

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAINT GEORGE NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIA

APPLICATION QUESTIONNAIRE SAINT GEORGE IN ASSESSING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASIS

Vítor Rafael Pires Lindoso¹, Vinicius Martins Valois¹, Florenir Glória da Silva Paes², Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa³ e Maria do Rosário da Silva Ramos Costa⁴

Resumo

Introdução: A bronquiectasia é uma doença crônica das vias aéreas, resultante da dilatação irreversível dos brônquios, a qual frequentemente limita as atividades diárias dos pacientes. **Objetivo:** Conhecer a repercussão da bronquiectasia na vida dos pacientes, quanto aos sintomas, atividades diárias e impacto pessoal. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo com portadores de bronquiectasia atendidos no ambulatório de Pneumologia do Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário em São Luís (MA). Para avaliar os sintomas, atividade e impacto na qualidade de vida, foi aplicado o Questionário de Saint George de Doença Respiratória em 64 pacientes com diagnóstico confirmado de bronquiectasia por tomografia de tórax e avaliação espirométrica. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 54 anos, tendo como referência do VEF1, 59,5%. Quanto ao diagnóstico etiológico 48 pacientes (75%) tiveram a tuberculose, 8 pacientes (12,5%) a forma idiopática, e 68,7% tiveram acometimento de 2 ou mais lobos comprovados por Tomografia Computadorizada. A diminuição da qualidade de vida foi evidenciada nos três domínios do questionário, com médias de 56,8% relacionada aos sintomas, 60,4% relacionada às atividades e 52,2% relacionada ao impacto na qualidade de vida. **Conclusão:** A avaliação da qualidade de vida de pacientes com bronquiectasia foi considerada baixa por meio dos domínios específicos, sendo a etiologia mais frequente a tuberculose. Somente a correlação entre idade e os escores do domínio referente ao sintoma foi negativa.

Palavras chave: Bronquiectasia. Saint George. Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Bronchiectasis is a chronic disease of the lung airways. It is due to an irreversible dilatation of the bronchi that often limits the patients' daily activities. **Objective:** To know about the repercussion of bronchiectasis in patients' lives regarding the symptoms, daily activities and personal impact. **Methods:** Cross-sectional prospective study with bronchiectasis patients assisted in the pulmonary outpatient clinic of the Asthma Patient Care Program of the University Hospital in São Luís, State of Maranhão. In order to evaluate the symptoms, activity and impact in the quality of life we applied the Saint George's respiratory questionnaire in 64 patients with confirmed diagnosis for bronchiectasis by chest tomography and spirometric evaluation answered the questionnaire. **Results:** The mean age of the patients was 54 years with a FEV1 mean of 59.5%. 48 patients (75%) and 8 patients (12.5%) had tuberculosis and the idiopathic form as the etiological diagnosis, respectively. 68.7% presented involvement of 2 or more lobes in the chest tomography. The decrease of quality of life was shown in three domains of the questionnaire, with means of 56.8% (symptoms), 60.4% (activities) and 52.2% (impact). **Conclusion:** The evaluation of the quality of life in patients with bronchiectasis was considered low through the specific domains. The most frequent etiology was tuberculosis. Only the correlation between age and the scores related to the symptom domain was negative.

Keywords: Bronchiectasis. Saint George. Quality of life.

Introdução

A bronquiectasia é uma doença crônica das vias aéreas e está relacionada principalmente a agressões infecciosas, que causam distorções permanentes na parede dos brônquios, os quais se tornam dilatados e hipersecretivos. As infecções virais, bacterianas e a tuberculose pulmonar são as causas mais frequentes, embora sua incidência e prevalência ainda permaneçam desconhecidas. Os sintomas mais frequentes são tosse produtiva diária, dispnéia e hemoptise. As infecciosas, além de intensificarem os sintomas, podem acelerar o processo destrutivo do parênquima pulmonar¹.

Dentre as doenças crônicas, a bronquiectasia parece estar esquecida, uma vez que vem apresentando declínio em sua incidência, graças ao desenvolvi-

mento de potentes antibióticos, às modernas concepções de fisioterapia respiratória, à reabilitação pulmonar e à universalização das imunizações na infância, principalmente do sarampo e da coqueluche. Esse declínio conferiu-lhe a denominação de "doença órfã"².

