

Redução da qualidade de vida em pacientes idosos portadores de DPOC: uma série
de casos

Quality of life reduction on elder patients with COPD: a series of cases

Resumo

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, usualmente causados por exposição significativa a partículas ou gases nocivos. Esta série de casos avaliou a qualidade de vida e sintomas ansiosos e depressivos em pacientes idosos portadores de DPOC. Os dados foram obtidos utilizando o *World Health Organization Quality of Life – Brèf* e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Resultados: foram avaliados 10 pacientes idosos, com a mesma proporção entre os sexos, diagnosticados com DPOC e idade média de 73,1 anos. Entre fumantes ativos do grupo (80%), todos tinham carga tabágica (quantidade de maços o paciente fumou em relação ao tempo em que foi tabagista) acima de 10 maços/ano. A maioria apresentou escores baixos de qualidade de vida nos domínios Físico (80%), Psíquico (60%) e Social (70%) e 50% apresentou resultados compatíveis com sintomas de ansiedade e depressão. A DPOC, condição crônica, interferiu gravemente na qualidade de vida dos pacientes, afetando a saúde mental significativamente. Considerando que o envelhecimento, naturalmente, traz consigo outras condições crônicas que merecem cuidado e que o tabagismo é, na literatura, um importante agente causal da DPOC, medidas de prevenção e a atuação multiprofissional podem ser vitais.

Palavras chave: DPOC, idosos, qualidade de vida, ansiedade, depressão

Abstract

The Chronic Obstructive Pulmonary Disorder (COPD) is a common, preventable and treatable disease, characterized by persistent respiratory symptoms, usually caused by

significant exposure to particles or harmful gases. This series of cases evaluated the quality of life and anxious and depressive symptoms in elderly patients bearing COPD. The data was obtained using the World Health Organization Quality of Life - Brèf and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Results: 10 elder patients were evaluated, with the same gender proportion, diagnosed with COPD and average age of 73.1 years old. Among active smokers of the group (80%), all had a smoking load (product between the quantity of packs smoked in a day and the years the patient smoked) over 10 packs/year. On the Physical (80%), Psychical (60%) and Social (70%) the majority was below the cut-off point, and 50% presented symptoms compatible with anxiety and depression. The COPD, as a chronic condition, had severely interfered with the patient's quality of life, affecting their mental health meaningly. Considering that the aging, naturally, brings with itself other chronic conditions whom deserve care, and that smoking is, as already described, an important causing agent of COPD, prevention measures and multi-professional care might be vital.

Key-words: COPD, elderly, quality of life, anxiety, depression

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é doença de difícil definição. Por anos, diferentes associações procuraram formas claras e objetivas de defini-la, culminando, em 2006, na criação da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), esta que tem por objetivo discutir e trazer atualizações, anualmente, acerca do tema (Vestbo, 2014).

A definição apresentada pela GOLD é que DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar devido a alterações de vias aéreas (VA) ou alvéolos, usualmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos e influenciada por fatores do hospedeiro, incluindo desenvolvimento anormal do pulmão (Triest et al., 2019).

A DPOC ostenta 251 milhões de casos por ano, estando a maior parcela de doentes nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 90% das mortes (3,17 milhões, em 2015), provavelmente decorrentes da maior exposição à fumaça de tabaco, por fumo ativo ou passivo, poluição aérea, poeiras e fumaças relacionadas à ocupação (The World Health Organization, 2019).

A nível nacional, os tabagistas representam uma grande parcela da população, com uma cifra de 10,1% em 2017, sendo mais prevalente entre as faixas etárias de 35-64 anos (Souza, 2018). Existindo alta prevalência de tabagismo, principal fator de risco para DPOC, espera-se que sua incidência também seja alta. Configurando a terceira causa de morte entre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), a prevalência vem

demonstrando aumento e gera cada vez mais ônus aos cofres públicos (Cardoso et al., 2013).

