumado. O tempo de fumo variou de dez a 60 anos, com média de 40,1 ± 10,4 anos. Relataram ter parado de fumar, entre um a cinco anos, 28 (43,1%); 27 (41,5%), seis ou mais anos e dez (15,4%) há menos de um ano. O tipo de cigarro mais prevalente foi o industrial (67; 95,7%) seguido do não industrial ou de rolo (3; 4,3%). A quantidade de cigarros ao dia variou de sete a 60 cigarros, com média de 39,0 ± 10,0 cigarros/dia. A carga tabágica variou entre 25 a 165 anos-maço, com média de 81,3 ± 27,6. Não foi relatado o uso de drogas ilícitas.

As manifestações clínicas relativas à DPOC, 65 (92,9%) relataram dispnéia aos mínimos esforços; 64 (91,4%) tinham tosse seca; 37 (52,9%), tosse produtiva e 13 (18,6%) eram dependentes de oxigênio. Sobre as comorbidades relacionadas, 63 (90,0%) tinham hipertensão arterial sistêmica; 42 (60,0%), Diabetes Mellitus; 27 (38,6%), passado de tuberculose pulmonar; 15 (21,4%), histórico de pneumonia; 14 (20,0%), diagnóstico de asma e câncer de pulmão e três (4,3%), bronquiectasia. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores, indicando que o número de pacientes que apresentam essas comorbidades e que não apresentam é semelhante, exceto em passado de tuberculose (valor de  $p = 0,056$ ), diabetes (valor de  $p = 0,094$ ) e tosse produtiva (valor de  $p = 0,633$ ).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	n	%	Valor de p <sup>1</sup>
Sexo			
Feminino	21	30,0	0,001
Masculino	49	70,0	
Idade			
39 a 59 anos	20	28,6	< 0,001
60 anos ou mais	50	71,4	
Procedência			
Recife	23	32,9	< 0,001
Região metropolitana do Recife	23	32,9	
Interior	23	32,9	
Outro Estado	1	1,3	
Atividade laboral			
Desempregado	7	10,0	< 0,001
Aposentado	37	52,9	
Benefício social	14	20,0	
Assalariado	3	4,3	
Autônomo	7	10,0	
Outro	2	2,9	
Estado civil			
Solteiro	5	7,1	< 0,001
União estável	2	2,9	
Casado	55	78,6	
Viúvo	8	11,4	
Escolaridade			
Analfabeto	4	5,7	< 0,001
Alfabetizado	2	2,9	
Ensino Fundamental	33	47,1	
Ensino Médio	27	38,6	
Ensino Superior	4	5,7	
Religião			
Católica	44	62,9	< 0,001
Evangélica	18	25,7	
Sem religião	4	5,7	
Outra	4	5,7	

Nota: <sup>1</sup>Valor de p do teste Qui-quadrado para a comparação de proporção.

**Tabela 2** - Caracterização do perfil clínico dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	n	%	Valor de p <sup>1</sup>
Tempo de diagnóstico			
1 a 2 anos	29	41,4	0,211
3 a 5 anos	24	34,3	
6 ou mais anos	17	24,3	
Mínimo – Máximo		1,0 - 20,0	-
Média ± Desvio padrão		4,9 ± 4,3	-
Acompanhamento ambulatorial			< 0,001
Sim	56	80,0	
Não	14	20,0	
Internação anterior			< 0,001
Sim	52	74,3	
Não	18	25,7	
Quantas internações			
Mínimo – Máximo		1,0 - 7,0	-
Média ± Desvio-padrão		2,6 ± 1,3	-
Medicamentos inalatórios			
Fumarato de formoterol/ Budesonida	10	14,3	< 0,001
Fumarato de formoterol/ Budesonida + Brometo de tiotrópio	31	44,3	
Salbutamol	1	1,4	
Salbutamol + Fumarato de formoterol/ Budesonida + Brometo de tiotrópio	18	25,7	
Salbutamol + Brometo de tiotrópio	2	2,9	
Salbutamol + Fumarato de formoterol/ Budesonida	7	10,0	
Bromidato de fenoterol + Fumarato de formoterol/ Budesonida	1	1,4	

Nota: <sup>1</sup>Valor de p do teste Qui-quadrado para a comparação de proporção.