Apesar de não ter dados exatos sobre a prevalência da bronquiectasia no Brasil, acredita-se que a prevalência seja alta, pois a frequência de bronquiectasia em uma população está relacionada ao número e à gravidade das infecções na infância e na fase adulta. Como a incidência de tuberculose pulmonar no Brasil encontra-se em torno de 26,5/100.000 habitantes, acredita-se que esta seja a responsável pelo grande número de casos de bronquiectasias³.

Considerando a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social,

¹ Graduando do Curso em Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Fisioterapeuta. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

³ Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem - UFMA.

⁴ Médica Pneumologista. Docente do Departamento de Medicina II - UFMA.

Contato: Maria do Rosário da Silva Ramos Costa. E-mail: rrcosta29@hotmail.com

e não apenas a ausência de afecção ou doença⁴, torna-se fundamental a compreensão de que saúde e qualidade de vida são conceitos que em muito se aproximam.

Pode-se definir qualidade de vida como a diferença entre o que é desejável na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não. Ou ainda, como a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada⁵.

Diversos instrumentos já foram utilizados com a finalidade de investigar o impacto de doenças respiratórias crônicas no cotidiano dos pacientes; alguns mais limitados, e outros, abrangentes. Neste grupo, destacam-se dois modelos: Questionário de Respiratória Crônica - QRC (*Chronic Respiratory Questionnaire - CRQ*) e o Questionário de Saint George na Doença Respiratória - QSGDR (*Saint George Respiratory Questionnaire - SGRQ*)^{6,7}.

O Questionário de Saint George na Doença Respiratória foi desenvolvido em 1991 por Jones *et al.*,⁶ para avaliar a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Desde então, o questionário foi traduzido e aplicado, inclusive para outras doenças das vias aéreas em diversos países, contudo poucos foram os trabalhos a aplicar o questionário de Saint George em pacientes com bronquiectasia no mundo.

O SGRQ aborda os aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige ao paciente. Esse questionário já foi traduzido para uso na França, Itália, Japão, Portugal, Holanda, Dinamarca e validado na Espanha, Suécia e no Brasil⁸⁻¹⁰.

O primeiro estudo utilizando o QSGDR para pacientes com bronquiectasia foi realizado no Reino Unido, com um total de 111 pacientes sendo considerado aplicável traduzindo resultados consistentes quanto à limitação da qualidade de vida nos pacientes com bronquiectasia, permitindo diferenciar vários níveis de impacto da doença na qualidade de vida¹¹.

Estudo realizado por Abrantes *et al.*,³ encontraram uma prevalência de 2,8% de pacientes com bronquiectasia em um programa de assistência ao paciente asmático em São Luís (MA).

Reconhecendo que portadores de bronquiectasia passam por um processo brusco de mudança no seu cotidiano e a importância da utilização de um instrumento para avaliação da repercussão da doença na qualidade de vida, este estudo teve o objetivo de conhecer a repercussão da bronquiectasia na vida dos pacientes, quanto aos sintomas, atividades diárias e impacto pessoal.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal com pacientes adultos portadores de bronquiectasia atendidos no ambulatório de Pneumologia do Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário em São Luís (MA).

A amostra foi composta por 64 pacientes com idade superior a 18 anos com diagnóstico clínico e radiológico de bronquiectasia, confirmado por tomografia computadorizada de tórax recente (há menos de 2 anos) e realizado espirometria com acompanhamen-

to ambulatorial no último trimestre de 2011.

Para a coleta de dados investigou-se os prontuários utilizando-se um formulário com questões referentes aos dados demográficos, antropométricos, clínicos e laudos das espirometrias e tomografias. Em seguida, os pacientes responderam o Questionário de Saint George na Doença Respiratória - QSGDR. Os pacientes foram classificados quanto à etiologia considerando a história clínica e epidemiológica.

O QSGDR⁶ é um questionário de qualidade de vida autoadministrável que contém 50 itens e 76 respostas ponderadas divididas em três componentes: sintomas, atividade e impacto. O domínio sintomas contém itens relativos à sintomatologia, incluindo frequência de tosse, produção de escarro, chiado e dispnéia. O domínio atividade está relacionado com as atividades que são afetadas ou limitadas pelo grau de dispnéia do paciente. Já o domínio impacto questiona sobre fatores relacionados ao trabalho, necessidade de medicação e seus efeitos colaterais como o pânico e a estigmatização entre outros⁷.