A lesão das vias aéreas ocorre devido à exposição a agentes nocivos no cigarro - seu principal fator de risco - gases irritantes ou material particulado. Normalmente, ao parar a exposição, os processos de regeneração trariam o pulmão ao seu estado normal, no entanto, em alguns tabagistas, o dano continua a ser causado mesmo após a parada do fumo (Bourdin et al., 2009). Caracterizada por sinais e sintomas associados à obstrução crônica de VA, a sua base orgânica estaria na inflamação crônica dos brônquios e enfisema pulmonar - perda da elasticidade do tecido respiratório - normalmente simultâneos (Angélica et al., 2020).

A gravidade da obstrução do ar é determinada, principalmente, pelas mudanças nas pequenas vias aéreas e o enfisema só teria valor se já estiver presente na sua forma grave. Nessas vias aéreas, a principal forma de obstrução seria pelo acúmulo de células inflamatórias. (Ferreira, 2017). Tendo essa obstrução como manifestação clássica, e importante fator prognóstico, ela constitui a base do sistema de classificação por gravidade da GOLD (Triest et al., 2019).

Nas fases iniciais da doença, os pacientes costumam ser assintomáticos (Kasper et al., 2015), mas, conforme avança, três sintomas aparecem com frequência - dispneia (dificuldade de respirar), tosse crônica e produção de escarro - sendo o mais precoce, dispneia aos esforços. Além disso, pacientes com a doença em questão podem sofrer ganho ou perda de peso, limitação da atividade, incluindo sexual, síndrome metabólica e fraqueza musculoesquelética (Han, Dransfield, & Martinez, 2019).

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia define exacerbação como “um evento no curso natural da doença e é caracterizada por uma mudança na intensidade dos sintomas respiratórios do paciente, que vai além da variação normal diária, e que pode acarretar uma mudança na medicação regular do paciente”. Esta aparece como um grande fator de redução da qualidade de vida nos pacientes, já que, além do risco de morte, pode implicar em internamentos, aumento do dano pulmonar irreversível e subsequente piora da sua saúde física e mental (Lundgren et al., 2012).

A DPOC pode ser acompanhada por várias outras morbidades, como câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, osteoporose, disfunções cognitivas, ansiedade e depressão (Han et al., 2019). Os indicadores relacionados à saúde mental comumente contribuem para o agravamento da redução da qualidade de vida em pacientes com DPOC.

O transtorno depressivo maior (TDM) representa a principal comorbidade psiquiátrica da DPOC, estando associado a pior qualidade de vida, desempenho funcional, maior necessidade de hospitalizações e baixa adesão ao tratamento. Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) vem como segunda maior comorbidade, com uma prevalência de 10 a 16% dos pacientes com DPOC (M. T. S. Oliveira & Gonçalves, 2015).

O tratamento se resume ao alívio de sintomas utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo como fator mais importante a cessação do tabagismo. Inúmeros fármacos podem ser utilizados aliados às principais medidas não-farmacológicas para a tentativa da manutenção de certa qualidade de vida (Kasper et al., 2015).

Qualidade de vida é um conceito muito abrangente e que carrega consigo inúmeras definições, desde mais simples como a da própria Organização Mundial de Saúde (OMS) até mais complexas como as descritas por Farquhar (Farquhar, 1995; The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2014).

A piora da qualidade de vida nos pacientes portadores da DPOC é um advento extensamente observado na prática clínica e consideravelmente dependente da gravidade da doença (Ståhl et al., 2005) e da capacidade do paciente em gerir sua própria vida (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Selzler et al., 2020). Diversos estudos, utilizando diferentes formas de mensuração, demonstram queda importante desse indicador de saúde, sempre proporcional à gravidade da doença (Filipowski, Bozek, Kozłowska, Czyzewski, & Jarzab, 2014; Kerkoski, Borenstein, & Silva, 2010; Melo, 2017; F. B. de Oliveira, 2009).

