

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

LUANA CARLA ZAMBON

**PERFIL FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DE INDIVDUOS COM DPOC DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19.**

**ERECHIM – RS
2020**

LUANA CARLA ZAMBON

**PERFIL FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DE INDIVDUOS COM DPOC DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19.**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde
da Universidade Regional Integrada -
Campus de Erechim.**

**Orientador (a): Prof^a. Dr^a Ana Lucia
Bernardo de Carvalho Morsch**

ERECHIM – RS

2020

LUANA CARLA ZAMBON

**PERFIL FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DE INDIVDUOS COM DPOC DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde
da Universidade Regional Integrada -
Campus de Erechim.**

Erechim, 11 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

**Prof.a. Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch
URI ERECHIM**

**Prof.a. Carla Malaguti
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)**

**Prof.a. Jacqueline Raquel Bianchi Enricone
URI ERECHIM**

Dedico este trabalho a meus queridos pais, Eliane Salete Bender Zambon e Volmir Jose Zambon, que são a minha base para tudo, me deram apoio, amor e todas as condições necessárias para o meu crescimento, desenvolvimento, amadurecimento!

Todas as minhas conquistas devo a vocês. Obrigada por fazerem dos meus sonhos, os seus.

Vocês são o meu presente de Deus e minha inspiração na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida, pela saúde, pela força diária para enfrentar e superar os desafios e por alimentar diariamente o meu desejo de alcançar os meus objetivos.

Aos meus pais, pela valorização e incentivo diário aos estudos, pelo apoio ao meu desenvolvimento pessoal e pelo Amor Incondicional sempre. Amo vocês!

Aos meus avôs, Mário e Élio (*in memoriam*), que tenho a certeza que, de onde estiverem, estão olhando por mim e abençoando minhas escolhas.

À minha família e amigos, por todas as palavras de apoio.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Lucia pela orientação, disponibilidade, atenção, dedicação, paciência, pelo rigor científico, pelos ensinamentos e por ter me dado a oportunidade de realizar este trabalho!

Ao Docente do curso de Fisioterapia da URI Erechim, que sempre transmitiram seus saberes com muita excelência.

À Prof Louisiana, que auxiliou de forma muito expressiva na realização da estatística deste trabalho, sem você tudo seria mais difícil.

À banca avaliadora deste trabalho, Profa. Carla e Profa. Jacqueline, por aceitarem o convite e dedicarem seu tempo para avaliar e contribuir com esta pesquisa.

Aos participantes voluntários desta pesquisa e administradores responsáveis dos grupos, sem vocês este trabalho não teria sido possível. Agradeço a confiança, a disponibilidade e a disposição em compartilhar um pouco de suas vidas, a fim de auxiliar na compreensão da doença neste momento incerto e ajudar outras pessoas futuramente.

RESUMO

O vírus SARS-COV2 responsável pela pandemia mundial de COVID-19, identificado na China no final de 2019, tem um alto potencial de contágio e sua incidência aumentou exponencialmente nos últimos meses. Devido ao isolamento social, o estilo de vida da população em geral se alterou, impactando principalmente pessoas idosas e portadores de doenças crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), os quais eram incentivados a manter a prática de exercício físico como forma de tratamento coadjuvante ao medicamentoso. A redução da prática de atividades físicas durante a pandemia da COVID-19 pode contribuir para o aumento de transtornos psicológicos como ansiedade e depressão levando a um aumento dos sintomas respiratórios desencadeando períodos de exacerbação, comprometendo a capacidade funcional, além do risco de internação hospitalar. Esta pesquisa buscou verificar a saúde e o estilo de vida de indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quali-quantitativa, aplicada por meio de um questionário *on-line* estruturado, autoaplicável, criado pelas pesquisadoras. A população foi composta por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico autorreferido de DPOC, participantes de grupos da rede social Facebook®. A amostra foi composta de 102 questionários on-line. Sobre o perfil sociodemográfico dos respondentes, a maioria era do sexo feminino, com média de idade de 58 anos, com classificação de DPOC grave, entre o 1° e 5° ano de diagnóstico, residentes no Sudeste do Brasil. Como conclusão, observou-se prejuízo no perfil físico e social dos indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. DPOC. Condições de saúde. Estilo de vida.

