



DILEMAS ATUAIS & DESAFIOS FUTUROS



Miranda do Douro

**Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa
Maria Maior**

Escola Superior de Saúde / IPB

28 e 29 de Setembro de 2012

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORES:

Adília da Silva Fernandes

Carlos Pires Magalhães

Maria Augusta Pereira da Mata

Maria Helena Pimentel

Maria Gorete Baptista

FICHA TÉCNICA

Título

Dilemas atuais e desafios futuros | I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

Autores/Editores

Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata;
Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

Editora

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Data

Setembro de 2012

ISBN

978-972-745-144-9

Esta edição é publicada pela Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Agência Nacional ISBN

Dilemas atuais e desafios futuros - I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

editado por Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

ISBN 978-972-745-144-9

Editora: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Prefixo da Editora: 972-745-

Livro em 1 volume, 259 páginas

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, electrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

© 2012 by ESSa - IPB

ISBN 978-972-745-144-9

NOTA INTRODUTÓRIA

O I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Maria Maior de Miranda do Douro, subordinado ao tema “Dilemas Atuais e Desafios Futuros”, tem como objetivos aprofundar o conhecimento e refletir sobre a problemática dos Cuidados Continuados, Paliativos, Geriátricos e de Reabilitação numa perspetiva mais alargada, fomentar a interação entre o contexto de trabalho, a investigação e as políticas públicas de sustentabilidade desta área de intervenção em saúde.

O envelhecimento é uma conquista civilizacional. É uma evidência que o crescente aumento do envelhecimento em Portugal contribuirá para o acréscimo do número de pessoas em risco de dependência, quer esta seja transitória ou instalada, pelo que essas pessoas e as suas famílias requerem cuidados adequados e integrados.

A organização de um dia e meio de congresso com a manhã do segundo dia dedicada à informação/comunicação e aos cuidadosos paliativos permite responder a dois objetivos. Por um lado, alargar o foco da atenção não apenas ao utente mas também às famílias, por outro, aprofundar o debate sobre a gestão das emoções e as questões ético/legais da sedação e da dignidade em fim de vida.

Para assinalar a realização deste evento e congregar sinergias, elaborou-se o presente livro de atas. Este documento assume o compromisso da partilha e da divulgação do conhecimento. Para além da atualidade e relevância científica, constituem pontos de contato de estudiosos destas matérias, que respondendo ao nosso apelo submeteram comunicações sob a forma de *posters*, que tivemos oportunidade de acompanhar ao longo destes dois dias.

Se a produção de qualquer evento, direta ou indiretamente, nunca é um ato isolado, este que aqui apresentamos contou com a colaboração e a conjugação de esforços de muitas pessoas. É de justiça, por isso, que se felicitem as comissões científica e organizadora que, por sua vez, contaram com o envolvimento ativo dos Dirigentes da Unidade de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Maria Maior.

Saudamos e agradecemos a presença de todos(as) os que quiseram juntar-se a nós, apelando à participação viva e empenhada.

ORGANIZAÇÃO

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior | Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

COMISSÃO CIENTÍFICA

Francisco Centeno (SCM Miranda do Douro)

Paula Martins (SCM Miranda do Douro)

Elisabete Lavrador (SCM Miranda do Douro)

Adília da Silva Fernandes (ESSa-IPB)

Carlos Pires Magalhães (ESSa-IPB)

Maria Augusta Pereira da Mata (ESSa-IPB)

Maria Helena Pimentel (ESSa-IPB)

Maria Gorete Baptista (ESSa-IPB)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Equipa Multidisciplinar da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

01. IDENTIFICAÇÃO DE LIMITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM DOENTES COM DPOC

01. IDENTIFICATION OF LIMITATION FOR EXERCISE AND ADLS IN PATIENTS WITH COPD

Matilde Delmina da Silva Martins

Professora Adjunta

Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano.