Como no conceito moderno de saúde avaliam-se os diferentes aspectos da vida dos pacientes e não somente o aspecto físico, preconiza-se a integralidade de atendimento, especialmente nos pacientes com doenças crônicas com alto poder debilitante (Karimi & Brazier, 2016). Tendo em vista o alto potencial extenuante da DPOC espera-se que tenha também alto poder de redução de qualidade de vida.

Assim, o presente estudo se propôs a apresentar uma série de casos, acompanhados no serviço ambulatorial de pneumologia, com reduções importantes na qualidade de vida e impacto na saúde mental, influenciada, sobretudo, pela DPOC.

Metodologia

Trata-se de uma série de casos, desenvolvida entre dezembro de 2019 e outubro de 2020 no ambulatório de pneumologia de um hospital público em Pernambuco, Brasil. A população total do estudo foi composta por dez pacientes, todos com o diagnóstico de DPOC grave estabelecido e com idade igual ou superior aos 60 anos.

A coleta de dados foi realizada em 3 etapas. A primeira utilizou uma entrevista estruturada para os dados sociodemográficos e da história clínica elaborado pelos autores contendo informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, trabalho atual, renda e comorbidades.

A qualidade de vida foi avaliada através da *World Health Organization Quality of Life – Brèf* (WHOQOL-BREF). A escala é constituída por 26 perguntas e as respostas seguem a escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). As facetas do instrumento compõem 4 domínios, que são FÍSICO (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho), PSICOLÓGICO (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais), RELAÇÕES SOCIAIS (relações pessoais, suporte [apoio] social e atividade sexual) e MEIO AMBIENTE (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos).

Para avaliação da presença de sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), validada no Brasil por Botega (Botega et al., 1995), possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da

ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Nela, são adotados os pontos de cortes apontados por Zigmonde Snaith recomendados para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem sintomas ansiedade de 0 a 8, com sintomas de ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem sintomas de depressão de 0 a 8, com sintomas de depressão ≥ 9 .

Os dados foram digitados em um banco elaborado no programa Microsoft Excel versão 2016, através do qual foi realizada a codificação e limpeza dos dados. A digitação e revisão dos dados foram de responsabilidade dos pesquisadores da presente pesquisa. O programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

Este estudo foi aprovado pelo CEP do IMIP vide CAAE 22664319.7.0000.5201

Resultados

Participaram desta série de casos 10 idosos, com comorbidades, sintomas ansiosos ou depressivos e comprometimento grave da qualidade de vida, sobretudo física, decorrente da DPOC. Destes, 5 pacientes eram do sexo masculino (50%), pardos (40%), 6 eram casados (60%) e 8 possuíam filhos (80%). A faixa etária variou de 60 a 84 anos, com média de 73,1 anos, mediana de 75 e aproximadamente 6 (60%) tinham menos que 80 anos. A maioria (70%) considerou ter uma situação financeira má ou muito má e nenhum tinha atividade financeira remunerada.

Os pacientes apresentavam como comorbidades: dificuldade de locomoção (40%), transtornos mentais (30%), hipertensão (10%), câncer de laringe (10%), dor crônica (10%), tabagismo (20%), obesidade (10%) e diabetes mellitus (20%).

Em relação à carga tabágica dos fumantes ativos do grupo (80 %), todos tinham fumado mais de 10 maços/ano; 5 pacientes apresentaram um resultado igual ou superior a 40 maços/ano (62,5 %) e, destes, 66,6% cessaram o tabagismo há dez anos ou mais. Apenas 2 dos entrevistados (25%) ainda não tinha cessado o tabagismo.

Em relação ao tempo de diagnóstico de DPOC, 50% dos participantes foram diagnosticados há 15 anos ou mais e 40% há menos de 5 anos. Dos fumantes ativos, 50% cessaram o tabagismo antes do diagnóstico; 12,5% imediatamente após; 12,5% muito tempo após e 25% não cessou.