**Tabela 3** - Análise descritiva dos domínios de qualidade de vida dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Domínio	Mínimo	Máximo	Mediana	Amplitude interquartil
Capacidade funcional	0,00	65,00	15,00	10,00
Limitação por aspectos físicos	0,00	25,00	0,00	0,00
Dor	0,00	54,00	41,00	2,50
Estado de saúde geral	5,00	45,00	25,00	5,00
Vitalidade	10,00	70,00	50,00	5,00
Aspecto social	0,00	62,50	50,00	0,00
Aspecto emocional	0,00	33,33	0,00	0,00
Saúde mental	36,00	68,00	50,00	4,00

**Tabela 4** - Comparação da distribuição dos domínios de qualidade de vida, níveis de depressão e ansiedade de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com dispneia aos mínimos e médios esforços e dependência de oxigênio, Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Domínio	Dispneia aos mínimos esforços		Valor de p <sup>1</sup>	Dependente de O <sub>2</sub>		Valor de p <sup>1</sup>
	Sim	Não		Sim	Não	
Capacidade funcional	15,0 (10,0)	15,0 (40,0)	0,037	0,0 (2,5)	15,0 (5,0)	< 0,001
Limitação por aspectos físicos	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,782	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,633
Dor	41,0 (5,0)	41,0 (5,5)	0,564	31,0 (10,0)	41,0 (0,0)	0,051
Estado de saúde geral	25,0 (5,0)	30,0 (20,0)	0,450	25,0 (5,0)	25,0 (10,0)	0,010
Vitalidade	50,0 (7,5)	50,0 (32,5)	0,132	50,0 (12,5)	50,0 (2,5)	0,727
Aspecto social	50,0 (0,0)	50,0 (18,8)	0,657	37,5 (18,8)	50,0 (0,0)	< 0,001
Aspecto emocional	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,693	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,496
Saúde mental	48,0 (4,0)	52,0 (18,0)	0,287	48,0 (8,0)	52,0 (4,0)	0,278
BDI (Depressão)	30,0 (10,0)	27,0 (11,0)	0,398	38,0 (8,5)	29,0 (8,5)	0,001
BAI (Ansiedade)	49,0 (7,0)	45,0 (12,0)	0,039	56,0 (16,5)	48,0 (5,5)	0,027

Nota: <sup>1</sup>Valor de p do teste de Mann-Whitney (se Valor de p < 0,05 existe diferença entre os grupos avaliados). (-) não há amplitude interquartil; BDI = inventário de depressão de Beck; BAI = inventário de ansiedade de Beck.

Na análise do nível de depressão e ansiedade, verifica-se, no BDI, que 52 (74,3%) pacientes apresentaram nível moderado de depressão, 17 (24,3%), nível grave e um (1,4%), nível leve. Nenhum paciente foi classificado com nível mínimo de depressão. Para essa avaliação, os escores foram, no mínimo, de 18 pontos e máximo de 44 pontos, com mediana de 30 e amplitude interquartil de 9,25 pontos. Para o BAI, todos os pacientes foram classificados em nível grave de ansiedade, com escore mínimo de 34 pontos e escore máximo de 63 pontos. A mediana do nível de ansiedade foi de 48,5 pontos, com amplitude interquartil de 8,0 pontos. Na comparação da classificação da depressão e ansiedade, assim como da distribuição do escore de depressão e ansiedade, foi verificada diferença significativa (valor de  $p < 0,001$ ) para ambas as comparações.