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

matildemartins@ipb.pt

Norberto Aníbal Pires da Silva

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – Mestre em Ciências de Enfermagem

Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança

norbertosilva@sapo.pt

Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Coordenadora

Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano.

teresaicorreia@ipb.pt

Resumo

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença caracterizada pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos. **Objetivos:** Analisar a capacidade funcional em doentes com diagnóstico de DPOC e identificar limitação para o exercício e atividades de vida diária nestes doentes. **Material e Métodos:** Foram avaliados 31 doentes, seguidos na consulta de pneumologia de um Centro Hospitalar do norte de Portugal. Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de DPOC, ter realizado prova de marcha de seis minutos e ter realizado espirometria. A informação foi obtida recorrendo aos registos informatizados da prova de marcha e do teste de espirometria, realizados entre 1 janeiro de 2009 a 1 de maio de 2010, por uma técnica de cardiopneumologia. A recolha de dados foi realizada durante uma semana no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar, após as 18 horas, por uma das investigadoras, que introduziu e codificou os dados em base de dados do programa SPSS[®]. **Resultados:** Dos 31 doentes avaliados 22 eram do género masculino, com uma média de idade de 68,8 anos, 16 eram ex-fumadores, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa nos hábitos tabágicos e o género ($p < 0,00$), o Índice Médio de Massa Corporal foi de $27,12 \text{ Kg/cm}^2 \pm 4,3 \text{ Kg/cm}^2$. A média do Volume Expiratório Máximo (VEMS) ao 1º segundo nos homens foi de 72,6% e nas mulheres foi de 47,1% apresentando uma média total de 52,23% $\pm 20,4\%$. Dos 31 participantes 17 apresentavam um grau de obstrução grave. Os valores de Saturação Arterial de Oxigénio variaram entre 81 e 96%. Cerca de 58% não necessitou de Oxigénio no início da prova e no final aproximadamente 75% necessitou. A perceção média que os doentes têm da sua dificuldade respiratória, antes e após a prova de marcha, foi maior nos homens 2,64 e 4,55. **Discussão/Conclusão:** Os doentes com DPOC percorreram uma média de 344 metros o que sugere uma limitação para o exercício físico e para as atividades de vida diária. O género masculino evidenciou maior grau de obstrução e média de perceção de dispneia antes da prova de marcha mais elevada. O exercício e as atividades de vida diária em doentes com DPOC devem ser feito de forma individualizada tendo em conta as suas limitações funcionais.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva; Prova de Marcha de 6 minutos; Exercício; Atividades de Vida Diária.

Abstract

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a disease characterized by airflow limitation that is not fully reversible. The airflow limitation is usually progressive and associated with an abnormal inflammatory response of the lungs to noxious particles or gases. **Objectives:** To analyze the functional capacity in patients with COPD diagnosis and identify limitations for exercise and daily activities in these patients. **Material and Methods:** 31 patients were evaluated and followed in pulmonology Hospital Center North of Portugal. Inclusion criteria were: diagnosis of COPD, have conducted test running six minutes and have performed spirometry. The information was obtained using the computerized records of proof of travel and the spirometry test, carried out between 1 January 2009 to 1 May 2010, by a technique cardiopneumology. Data collection was conducted during one week in the Service of Pneumology Hospital Center, after 18 hours, by one of the researchers who introduced and codified in database SPSS[®]. **Results:** Of the 31 evaluable patients, 22 were males, with a

mean age of 68.8 years, 16 were ex-smokers, there was a statistically significant difference in smoking habits and gender ($p < 0.00$), the Body Mass Index Mean of 27.12 Kg/cm² was ± 4.3 kg / cm². The mean forced expiratory volume (FEV) in 1 second in men was 72.6% and in women was 47.1% with an average total of 52.23% $\pm 20.4\%$. Of the 31 participants 17 had a degree of severe obstruction. Values of Arterial Oxygen Saturation ranged between 81 and 96%. About 58% did not require oxygen at the beginning and end of the race about 75% required. The average perception patients have of his difficulty breathing, before and after the walk test, was higher in men 2.64 and 4.55. **Discussion / Conclusion:** Patients with COPD walked an average of 344 meters suggesting a limitation to exercise and activities of daily living. The males showed greater degree of obstruction and average perception of dyspnea before the race marching higher. The exercise and activities of daily living in patients with COPD should be done on an individual basis taking into account functional limitations.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Proof of March 6 minutes; Exercise; Activities of Daily Living.

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é caracterizada pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos, causada principalmente pelo tabagismo. O tabagismo é o principal fator de risco da DPOC, estando presente em mais de 90% dos casos. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD, (2005). A DPOC é descrita como uma doença com consequências sistémicas, com perda progressiva da condição física e da força muscular, que associada à dispneia gera nestes doentes importantes limitações na capacidade funcional.

A capacidade funcional é definida como a tolerância ou a capacidade de uma pessoa para realizar determinada atividade, seja esta uma atividade desportiva ou de vida diária, ou a capacidade de realizar atividades que se referem ao autocuidado, como vestir-se, lavar-se, comer, andar, cozinhar, fazer compras, etc. Veloso, (2006); American Thoracic Society/European Respiratory Society. (2005).