Entre os pacientes da pesquisa e o diagnóstico de transtornos mentais evidenciou que 40% possuía algum diagnóstico, e destes, 75% apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, 50% eram fumantes passivos e 75% tinham cessado o tabagismo há 15 anos ou mais.

Quanto ao resultado nos questionários, no WHOQOL-BREF a maioria (90%) pontuou abaixo do ponto de corte utilizado (60) em pelo menos um dos domínios. No domínio Físico, 8 pacientes (80%) pontuaram abaixo do ponto de corte, no Psíquico 6 (60%), e no Social 7 (70 %), enquanto no Ambiental apenas 4 pacientes (40%) pontuaram abaixo.

Discussão

DPOC é uma doença de grande prevalência no Brasil, estritamente relacionada ao tabagismo, que também é um fator de risco de alta prevalência e incidência em nosso meio. Com alto poder debilitante, é de se esperar que os pacientes que a possuem percam algo no tocante à qualidade de vida (Cardoso et al., 2013; Han et al., 2019; Souza, 2018; The World Health Organization, 2019).

No presente relato, os pacientes apresentavam idades entre 60 a 84 anos, cinco do sexo feminino e cinco do masculino, todos diagnosticados com DPOC há, pelo menos, 1 ano. Cinco haviam cessado o tabagismo, dois fumavam passivamente e dois permaneciam tabagistas. Quatro tinham diagnóstico de transtornos mentais, sendo três com ansiedade e depressão e um alcoolista crônico.

Sabe-se que quanto maior a carga tabágica – quantidade de maços o paciente fumou em relação ao tempo em que foi tabagista, em anos – maior a gravidade da DPOC (Cardoso et al., 2013), acarretando em sintomas mais graves, tendo destaque a dispneia, tornando difícil a realização de atividades cotidianas. Na população pesquisada neste estudo, as cargas tabágicas variaram de 12,5 maços/ano a 60 maços/ano, sendo a mediana 40 maços/ano. Dois eram fumantes passivos, o que impossibilita o cálculo preciso de sua carga tabágica.

Em estudo, realizado no Rio de Janeiro, com 69 pacientes, utilizando o questionário do Hospital *Saint George Respiratory Questionnaire* (SGRQ), foi encontrada queda importante da qualidade de vida naqueles que apresentavam a doença em sua forma

grave, em relação aos que apresentavam a forma leve; resultado que indica a associação entre a afecção e a queda na qualidade de vida (F. B. de Oliveira, 2009).

Ao se considerar o tempo de cessação do tabagismo e a carga tabágica, que se relacionam ao controle e gravidade da doença, os pacientes que têm o maior tempo de parada apresentam, em sua maioria, melhores resultados no WHOQOL-BREF. O que segue as linhas do que foi demonstrado por Flávio Oliveira et al. (F. B. de Oliveira, 2009). No presente estudo não foi verificada uma relação entre o tempo de diagnóstico de DPOC e a queda da qualidade de vida demonstrada, não obstante, os escores permanecem reduzidos, provavelmente decorrente das limitações ocasionadas pela DPOC e pela interação desta com as comorbidades apresentadas pelos pacientes, por exemplo, câncer de laringe, hipertensão arterial sistêmica, limitações do movimento e transtornos mentais.

Em coorte realizada com 204 pacientes no Hospital Pulmonar de Shanghai, a cessação do tabagismo costuma causar melhora da taxa de mortalidade, de sintomas e da progressão do dano pulmonar. O que foi observado na população estudada neste trabalho, já que, metade dos pacientes que não haviam cessado o tabagismo apresentava resultados alterados em todos os domínios, sobretudo no físico, onde demonstrara o pior resultado entre todos os pacientes coletados, acumulando 6 pontos no total (Bai et al., 2017).