ABSTRACT

The SARS-COV2 virus responsible for the global COVID-19 pandemic, identified in China in late 2019, has a high potential for contagion and its incidence has increased exponentially in recent months. Due to social isolation, the lifestyle of the population in general changed, mainly impacting elderly people and people with chronic diseases, such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), who were encouraged to maintain the practice of physical exercise as a way of adjunctive treatment to medication. The reduction in the practice of physical activities during the COVID-19 pandemic may contribute to the increase in psychological disorders such as anxiety and depression leading to an increase in respiratory symptoms, triggering periods of exacerbation, compromising functional capacity, in addition to the risk of hospitalization. This research sought to verify the health and lifestyle of individuals with COPD during the COVID-19 pandemic. It is a descriptive, qualitative and quantitative research, applied through a structured, self-administered online questionnaire, created by the researchers. The population was composed of people of both sexes, with self-reported COPD diagnosis, participating in groups on the Facebook® social network. The sample consisted of 102 online questionnaires. Regarding the sociodemographic profile of the respondents, most were female, with a mean age of 58 years, with a severe COPD classification, between the 1st and 5th year of diagnosis, living in Southeast Brazil. As a conclusion, damage was observed in the physical and social profile of individuals with COPD during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19. COPD. Health conditions. Lifestyle.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Parte I: Perfil Sociodemográfico (1.1 – 1.14).....	21
Quadro 2 – Parte II – Aspecto Físico (2.1 – 2.7).....	23
Quadro 3 – Parte III: Aspectos emocionais e psicológicos. (3.1 – 3.12).....	24
Quadro 4 – Parte IV: Aspectos Sociais (4.1 – 4.5).....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.....	29
Tabela 2 – Comorbidades da amostra estudada.....	32
Tabela 3 – Aspecto Físico: distribuição de frequências.....	33
Tabela 4 – Aspecto Psicológico/emocional: distribuição de frequências.....	34
Tabela 5 – Aspecto social: distribuição de frequências.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).....	14
2.2 Epidemiologia da DPOC.....	15
2.3 Exacerbações da DPOC.....	16
2.4 DPOC e COVID-19	17
3. METODOLOGIA.....	20
3.1 Caracterização Geral do Estudo.....	20
3.2 População e Amostra.....	20
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	20
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	21
3.3 Procedimentos.....	21
3.4 Análise dos Dados.....	28
3.5 Considerações Éticas.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES.....	50

1. INTRODUÇÃO

Para interromper a rápida disseminação da COVID-19 a melhor opção até o momento é o isolamento social. Devido a essa prática, efeitos colaterais como a diminuição de atividades e exercícios físicos e perda da liberdade, implicam em outras dimensões da saúde desses pacientes isolados, assim como a de indivíduos pertencentes ao grupo de risco. Isso gera uma repentina mudança no estilo de vida e comportamento da população. Nestes casos, hábitos como atividades físicas e exercícios regulares, adotados para manutenção da saúde e neutralização das consequências negativas de doenças sistêmicas como a diabetes e hipertensão arterial, além de doenças crônicas cardíacas e respiratórias, ficam prejudicados (OZEMEK et al., 2018; FLETCHER et al., 2018; OZEMEK; LAVIE; ROGNMO, 2019).

Devido a importância da prática de atividades e exercícios físicos neste cenário de pandemia, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu o documento “Mantenha-se fisicamente ativo durante a quarentena - *Stay physically active during self-quarantine*”, com o objetivo de orientar pessoas saudáveis em quarentena sem sintomas ou diagnóstico de doença respiratória agudizada, sobre a importância de se manter ativo neste momento (WHO, 2020a). Segundo a WHO (2019), a prática de atividade física é um fator protetor para sintomas depressivos em todas as idades e sua prática regular pode reduzir o risco de depressão em até 45%. Recomenda-se 60 minutos de atividade física por semana para prevenir 12% de novos casos de depressão. A combinação do tratamento medicamentoso (antidepressivos) com a prática regular de atividade física se mostrou benéfica para indivíduos com sintomas graves de depressão ou que são resistentes a terapias isoladas.

A DPOC, definida como uma condição patológica que se caracteriza pela presença de limitação do fluxo aéreo, destruição do parênquima pulmonar e/ou excesso de produção de secreção, apresenta-se em dois fenótipos, bronquite crônica e enfisema ocasionando uma piora da qualidade de vida expressiva. (DWEIK, STOLLER, 2009).

Por se tratar de uma doença crônica, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) está frequentemente associada a múltiplas comorbidades, como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e depressão, sendo a última muito frequente e, ainda, muito subdiagnosticada (ALVES et al., 2019).