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. É considerada a quarta causa de morte em todo o mundo e estima-se que em 2020 seja a terceira. DGS, (2005); Pessôa, (2009). A sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais elevada no sexo masculino, embora esta esteja a aumentar nas mulheres, decorrente do aumento do consumo de tabaco no sexo feminino. De facto, o tabagismo, para além de ser a principal causa de DPOC, continua a contribuir para a elevada prevalência da doença em Portugal. Pessôa, (2009); DGS, (2005).

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em todos os doentes que apresentem tosse ou produção de expectoração frequentes, dispneia ou história de tabagismo. Para confirmar a presença de limitação obstrutiva do fluxo aéreo é necessária a realização de espirometria. Esta limitação ventilatória não é completamente reversível após administração de um broncodilatador. Considera-se que existe obstrução brônquica e, portanto, DPOC quando após a administração de um broncodilatador a relação volume expiratório forçado ao primeiro segundo e a capacidade vital forçada (VEF1/CVF) é menor do que 70%. GOLD, (2005). A espirometria é, assim, fundamental no diagnóstico e na avaliação da DPOC, por ser o meio mais objetivo, padronizado e facilmente reproduzível de medir o grau de obstrução das vias aéreas. Pellegrino; (2005). Os doentes com DPOC apresentam aumento da frequência ventilatória quando expostos às atividades dinâmicas, causando dispneia e cansaço que os

leva a evitar essas atividades, gerando conseqüentemente, diminuição da capacidade funcional. Santos, Rosa e Battagin, (2009). O impacto da DPOC na pessoa, não se dá somente na limitação física para a execução de atividades de vida diária, mas repercute-se também nas relações sociais, afetivas, familiares e laborais. Estes ficam muitas vezes dependentes de outros nos cuidados de vida diária o que lhes provoca um sentimento de dependência e diminuição da sua autoestima. Gutierrez (2007).

Neste estudo procuramos analisar a capacidade funcional em doentes com diagnóstico DPOC e identificar as limitações para o exercício e atividades de vida diária.

Material e Métodos

Foram avaliados 31 doentes, seguidos na consulta de pneumologia do Centro Hospitalar Nordeste - Unidade de Bragança, com idades compreendidas entre 52 e 79 anos. Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de DPOC, ter realizado prova de marcha de seis minutos e ter realizado espirometria. A Informação foi obtida recorrendo aos registos informatizados da prova de marcha e do teste de espirometria, realizados entre 1 janeiro de 2009 a 1 de maio de 2010, por uma técnica de cardiopneumologia. A recolha de dados foi realizada durante uma semana no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar, após as 18 horas, por uma das investigadoras.

A Espirometria é considerada o *GOLD Sandart* para o diagnóstico e avaliação da DPOC, pois é o método mais reprodutível, estandardizado e objetivo de medição da limitação área. GOLD, (2012). Os testes de difusão e espirometria foram realizados em pletismógrafo MasterScreen Body da JAEGER, e seguiram rigorosamente as indicações do ATS/ERS, (2005) para a sua realização.

Os critérios para classificação do grau de obstrução foram revistos e seguiram as orientações da GOLD, (2005) utilizando-se a seguinte classificação VEF1/CVF <70% leve e VEF1 > 80% do previsto, moderada 50% < VEF1 <80% do previsto, grave 30% < VEF1 <50% do previsto e muito grave VEF1 <30% do previsto OU VEF1 <50% do previsto associado à insuficiência respiratória crónica. GOLD, (2005), Miller (2005).

A prova de Marcha de 6 minutos permite avaliar a capacidade real para o exercício ou atividades de vida diária, através da distância percorrida em metros, consideramos distâncias percorridas inferiores a 500/400 metros limitação para o exercício. A Prova de Marcha de 6 minutos foi realizada num corredor plano, do Laboratório de Fisiologia Respiratória do CHNE – UH Bragança, previamente delimitado com 30 metros de comprimento. Os doentes