No entanto, apesar da diferença significativa de mortalidade entre os que continuavam tabagistas e os que cessaram, a maior parte das outras características clínicas evoluiu apenas com melhora discreta entre os grupos, exceto os que nunca fumaram, permanecendo o contínuo agravamento da doença, ainda que em velocidade reduzida, e consequente redução de qualidade de vida, ressaltando a necessidade de um refinado controle da doença e dos fatores de risco para exacerbações (Bai et al., 2017).

A exacerbação da DPOC, é causadora de grande sofrimento físico e psíquico para os doentes. Em média os pacientes costumam ter entre 1,5 – 1,9 e 2,4 exacerbações por ano e são mais frequentes e graves em pacientes com histórico de exacerbações, internamentos e necessidade de ventilação mecânica anteriores, comorbidades, tabagistas e que se encontram em tratamento medicamentoso para DPOC (Calverley et al., 2017).

A maioria dos participantes desta série de casos aqui apresentada demonstrava comorbidades físicas e psíquicas, históricos de exacerbações anteriores e histórico de tabagismo, sendo dois ainda ativos. A pontuação abaixo do ponto de corte foi mais expressiva naqueles que detinham frágil controle dos fatores de risco, sobretudo nos que apresentavam comorbidades físicas, como limitações do movimento, câncer e tabagismo ativo. Dados que corroboram com a visão apresentada nos trabalhos supracitados.

Em outra pesquisa, realizada em Santa Catarina, com 24 pacientes idosos, utilizando o WHOQOL-100 como questionário, foi demonstrado que os domínios físico e nível de independência eram os mais afetados no que concerne ao decréscimo na qualidade de vida. Tendo como elementos mais influentes dor, energia, sono, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicações ou tratamento e capacidade para o trabalho (Kerkoski et al., 2010).

No grupo de pacientes da série de casos aqui apresentada houve reduções importantes nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, sendo os mais afetados o físico, com resultados entre 6 e 81, com uma mediana de 37,5, e o psíquico, com resultados entre 25 e 94, com uma mediana e moda de 56. Ainda, os pacientes desta pesquisa apresentaram alterações, também, nos domínios social, com resultados entre 44 e 100, com uma mediana de 53 e moda de 44, e ambiental, com resultados entre 44 e 81, com

mediana de 63. Em todos os domínios, exceto o ambiental, pelo menos metade dos pacientes encontravam-se abaixo do ponto de corte escolhido.

Não existe atualmente consenso quanto ao ponto de corte a ser utilizado no WHOQOL-BREF, estes variam a depender da idade, população e domínio estudado. Diferentes autores tentam estabelecer um valor ótimo para uso, mas aparentemente sem grandes sucessos. Nesta presente pesquisa foi utilizado 60 como ponto de corte do WHOQOL-BREF, tendo em vista uma melhor forma de avaliação utilizando um parâmetro fixo com bons resultados para a população escolhida. O valor supracitado foi descrito como um parâmetro com excelente sensibilidade (95,0%) e valor preditivo negativo para rastreio de idosos com queda na qualidade de vida (Silva, Soares, Santos, & Silva, 2014).

A DPOC apresenta, ainda, de forma extensivamente demonstrada na literatura, interações importantes com outras doenças, tanto de ordem física, como doença arterial coronariana (Kerkoski et al., 2010; F. B. de Oliveira, 2009), dor crônica (Caroline, Meereis, & Marcos, 2013), asma (Carvalho et al., 2007), hipertensão, osteoartrite e incontinência urinária (Duarte & Vasconcelos Rego, 2007), quanto de ordem psíquica, como ansiedade e depressão (M. T. S. Oliveira & Gonçalves, 2015).

Na população aqui estudada, os resultados obtidos no HADS foram entre 0 e 19 para a categoria ansiedade, com uma mediana de 7,5 e moda de 10, e 2 a 13 para a categoria depressão, com uma mediana de 8 e moda de 10. Interpreta-se que 5 pacientes apresentavam sintomas de ansiedade e de depressão e que todos os pacientes que possuíam alterações as demonstravam em ambas as categorias. Os doentes que não apresentaram alterações na escala não tinham diagnóstico prévio. Estes resultados estão

dentro do esperado e apresentaram boa sensibilidade, apesar da baixa acurácia em pacientes com DPOC (Nowak, Sievi, Schwarz, Clarenbach, & Kohler, 2014).