A interpretação dos escores dos domínios é referida pelos pontos de cada resposta que somados traduzem o total de cada domínio pelo percentual do valor máximo obtido. Os escores finais podem variar de 0 a 100. Um escore de 0 indica qualidade de vida sem comprometimento, enquanto um escore de 100 indica o máximo de perda possível na qualidade de vida e valores acima de 10 refletem qualidade de vida alterada.

Os questionários respondidos tiveram seus respectivos escores calculados e processados no programa PASW® Statistics 18.0 para análise estatística descritiva. As variáveis numéricas foram expressas como média \pm desvio padrão. O coeficiente linear de Pearson foi utilizado para verificar associações entre a qualidade de vida (QV) do QSGDR com a variável idade, IMC e VEF1. Para verificar se havia diferença significativa entre os escores de qualidade de vida e as diferentes etiologias, bem como os diferentes graus de acometimento da doença, foi utilizado o teste t de Student.

Todos os pacientes foram previamente esclarecidos e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A amostra foi composta de 64 pacientes, sendo 68,7% do sexo feminino, atendidos entre agosto de 2010 e abril de 2011 com o diagnóstico clínico e radiológico de bronquiectasia. A média de idade foi de 54 anos \pm 15,3 e o IMC médio foi de 22,9 kg/m² \pm 4,6. A média da porcentagem do Volume Expiratório Forçado em 1 segundo (VEF1) para cada paciente encontrado foi de 59,54% \pm 21,52% (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas de pacientes com bronquiectasia. São Luís - MA, 2011.

Variáveis	Média \pm Desvio Padrão
Razão M/F	20/44
Idade	54,0 \pm 15,3 anos
IMC	22,9 \pm 04,6 kg/m ²
VEF 1 predito	59,5 \pm 21,5 %

A maioria dos pacientes pertenceu ao grupo tuberculose (75%). Quanto a apresentação das lesões brônquicas, 68,7% dos pacientes apresentavam bronquiectasias em mais de um lobo pulmonar (Tabela 2).

Tabela 2 - Etiologias e do número de lobos acometidos em pacientes com bronquiectasia. São Luís - MA, 2011.

Etiologia	n	%
Tuberculose	48	75,0
Pneumonia	04	06,3
Discinésia Ciliar Primária	04	06,3
Idiopática	08	12,5
01 Lobo	20	31,5
02 Lobos ou mais	44	68,7

A qualidade de vida mensurada pelo QSGDR mostrou-se alterada em todos os pacientes e todos os domínios mostraram alteração superior a 10%. O domínio atividades apresentou piores resultados na alteração da qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3 - Médias dos escores dos domínios do questionário de Saint George aplicados em pacientes com bronquiectasia. São Luís - MA, 2011.

Escore do QSGDR	Médias ± Desvio Padrão
Sintomas	56,8 ± 19,6
Atividades	60,4 ± 23,0
Impacto	52,2 ± 21,8
Total	55,8 ± 19,2

Neste estudo não houve correlação significativa entre o escore total do questionário de qualidade de vida aplicado e as variáveis IMC, VEF1, idade, etiologia e número de lobos afetados. Entretanto, a idade dos pacientes mostrou correlação negativa com o domínio sintomas do QSGDR ($r=-0,31$; $p=0,011$). Não houve correlação significativa da idade com os demais domínios do questionário.

Quando aplicado o coeficiente de Pearson para verificar a relação entre a idade e o VEF1 com os domínios do questionário, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa.

Discussão

Este estudo mostrou que os pacientes com bronquiectasia apresentaram comprometimento na qualidade de vida em todos os domínios e no escore geral.

Estudo realizado por Camelier *et al.*,¹² mostrou que todos os indivíduos apresentaram alteração da qualidade de vida relacionada à saúde com maior alteração no Domínio Sintomas quando associado ao QSGDR original em relação a sua versão modificada.

Estudos realizados em Hong Kong, Londres e Espanha estudaram a qualidade de vida dos pacientes com bronquiectasia por meio do questionário de Saint George, correlacionando com variáveis demográficas, clínicas e parâmetros funcionais^{11,13,14}.

As médias dos escores totais e dos domínios observados não apresentaram diferença significativa em relação a outros trabalhos utilizando o mesmo instrumento para casos de bronquiectasia. A etiologia mais prevalente foi a tuberculose, discordando dos resultados encontrados por Chan *et al.*,¹³ e Garcia *et al.*,¹⁴ que encontraram maior prevalência de pacientes com bronquiectasia de causa idiopática.