antes de iniciar a prova foram mantidos em repouso por um mínimo de 10 minutos e foi-lhes explicado o procedimento, informando-os que deviam repetir o percurso durante 6 minutos, se precisassem poderiam descansar, porém deviam permanecer onde pararam até poderem continuar, o mais importante é que percorram a maior distância possível e quando a prova terminar serão avisados. Utilizaram roupas e calçado confortável, realizaram a prova acompanhados de técnica de cardiopneumologia, que ia incentivando e informando do tempo de prova decorrido. Durante toda a prova o doente foi monitorizado nos parâmetros Saturação de Oxigénio (SatO₂) e a Pulsação através de oxímetro de pulso marca Elnor ®. A prova foi interrompida sempre que os doentes referiram dor torácica ou dos membros inferiores, dispneia grave e SatO₂ inferiores a 85% em ar ambiente ou com Oxigénio suplementar. Tinham disponível uma cadeira caso os doentes precisassem de interromper a prova, Oxigénio transportável que foi utilizado sempre que os doentes apresentavam SatO₂ <90% e monitor desfibrilhador. No início e após o término da prova foram registados os valores de SatO₂, pulsação e o grau de dispneia percebido pelo doente através da aplicação da escala de Borg modificada. American Thoracic Society, (2002). Esta é uma escala vertical quantificada de 0 a 10, onde zero representam nenhuma dispneia e 10 dispneia máxima (Quadro 1). Os doentes eram orientados para escolher uma única pontuação que refletisse a percepção do seu grau de dispneia antes e após a PM6.

Quadro 1 – Escala de Borg Modificada

| Escala de Borg Modificada | |
|----------------------------------|---------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0.5 | Muito, muito, leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Um pouco forte |
| 5 | Forte |
| 6 | |
| 7 | Muito forte |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito, forte |
| 10 | Máxima |

Fonte: American Thoracic Society, 2002

A investigação foi previamente submetida a aprovação e autorização pela diretora do Serviço de Pneumologia Centro Hospitalar, os dados foram codificados, inseridos e

analisados pelo número de identificação do processo de forma a respeitar e a garantir o anonimato dos participantes.

Os dados foram inseridos e analisados em base de dados do programa informático SPSS[®]. (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 18.0 para *Windows*. Para todas as variáveis foi calculada média, desvio padrão e frequências absolutas e relativas. O teste do Qui quadrado foi utilizado para analisar a relação entre variáveis.

Resultados

Dos 31 doentes avaliados 22 eram do género masculino e 9 feminino, com uma média de idade de 68,8 anos, sendo a média de idade do género masculino maior 69,8 anos. O Índice Médio de Massa Corporal foi de 27,12 Kg/cm² +/- 4,3 Kg/cm² recaindo também no género masculino o maior Índice de Massa Corporal 29,3 Kg/cm². A distância média percorrida foi 263,57 metros nos homens e 258 metros nas mulheres, a média total da distância percorrida foi de 344,2 m, variando entre o mínimo de 45m e máximo de 595m.

Tabela nº1 – Caraterização da amostra

| Variáveis | Homens | Mulheres | H/M |
|---------------------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Doentes (N) | 22 | 9 | 31(52-79) |
| Idade (anos) | 69,8 | 67,8 | 68,8 (52 – 79) |
| Altura (cm) | 166,1 | 155,2 | 163,4 |
| Peso (kg) | 81,2 | 65,8 | 72,8 (41-91) |
| IMC (kg/cm ²) | 29,3 | 26,8 | 27,2 (18 -37,4) |
| Distância Percorrida | 263,57 | 258 | 344,2 (45-595) |

Resultados apresentados em Média

Quanto à caraterização da função pulmonar a média da CVF foi de 69,1% Volume Expiratório Máximo (VEMS) ao 1º segundo foi de 52,2% variando entre o mínimo de 19% e o máximo de 97%, a saturação de oxigénio foi de 92,1% variando entre o mínimo de 87% e o máximo de 97% e a frequência cardíaca em repouso foi de 80 batimentos por minuto. As

mulheres apresentaram médias mais elevadas em relação aos homens à exceção da frequência cardíaca.

Tabela nº2 – Caracterização da função pulmonar

| Variáveis | Homens | Mulheres | H/M |
|-------------|--------|----------|-------|
| | Média | Média | Média |
| % CVF | 61,4 | 81,5 | 69,1 |
| % VEMS | 47,1 | 72,6 | 52,2 |
| SatO2 média | 93,1 | 95,4 | 92,1 |
| FC basal | 80,2 | 76,4 | 80,2 |

Em relação aos hábitos tabágicos 16 eram ex-fumadores e 1 fumador ativo, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa nos hábitos tabágicos e o género ($p < 0,00$), apenas uma mulher era ex-fumadora e as restantes nunca fumaram.