Conclusão

Nos participantes do estudo houve redução considerável da qualidade de vida nos domínios Físico, Psíquico e Social e redução discreta no domínio Ambiental. Metade apresentou sintomas de ansiedade e depressão segundo a escala HADS.

Os pacientes aqui observados apresentavam uma queda considerável dos indicadores de qualidade de vida, provavelmente decorrente da DPOC. Esta queda apresentou-se presente em estudos com uma maior quantidade de participantes e realizados em outros países. Porém, não podemos deixar de destacar a potencial influência da baixa renda e outros aspectos socioeconômicos que merecem ser melhor explorados em outros estudos. Observa-se também a manutenção do padrão de comorbidades psiquiátricas comuns à DPOC dentro dessa população, que, mesmo pequena teve 40% dos participantes relatando algum diagnóstico de transtorno mental.

A queda da qualidade de vida foi maior naqueles pacientes que tinham o pior controle de fatores de risco para aumento da gravidade da doença e frequência de exacerbações.

Os resultados evidenciam, portanto, a importância do atendimento multidisciplinar e o desenvolvimento de estratégias de manejo da depressão nos pacientes com DPOC que apresentam impacto integral na sua saúde.

Referências

- Angélica, M., Ferreira, P., Moreira, L. B., Krug, B. C., Beatriz, C., Gonçalves, T., ... Schneiders, R. E. (2020). Consultores: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença pulmonar obstrutiva crônica 1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA. Retrieved from <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-pulmonar-obs-cronica-livro-2013.pdf>
- Bai, J. W., Chen, X. X., Liu, S., Yu, L., & Xu, J. F. (2017). Smoking cessation affects the natural history of COPD. *International Journal of COPD*, *12*, 3323–3328. <https://doi.org/10.2147/COPD.S150243>
- Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., & Dulohery, M. M. (2016). Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Education and Counseling*, *99*(4), 617–623. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.031>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Jr, C. G., & Pereira, W. A. B. (1995). Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Revista de Saúde Pública*, *29*(5), 355–363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Bourdin, A., Burgel, P.-R., Chanez, P., Garcia, G., Perez, T., & Roche, N. (2009). Recent advances in COPD: pathophysiology, respiratory physiology and clinical aspects, including comorbidities. *European Respiratory Review*. <https://doi.org/10.1183/09059180.00005509>
- Calverley, P. M. A., Tetzlaff, K., Dusser, D., Wise, R. A., Mueller, A., Metzdorf, N., & Anzueto,

- A. (2017). Determinants of exacerbation risk in patients with COPD in the TIOSPIR study. *International Journal of COPD*, 12, 3391–3405. <https://doi.org/10.2147/COPD.S145814>
- Cardoso, A. P., Cesar De Oliveira, P., Depressão, D. E., Zamboni, M., Radiológico Da Dpoc, D., Ambulatorial Da Dpoc, A., & Lundgren, F. L. C. (2013). Editorial Avaliação do Risco Cirúrgico em Pacientes com DPOC Evaluation of Surgical Risk in Patients with COPD Câncer do Pulmão e DPOC Lung Cancer in COPD DPOC: Desafios da Abordagem Medicamentosa na Doença Estável COPD: Challenges in the Pharma. Retrieved from www.sopterj.com.br
- Caroline, E., Meereis, W., & Marcos, A. (2013). Análise comparativa entre idosos ex- tabagistas institucionalizados e não institucionalizados quanto à função respiratória , níveis de ansiedade , de depressão e de qualidade de vida, *16(4)*, 65–77.
- Carvalho, N. S., Robles Ribeiro, P., Ribeiro, M., Do Patrocínio, M., Nunes, T., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Artigo Original Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão* Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol*, 33(1), 1–6. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/a04v33n1>
- Duarte, M. B., & Vasconcelos Rego, M. A. (2007). Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. *Cadernos De Saude Publica*, 23(3), 691–700. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300027>
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life : a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(Denham 1983), 502–508.
- Ferreira, R. L. R. M. G. (2017). Relação entre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Depressão

no idoso.