Neste estudo a prevalência de pacientes com bronquiectasia secundária como a tuberculose foi semelhante aos achados encontrados por Bogossian *et al.*² Foi observado, também que os portadores mais jovens tiveram um comprometimento da qualidade de vida maior que os mais idosos no domínio sintomas. Estes resultados foram diferentes dos encontrados por Wilson *et al.*,¹¹ que não encontraram correlação entre a idade dos pacientes e todos os escores obtidos. A correlação encontrada neste estudo pode ser explicada pela maior adesão à consulta médica e ao programa de reabilitação pulmonar pelos pacientes mais idosos, enquanto os pacientes mais jovens costumam procurar assistência médica somente quando os sintomas estão mais proeminentes e com o estado de saúde mais comprometido.

Não foi observada a correlação estatisticamente significativa entre a porcentagem do VEF1 predito de cada paciente e seu escore nos domínios do questionário de qualidade de vida. Entretanto os trabalhos realizados por Chan *et al.*,¹³ e Garcia *et al.*,¹⁴ encontraram correlação inversa do VEF1 com todos os domínios e com o escore total. Estudos realizados por Wilson *et al.*,¹¹ encontraram esta correlação apenas com os domínios atividades e sintomas.

Não houve diferença significativa na qualidade de vida avaliada dentro dos grupos de diferentes etiologias, assim como do grupo de diferentes números de lobos pulmonares afetados pela doença.

A qualidade de vida dos pacientes pode estar associada à regularidade do acompanhamento médico, adesão ao tratamento, à fisioterapia respiratória e a confiança na equipe de saúde.

A avaliação da qualidade de vida de pacientes com bronquiectasia medida pelo QSGDR, foi considerada baixa por meio dos domínios específicos sendo a etiologia mais frequente a tuberculose. Somente a correlação entre idade e os escores do domínio referente ao sintoma, apresentou-se negativa. Não houve correlação significativa entre o IMC e VEF1 dos valores do escore total e dos demais domínios do Questionário de Saint George na Doença Respiratória.

Referências

1. Barker AF. Bronchiectasis: Review Article. *N Engl J Med*, 2002; 346(18): 1383-93.
2. Bogossian M, Santoro IL, Jamnik S, Ramaldini. Bronquiectasias: estudo de 314 casos tuberculose x não-tuberculose. *J Pneumol*, 1998; 24(1): 11-16.
3. Abrantes FCB, Paes FGS, Oliveira CA, Rodrigues LCB, Rocha Júnior MR, Costa MVD, Costa MRSR. Prevalência de bronquiectasia em pacientes do programa de assistência ao paciente asmático. *Rev do Hosp Univ*, 2009; 10(1): 20-23.
4. OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 1995; 41(10): 403-409.
5. Calman KC. Quality of life in cancer patients – and hypothesis. *J Med Ethics*, 1984; 10(3): 124-127.
6. Jones PW. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med*, 1991; 85(suppl. B): 25-31.
7. Gordon EFJ, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. *J Clin Epidemiol*, 1994; 47(1): 81-87.
8. Sousa TC, 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. *J Pneumol*, 2000; 26(3): 119-128.
9. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*, 1996; 9(6): 1160-1166.
10. Engström C-P, Persson LO, Larsson S, Sullivan M. Reliability and validity of a Swedish Version the St. George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J*, 1998; 11(1): 61-66.
11. Wilson CB, Jones PW, O'Leary CJ, Cole PJ, Wilson R. Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997; 156(2 Pt 1): 536-41.
12. Camelier A, Rosa FW, Salmi C, Nascimento AO, Cardoso F, Jardim JR. Avaliação da qualidade de vida pelo questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *J Bras Pneumol*, 2006; 32(2): 114-122.
13. Chan SL; Chan-Yeung MM, Ooi GC, Lam CL, Cheung TF, Lam WK, Tsang KW. Validation of the Hong Kong Chinese version of the St George's Respiratory Questionnaire in patients with bronchiectasis. *Chest*, 2002; 122: 2030-2037.
14. Garcia MAM, Tordera PM, Sanchez PR, Cataluna JJS. Quality-of-life Determinants in Patients with Clinically Stable Bronchiectasis. *Chest*, 2005; 128(2): 739-745.