Na avaliação da qualidade de vida, percebe-se que o paciente possui uma melhor qualidade nos domínios vitalidade, saúde mental e aspecto social (mediana = 50,0 pontos) e uma menor avaliação em limitação por aspectos físicos e emocionais (mediana = 0,0 pontos) (Tabela 3).

Na comparação da qualidade de vida, nível de depressão e ansiedade para os pacientes que apresentam dispneia aos mínimos esforços, verifica-se que existe diferença entre os grupos de pacientes que possuem e não possuem tal dispneia nos domínios capacidade funcional e ansiedade. No domínio capacidade funcional, os grupos de pacientes com e sem a presença da dispneia aos mínimos esforços apresentam a mesma mediana, porém, a amplitude interquartil é maior no grupo de pacientes sem a dispneia (40,0), indicando que, neste grupo, existem pessoas com escore de capacidade funcional significativamente maior (valor de  $p = 0,037$ ). No nível de ansiedade, foi encontrada maior mediana no grupo de pacientes com dispneia aos mínimos esforços e essa diferença foi significativamente maior que no grupo sem dispneia (valor de  $p = 0,039$ ).

Na comparação dos grupos com e sem dependência de oxigênio, verifica-se que o grupo de pacientes sem dependência de oxigênio apresenta distribuição significativamente maior nos domínios de qualidade de vida, capacidade funcional, estado de saúde geral e aspecto social. Para o nível de depressão e ansiedade, foi encontrada maior mediana no grupo de pacientes dependentes de oxigênio.



**Tabela 5** - Análise de correlação dos domínios de qualidade de vida com o escore de depressão e de ansiedade em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Domínio avaliado	Fatores avaliados	
	BDI (Depressão)	BAI (Ansiedade)
Capacidade funcional	$\rho = -0,478; p < 0,001^1$	$\rho = -0,356; p = 0,003^1$
Limitação por aspectos físicos	$\rho = -0,021; p = 0,864$	$\rho = -0,027; p = 0,825$
Dor	$\rho = -0,362; p = 0,002^1$	$\rho = -0,264; p = 0,027^1$
Estado de saúde geral	$\rho = -0,195; p = 0,105$	$\rho = -0,143; p = 0,237$
Vitalidade	$\rho = -0,250; p = 0,037^1$	$\rho = -0,008; p = 0,950$
Aspecto social	$\rho = -0,533; p < 0,001^1$	$\rho = -0,354; p = 0,003^1$
Aspecto emocional	$\rho = -0,011; p = 0,930$	$\rho = -0,038; p = 0,753$
Saúde mental	$\rho = -0,308; p = 0,009^1$	$\rho = -0,429; p < 0,001^1$

Nota:  $\rho$  = Coeficiente de correlação. <sup>1</sup> valor de  $p$  do teste de Spearman significativo ao nível de 5%; BDI = inventário de depressão de Beck; BAI = inventário de ansiedade de Beck.

Na correlação entre qualidade de vida e o nível de depressão e ansiedade, verifica-se que a depressão apresenta correlação significativa e inversamente proporcional com os seguintes domínios de qualidade de vida: capacidade funcional, dor, vitalidade, aspecto social e saúde mental. Para a ansiedade, observa-se correlação significativa e inversamente proporcional com os seguintes domínios: capacidade funcional, dor, aspecto social e saúde mental.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, observa-se a predominância do sexo masculino, idosos, aposentados ou em benefício social, casados, com Ensino Fundamental ou Médio, católicos ou evangélicos. Existe uma relação do sexo masculino com a DPOC já estabelecida, visto que os homens possuem maior exposição ao fumo e a agentes químicos irritativos. No entanto, observa-se uma mudança nesse perfil nos últimos anos, com o aumento do número de mulheres que fazem uso do cigarro, com quadros mais graves da doença e mortalidade mais elevada quando comparada à do sexo masculino<sup>(12)</sup>.