Tabela nº3 – Distribuição dos doentes por género e hábitos tabágicos.

| Variáveis | | Masculino | Feminino | Total |
|----------------|-------------|-----------|----------|-------|
| Háb. Tabágicos | Sim | 1 | 0 | 1 |
| | Não | 6 | 8 | 14 |
| | Ex. Fumador | 15 | 1 | 16 |
| Total | | 22 | 9 | 31 |

Dos 31 participantes, 17 apresentavam um grau de obstrução grave e 8 moderado, correspondendo a 13 e a 6 homens respetivamente. Tiveram necessidade de interromper a prova 7 pessoas recaiando 4 interrupções no sexo feminino.

Tabela nº4 – Distribuição dos doentes por género, grau de obstrução e interrupção da prova de marcha de 6 minutos.

| Variáveis | | Masculino | Feminino | Total |
|-----------------------|----------|-----------|----------|-------|
| Grau de Obstrução | Ligeira | 3 | 3 | 6 |
| | Moderada | 6 | 2 | 8 |
| | Grave | 13 | 4 | 17 |
| Interrupção da PM6min | Sim | 3 | 4 | 7 |
| | Não | 19 | 5 | 24 |
| Total | | 22 | 9 | 31 |

Os valores de Saturação Arterial de Oxigénio variaram entre 81 e 96% sendo a média antes e após a prova de 94% e 94,5% respetivamente, em ambos os géneros. Cerca de 58% não necessitou de Oxigénio no início da prova e no final aproximadamente 75% necessitou.

Tabela nº5 – Médias e variação Basal antes e após a prova de marcha de 6 minutos.

| Variáveis | | Prova de Marcha de 6 min. | | |
|---------------------------|-----------|---------------------------|-------------|---------|
| | | Média Inicial | Média Final | Varição |
| Escala Modificada de Borg | Masculino | 2,64 | 4,55 | 1,94 |
| | Feminino | 1,66 | 3,55 | 1,89 |
| | Total | 2,35 | 4,19 | 1,84 |
| Sat O ₂ (%) | Masculino | 94 | 94,5 | 0,5 |
| | Feminino | 94,4 | 94,6 | 0,2 |
| | Total | 94,1 | 94,5 | 0,4 |
| O ₂ (L) | Masculino | 0,68 | 3,0 | 2,32 |
| | Feminino | 0,44 | 0,94 | 0,5 |
| | Total | 0,6 | 2,4 | 1,8 |
| FC (Bat/min) | Masculino | 80,3 | 97,0 | 16,7 |
| | Feminino | 76,4 | 90,0 | 13,6 |
| | Total | 80,3 | 94,3 | 14 |

Observou-se uma necessidade maior de oxigénio nos homens principalmente após a prova de marcha, sendo a média de 3 litros de O₂. A frequência cardíaca também foi maior nos homens antes e após a prova de marcha de 6 minutos com 80 e 87 batimentos por minuto respetivamente. A perceção média que os doentes têm da sua dificuldade respiratória, antes e após a prova de marcha, foi maior nos homens do que nas mulheres 2,64 e 4,55 nos homens e 1,66 e 3,5 nas mulheres respetivamente.

Discussão

A DPOC causa prejuízo da função pulmonar, aumentando os sintomas respiratórios e desconforto físico. Estas alterações interferem com a qualidade e com as atividades de vida e dos doentes com DPOC. Santos, Rosa e Battagin, (2009).

No nosso estudo a maior frequência observou-se no género masculino e a uma média geral de idades foi de 68,8 anos. No estudo de Santos, Rosa e Battagin, (2009), 20% (6) dos doentes com idades entre 57 e 78 anos, também apresentavam dependência parcial nas atividades de vida diária. Assim, como no estudo de Incalzi [*et.al.*], (2005) doentes com DPOC apresentavam limitação para as atividades vida diária relacionadas à mobilidade (subir e descer escadas, caminhar, pelo menos 400 metros), associadas a idades avançadas e ao sexo masculino, dados corroborados pelo nosso estudo. Também os estudos nacionais apontam para um aumento da prevalência da DPOC com a idade e associada ao género masculino. Machado, (2007).