- Filipowski, M., Bozek, A., Kozłowska, R., Czyżewski, D., & Jarzab, J. (2014). The influence of hospitalizations due to exacerbations or spontaneous pneumothoraxes on the quality of life, mental function and symptoms of depression and anxiety in patients with COPD or asthma. *Journal of Asthma*, 51(3), 294–298. <https://doi.org/10.3109/02770903.2013.862543>
- Han, M. K., Dransfield, M. T., & Martinez, F. J. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging - UpToDate. *UpToDate*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definition-clinical-manifestations-diagnosis-and-staging#H20447432>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna. Harrison Principios de Medicina Interna*.
- Kerkoski, E., Borenstein, M. S., & Silva, D. M. G. V. da. (2010). Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. *Escola Anna Nery*, 14(4), 825–832. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000400024>
- Lundgren, F., Maranhão, B., Jardim, J., Fernandes, F., Mattos, W., Teixeira, P., ... R, S. (2012). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Exacerbação. *Amb*, 1–32.
- Melo, M. da C. B. de. (2017). Impactos no Doente e no Cuidador familiar Uma abordagem sociológica, 100. Retrieved from [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/15016/1/DPOC_Dissertação de](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/15016/1/DPOC_Dissertação%20de)

Mestrado_PósDefesa_Fev2018.pdf

- Nowak, C., Sievi, N., Schwarz, E., Clarenbach, C., & Kohler, M. (2014). Depression in chronic obstructive pulmonary disease: Predictors and accuracy of the hospital anxiety and depression scale (HADS). *European Respiratory Journal*, *44*(Suppl 58), P4745. Retrieved from http://erj.ersjournals.com/content/44/Suppl_58/P47e45.abstract
- Oliveira, F. B. de. (2009). Efeitos do grau de DPOC sobre a qualidade de vida de idosos. *Fisioterapia Em Movimento*, *22*(1), 87–93.
- Oliveira, M. T. S., & Gonçalves, M. (2015). Doença pulmonar obstrutiva crônica e sintomas psiquiátricos: uma revisão de literatura. *Psychiatry On-Line Brazil*, *20*. Retrieved from <https://www.polbr.med.br/ano15/prat0315.php>
- Selzler, A. M., Habash, R., Robson, L., Lenton, E., Goldstein, R., & Brooks, D. (2020). Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *103*(4), 682–692. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.003>
- Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G., & Silva, L. B. (2014). Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de Saude Publica*, *48*(3), 390–397. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>
- Souza, C. A. M. R. M. C. M. de F. M. de. (2018). *Vigitel Brasil 2017 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde* (Vol. 10). <https://doi.org/10.1166/jnn.2010.2952>
- Ståhl, E., Lindberg, A., Jansson, S. A., Rönmark, E., Svensson, K., Andersson, F., ... Lundbäck, B. (2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and*

Quality of Life Outcomes, 3, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-56>

The World Health Organization. (2019). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. (2014). WHO | WHOQOL:

Measuring Quality of Life. *Health Statistics and Information Systems (WHO)*. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Triest, F. J. J., Studnicka, M., Franssen, F. M. E., Vollmer, W. M., Lamprecht, B., Wouters, E. F.

M., ... Vanfleteren, L. E. G. W. (2019). Airflow Obstruction and Cardio-metabolic

Comorbidities. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16(2), 109–117.

<https://doi.org/10.1080/15412555.2019.1614550>

Vestbo, J. (2014). COPD: Definition and phenotypes. *Clinics in Chest Medicine*, 35(1), 1–6.

<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2013.10.010>