A maioria dos entrevistados possuía diagnóstico recente da doença, eram acompanhados no ambulatório de pneumologia, com histórico de internações anteriores e tempo de internação longo. Durante a internação hospitalar, deve ser iniciado o planejamento de estratégias para o cuidado com o envolvimento dos indivíduos e familiares, considerando a rede de atenção à saúde. O foco do atendimento deve ser ambulatorial. Este, por sua vez, deve ser qualificado e integral com ações de promoção e prevenção à saúde. Nesta perspectiva, é necessário garantir acesso e acolhimento, o atendimento humanizado, o respeito às diversidades, a adoção de cuidados centrados nos usuários e realizados por equipes multiprofissionais<sup>(1)</sup>.

No planejamento do cuidado prestado em nível ambulatorial, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para os aspectos relacionados à educação em saúde, em uma perspectiva de aprendizado do autocuidado, de acordo com a realidade vivenciada por cada um dos pacientes. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde, em especial a Enfermagem, analisem, de forma crítica, sua atuação no papel de educador, considerando que a educação é uma forma de intervenção sobre uma realidade. Assim, deve-se valorizar o diálogo, a realidade da vida dos usuários, seus saberes e experiências, de forma a construir limites e possibilidades na convivência com uma doença crônica<sup>(13)</sup>. A ausência ou lacunas

de um atendimento nessa perspectiva configura-se uma grande perda para o paciente e para o serviço de saúde.

É importante planejar o cuidado a esses pacientes com vistas a evitar as internações, uma vez que um longo tempo de permanência hospitalar pode contribuir para a exposição a novas infecções, agravar os sintomas de ansiedade e depressão e aumentar os custos do sistema de saúde. Estudo nacional que avaliou o índice de hospitalizações e os custos associados com a DPOC verificou que as unidades que padronizavam o uso de Brometo de tiotrópio no tratamento da doença tiveram diminuição dos custos e uma redução de 52% no número de internações quando comparados aos que não possuíam a medicação padronizada<sup>(14)</sup>.

Outro importante fator que deve ser considerado no planejamento do cuidado dos pacientes e de seus familiares é o hábito de fumar. Neste estudo, quase a totalidade dos integrantes da pesquisa declarou passado tabagista, com a média de consumo de cigarros/dia e a carga tabágica altas. A relação entre o hábito de fumar e a DPOC já é bem estabelecida, apesar de não existir um critério de classificação padronizado acerca da carga tabágica. Em estudos nacionais que verificaram a carga tabágica em pacientes com a doença, evidenciaram-se valores inferiores ao que foi verificado neste estudo. A idade e a carga tabágica foram consideradas fatores de risco para o desenvolvimento da doença<sup>(15-16)</sup>.

A presença de tosse foi relatada pela maioria dos pacientes. Apesar do relato de dispneia, apenas um pequeno percentual era dependente de oxigênio. Esses achados chamam a atenção para outros aspectos que devem ser considerados no planejamento do cuidado, quais são: os sociais, os psicológicos e as relações familiares. Nesse sentido, a dispneia e a tosse podem contribuir com a limitação dos pacientes na execução das atividades de vida diária, afetando suas relações sociais e familiares, comprometendo sua qualidade de vida e favorecendo as alterações no que diz respeito aos aspectos emocionais do indivíduo<sup>(17)</sup>.

A utilização do oxigênio de longa duração pode melhorar a qualidade de vida naqueles indivíduos que fazem uso desta oxigenoterapia, uma vez que há a melhora dos sintomas referentes à dispneia<sup>(18)</sup>. É importante ressaltar que, muitas vezes, os pacientes permanecem internados apenas pela necessidade de oferta de oxigênio, visto que, muitas vezes, o sistema de saúde não disponibiliza o serviço em domicílio e tal problema acaba repercutindo negativamente na saúde física e mental do paciente, como, também, gera ônus ao sistema de saúde. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do planejamento da atenção domiciliar para pacientes que necessitam da utilização do oxigênio de longa duração.