Verificamos também haver uma relação estatisticamente significativa dos hábitos tabágicos com o género, verificando-se um maior predomínio de fumar nos homens, em 17 fumadores ou ex-fumadores 16 eram homens, o que induz a pensar na interferência de padrões sociais e culturais, pois tradicionalmente, os homens ainda são os grandes consumidores de tabaco. O tabagismo é a principal causa de DPOC, sendo considerada por muitos países, incluindo Portugal, como um problema de saúde pública com tendência de agravamento no futuro, associada ao aumento de consumo de tabaco. É consensual e universalmente aceite, que pelo menos 20% dos fumadores virão a desenvolver limitação ventilatória obstrutiva com tendência progressiva. Direção Geral de Saúde, (2005). Há evidência científica de que a cessação tabágica é a única medida que contraria, efetivamente, a evolução da DPOC e a que tem melhor relação custo/benefício. DGS, (2005), pelo que nos parece importante investir em políticas e programas preventivos antitabágicos.

Verificamos que a média de saturação de oxigénio foi menor nos homens 93,1%, a perceção do grau de dispneia antes e após a prova foi maior, bem como a frequência cardíaca e o consumo de oxigénio suplementar, o que se pode associar a um maior esforço por parte dos homens.

No nosso estudo os doentes com DPOC percorreram uma média de 344 metros variando entre o mínimo de 45m e máximo de 595m, o que sugere uma limitação para o exercício físico e para as atividades de vida diária. Os homens tiveram uma média de distância percorrida ligeiramente maior que as mulheres, sendo 263,57 metros nos homens e 258 metros nas mulheres. Estes também apresentaram valores de peso, altura e IMC maiores. Dados corroborados pela literatura da área da especialidade que evidencia que pessoas com maior estrutura corporal conseguem percorrer maiores distâncias. Teixeira, (2006); Viular, (2008)

Conclusão

No nosso estudo os doentes com DPOC percorreram uma média de 344 metros o que sugere uma limitação para o exercício físico e para as atividades de vida diária. O género masculino evidenciou maior grau de obstrução e média de perceção de dispneia antes da prova de marcha mais elevada. O exercício e as atividades de vida diária em doentes com DPOC devem ser feito de forma individualizada tendo em conta as suas limitações funcionais. Existe evidência científica de que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercício físico, os quais melhoram os sintomas de dispneia e reduzem o grau de fadiga. Pelo que se torna importante a implementação destes programas juntos destes doentes no sentido de minimizar as complicações e limitações progressivas da DPOC.

Referências Bibliográficas

- American Thoracic Society (2002). Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute Walk test. *Am J Respir Crit Care Med*, 166, 111-7.
- American Thoracic Society/European Respiratory Society (2005). Standardization of Spirometry. *Am J Respir Crit Care Med*, 152(3), 1107-36.
- Direção-Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva. *Circular Normativa nº 04/GGGG*. Ministério da Saúde. Portugal
- GOLD (2005) – Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 163, 1256-76.

- Gutierrez, F.J.A. [et al]. (2007). Impacto of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Activities of daily living: results of the EIME Multicenter Study. *Arch Bronconeumol*, 43, 64-72.
- Incalzi, R.A. (2005). Construct Validity of activities of daily living scale. *Chest*, 127:830-8.
- Miller, M.R. [et al].(2005). Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*, 26, 319-338.
- Machado, N.C., Natali, V., Squassoni, S.D., Santana, V.T.S., Baldin, A.C., Fiss, E., & Selestrin, C.C. (2007). Estudo comparativo entre os resultados do teste do degrau de seis minutos em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Arq. Med ABC*, 32 (supl.2), 7-50.
- Pellegrino [et al]. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J*, 26, 948-968.
- Pessôa, C.L.C., & Pessôa, R.S. (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspetos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ atualizações temáticas*, 1(1), 7-12.
- Santos, M.L., Rosa R.J., & Battagin, A.M. (2009). Avaliação da capacidade funcional, humor e cognição em doentes portadores de DPOC. *ConScientiae Saúde*, S(2), 267-273.
- Viular, J., Resqueti, V.R., & Fregonezi, G.A.F. (2008). Clinical Assessment of exercise capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(4), 249-259.
- Veloso, M., & Jardim, J.R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Penumol*, 32(6), 580-6.
- Teixeira, P., Costa, C., Berton, D., Bertolitti, O., & Cantarle, D. (2006). O trabalho de caminhar dos seis minutos não se correlaciona com o grau de obstrução do fluxo aéreo em doentes portadores de doença Pulmonar Obstrutiva crónica. *Rev Port Pneumol*, 12(3), 241-253.