Verifica-se que quase todos os participantes apresentaram nível de moderado a grave para a depressão e foram classificados com nível grave de ansiedade. Além disso, a conjuntura de estar internado por vários dias em uma unidade hospitalar, longe do convívio familiar, é um fator que pode agravar tais variáveis. É de extrema importância a criação de vínculos entre o profissional e o paciente no sentido de que o profissional de saúde possa oferecer apoio para o paciente e mobilizar mecanismos de enfrentamento da sua condição de saúde. Fortalecer a autoconfiança e oferecer suporte para a adaptação a novos estilos de vida e para a superação do sentimento de impotência e desesperança podem contribuir para o planejamento do cuidado que possibilite uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com DPOC<sup>(7)</sup>.

Na avaliação da qualidade de vida dos pacientes com DPOC, averiguou-se que todos os pacientes possuem baixos escores em todos os domínios analisados. Destaca-se que capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais foram os que apresentaram os menores valores na escala de qualidade de vida, tendo esses dois últimos obtido zero ponto. Esses resultados devem ser ponderados em virtude de este estudo apresentar predominância de indivíduos ansiosos e depressivos. A ansiedade e a depressão podem influenciar os aspectos relacionados a todos os domínios da qualidade de vida. Observa-se que o comprometimento da qualidade de vida é considerado um preditor para a mortalidade de pacientes com DPOC e esta pode ser afetada pela dispneia<sup>(19)</sup>.

Observa-se a relação dos aspectos clínicos com os domínios capacidade funcional e limitação física, uma vez que a doença causa limitações, dependendo do grau de comprometimento da função pulmonar. Resultados significantes foram encontrados na associação entre aqueles que tinham dispneia aos mínimos esforços e a capacidade funcional e aqueles com dispneia e a ansiedade. Na associação entre dependência de oxigênio e qualidade de vida, os resultados foram significantes em relação àqueles que não eram dependentes com a capacidade funcional, estado de saúde geral, aspectos sociais, mostrando que aqueles que não eram dependentes tinham melhor qualidade de vida.

Em estudo que verificou a relação entre ansiedade e depressão em pacientes com DPOC, observou-se que mais da metade (53,3%) dos entrevistados tinha ansiedade, sendo a maioria classificada como leve ou moderada, e 45,4% apresentaram sintomas de depressão, que variaram entre moderados a graves. Percebe-se que a frequência dos sintomas de ansiedade e depressão é maior em pacientes com limitação aos esforços devido à falta de ar. Já a depressão foi predominante naqueles que faziam uso de medicamentos, com baixa capacidade funcional e limitação das atividades pela dispneia. Não foi observada diferença para ansiedade e depressão naqueles com DPOC inicial ou avançada. Foi verificado também que as exacerbações agudas têm um grande impacto sobre o bem-estar emocional daqueles que convivem com a doença<sup>(20)</sup>.

Além disso, os sintomas de depressão e ansiedade também estão relacionados ao aumento no número de readmissões em unidades de internação, sendo estes considerados como fatores de risco<sup>(21)</sup>. A dispneia aos mínimos esforços é associada a piores escores de qualidade de vida em todos os domínios, influenciando as atividades cotidianas, como no aumento do número de hospitalizações<sup>(22)</sup>. Acerca da correlação entre depressão e ansiedade e os domínios de qualidade de vida, observa-se que, quanto maior a depressão e a ansiedade, menores são os domínios relacionados à qualidade de vida, o que corrobora a percepção de que tais aspectos estão diretamente relacionados. Entretanto, é importante levar em consideração os aspectos clínicos vivenciados pelo paciente, o tempo de internamento e o afastamento do

seu convívio social e familiar, que podem agravar ainda mais os aspectos emocionais e a qualidade de vida desses indivíduos<sup>(23)</sup>.

Nesse contexto, nota-se que a ansiedade e a depressão são fatores de risco para as exacerbações clínicas em pacientes com DPOC e, por sua vez, podem comprometer a qualidade de vida. Estes pacientes apresentam piores prognósticos, principalmente quando relacionados às incapacidades na realização de atividades da vida diária e dependência de oxigênio. Tais condições afetam seu convívio social e familiar e, com a evolução da doença, há uma tendência ao isolamento e descrença com relação ao tratamento, o que reforça a importância da criação do vínculo e um maior acompanhamento terapêutico por equipe multidisciplinar<sup>(24)</sup>.

### Limitações do Estudo

A limitação deste estudo está relacionada ao tempo de hospitalização dos pacientes na unidade, o que repercute na baixa rotatividade de leitos, refletindo no tamanho da amostra. Além disso, este foi realizado apenas com indivíduos internados, em um único hospital. Assim, os resultados não devem ser interpretados de forma generalizada, mas sim, analisados na intenção de fundamentar as ações assistenciais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

### Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública

Faz-se necessária maior atuação do enfermeiro nos serviços ambulatoriais, sendo de extrema importância a instituição da consulta de enfermagem, com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem, bem como a formulação e aplicação de estratégias voltadas à educação em saúde com vistas ao aumento e uso correto dos medicamentos inalatórios, sendo possível delinear uma melhor assistência de enfermagem, possibilitando intervir nos fatores de risco, assim como naqueles que promovam a qualidade de vida desses indivíduos.

### CONCLUSÃO

Todos os pacientes foram classificados em nível grave de ansiedade com predominância de níveis moderados de depressão. Na avaliação da qualidade de vida observa-se que todos os pacientes possuem baixos escores em todos os domínios analisados. Destaca-se que capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais foram os que apresentaram os menores valores. Na correlação entre qualidade de vida e o nível de depressão e ansiedade, verifica-se que a depressão apresenta correlação com a capacidade funcional, dor, vitalidade, aspecto social e saúde mental e a ansiedade com a capacidade funcional, dor, aspecto social e saúde mental.

### REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2019 Report). Wisconsin: GOLD; 2018.
2. Gendron LM, Nyberg A, Saey D, Maltais F, Lacasse Y. Active mind-body movement therapies as an adjunct to or in comparison with

- pulmonary rehabilitation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Data base Systc Rev.* 2018;10:CD012290. doi: 10.1002/14651858.CD012290.pub2
3. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA, Camargos PAM. Mortality and disability from tobacco-related diseases in Brazil, 1990 to 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20 (Suppl. 1):75-89. doi: 10.1590/1980-5497201700050007
  4. Lacasse Y, Bernard S, Martin S, Boivin M, Maltais F. Utility scores in Patients with oxygen-dependent COPD: a case controle study. *J Chronic Ostructive Pulmon Dis.* 2015;12(5):510-515. doi: 10.3109/154112555.2014.995290
  5. Storgaad LH, Hockey H, Laursen BS, Weinreich UM. Long-term effects of oxigen-enriched high-flow nasal cannula treatment in COPD patients with chronic hypoxemic respiratory failure. *Clinical Trial Report.* 2018;13:1195-1205. doi: 10.2147/COPD.S159666
  6. Jarab A, Alefishat E, Mukattash T, Alzoubi K, Pinto S. Patient's perspective of the impact of COPD on quality of life: a focus group study for patients with COPD. *Int J Clin Pharm.* 2018;40(3):573-9. doi: 10.1007/s11096-018-0614-z
  7. Godoy RF. Anxiety, depression and hopelessness in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Estud Pesq Psicol [Internet].* 2013 [cited 2019 Feb 15];13(3):1089-102. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a15.pdf>
  8. Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Motowidlo U, Uchmanowicz B, Chabowski M. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis [Internet].* 2016 [cited 2019 Feb 16];11:963-70. Available from: <https://doi.org/10.2147/COPD.S102754>
  9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care [Internet].* 2015 [cited 2019 Jan 18];30(6):473-83. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>
  10. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol [Internet].* 2015 [cited 2019 Jan 18];39(3):143-50. Available from: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>
  11. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
  12. Kokturk N, Kilic H, Baha A, Lee SD, Jones PW. Sex Difference in Chronic Obstructive Lung Disease. Does it Matter? A Coincise Review [Internet]. 2016 [cited 2019 Fev 16]; 13(6):799-806. Available from: <https://doi.org/10.1080/15412555.2016.1199666>
  13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 144 p.
  14. Melo TG, Santoni NB, Finkelstein BJ, Veiga DLP, Nascimento MHS, Rosito FCA. Índice de hospitalização e custos associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) entre estados que padronizam vesus que não padronizam o tiotrópio – dados do mundo real. *J Bras Econ Saúde [Internet].* 2018 [cited 2019 Mar 16];10(1):29-35. Available from: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884392/jbes101-doi-1021115\\_jbesv10n1p29-35.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884392/jbes101-doi-1021115_jbesv10n1p29-35.pdf)
  15. Kopitovic I, Bokan A, Andrijevic I, Ilic M, Marinkovic S, Milicic D, Vukoja M. Frequency of COPD in health care workers who smoke. *J Bras Pneumol.* 2017;43(5):351-6. doi: 10.1590/s1806-37562017000000028
  16. Caram LMO, Ferrari R, Naves CR, Coelho LS, Vale SA, Tanni SE, Godoy I. Risk factors for cardiovascular disease in patients with COPD: mild-to-moderate COPD versus severe-to-very severe COPD. *J Bras Pneumol.* 2016;42(3):179-84. doi: 10.1590/S1806-37562015000000121
  17. Soler-Cataluña JJ, Sauleda J, Valdés L, Marín P, Agüero R, Pérez M, et al. Prevalencia y percepción de la variabilidade diária de los síntomas em pacientes com enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable em España. *Arch Bronconeumol.* 2016;52(6):287-344. doi: 10.1016/j.arbres.2015.11.010
  18. Mesquita CB, Knaut C, Caram LMO, Ferrari R, Bazan SGZ, Godoy I, Tanni SE. Impact of adherence to long-term oxygen therapy on patients with COPD and exertional hypoxemia followed for one year. *J Bras Pneumol.* 2018;44(5):390-7. doi: 10.1590/s1806-37562017000000019
  19. Akinci B, Aslan GK, Kiyan E. Sleep quality and quality of life in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonar disease. *Clin Respir J [Internet].* 2018 [cited 2019 Mar 25]; 12(4):1739-46. Available from: <https://doi.org/10.1111/crj.12738>
  20. Jacome C, Marques A, Gabriel R, Cruz J, Figueiredo D. Anxiety and depression in Portuguese patients with chonic obstructive pulmonar disease: a multicenter cross-sectional study. *Rev Port Med Geral Fam [Internet].* 2015 [cited 2019 Feb 18];31(1):24-32. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgfv31n1/v31n1a04.pdf>
  21. Iyer AS, Bhatt SP, Garner JJ, Wells JM, Trevor JL, Patel NM, et al. Depression in associated with readmission for acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(2):197-203. doi: 10.1513/AnnalsATS.201507-439OC
  22. Gruenberger JB, Vietri J, Keininger DL, Mahler DA. Greater dyspnea is associated with lower health-related quality of life among European patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017;12:937-44. doi: 10.2147/COPD.S123744
  23. Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symtoms on the burden of COPD. *Resp Res.* 2017;18(67):119-29. doi: 10.1186/s12931-017-0548-3
  24. Krus AL, Soljak M, Chavannes NH, Elkin SL. COPD Multidisciplinary team meeting in the United Kingdom: health care professionals' perceptions of aims and structure. *COPD.* 2016;13(5):639-41. doi: 10.3109/15412555.2015.1007930