Os pacientes com DPOC apresentam uma maior prevalência de incapacidade, quando comparados com a população em geral. A idade acima de 60 anos, presença de transtornos psicológicos como ansiedade ou depressão e um estado de saúde comprometido são alguns fatores associados a piores escores de incapacidade entre os indivíduos com DPOC (RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ et al., 2011).

O aumento da dispneia, associada ou não à tosse e/ou expectoração purulenta caracterizam a exacerbação da DPOC, o que exige desde mudanças na medicação utilizada habitualmente até necessidade de internação. As exacerbações são comuns em pacientes com DPOC, ocorrendo em média pelo menos uma vez ao ano, podendo chegar a duas no mesmo período. Ainda, estão relacionadas com o declínio da qualidade de vida, na diminuição da função pulmonar, no aumento do risco da mortalidade e com os altos custos econômicos e sociais (FERRARI et al., 2011; LUNDGREN et al., 2012). A dispneia, sintoma comum em pacientes DPOC, promove extrema ansiedade e medo nesses pacientes. As limitações físicas e os sintomas pulmonares podem contribuir para seu afastamento social, gerando um sofrimento emocional e prejuízo na qualidade de vida (SCHROEDL et al., 2014).

A ansiedade e depressão podem aumentar em 64,3% o risco de exacerbações, implicando em uma menor qualidade de vida para o paciente, aumentando o número de atendimentos na emergência, o número de internações e o tempo de permanência desses pacientes no hospital, gerando um alto custo para o sistema de saúde e levando ao risco de mortalidade desses pacientes (UNDERNER, 2018). No estudo de Hanania et al. (2011) a prevalência de depressão foi observada em 26% dos indivíduos com DPOC, em comparação com 12% dos fumantes sem DPOC e 7% dos não fumantes.

Altos níveis de ansiedade e depressão estão associados ao aumento da fadiga, dispneia e frequência de sintomas pulmonares específicos da DPOC (produção de escarro, sibilo, tosse, aperto no peito). Porém, ainda não é possível descrever o quanto essas comorbidades exacerbam os sintomas da DPOC, pois ambas podem ser tanto a causa como a consequência de sintomas pulmonares intensos. Além disso, pacientes com a capacidade funcional comprometida, tendem a apresentar uma relação mais forte entre o aumento da ansiedade e sintomas respiratórios exacerbados (DOYLE et al., 2013).

O programa de reabilitação pulmonar é indicado como parte do tratamento de outras condições além da DPOC, como a baixa tolerância ao exercício, perda de massa muscular e de peso, alteração no estado de humor associada principalmente com a depressão, além do isolamento social devido à redução da capacidade funcional nas atividades de vida diária. Portanto, são objetivos importantes da reabilitação pulmonar: a redução dos sintomas respiratórios, a melhora da qualidade de vida, o aumento da participação física e emocional nas atividades do cotidiano desses indivíduos (RABE et al, 2007).

Em um estudo de Keating, Lee e Holland (2011) observaram que fumantes ativos e pacientes deprimidos apresentam um risco maior de evasão dos programas de Reabilitação Pulmonar. Sinais de depressão e ansiedade, muito comuns nestes pacientes, podem gerar um aumento dos sintomas respiratórios ocasionando períodos de exacerbação e hospitalização e conseqüentemente uma redução importante da capacidade funcional. Este é um ciclo vicioso, pois as limitações físicas geradas pela inatividade acarretam um aumento dos sintomas emocionais, além de promover uma redução da participação social, o que agrava mais ainda os quadros depressivos.

Levando em consideração a literatura apresentada até aqui, pode-se entender que o aumento da depressão e ansiedade nos pacientes com DPOC pode levar a uma piora dos sintomas respiratórios, o que impacta diretamente na redução das atividades físicas e na capacidade funcional desses indivíduos, o que conseqüentemente o deixa mais propenso a exacerbações dos sintomas de base, gerando um ciclo vicioso entre os sintomas psicológicos e a internação por descompensação da doença.

Torna-se importante, dado o momento atual de pandemia da COVID-19, conhecer e identificar possíveis prejuízos no estado de saúde e qualidade de vida dos indivíduos com DPOC, diante do cenário de isolamento social e contraindicação de reabilitação pulmonar presencial devido ao risco de contaminação pelo vírus. Portanto, o objetivo principal do presente estudo é verificar a saúde e o estilo de vida de indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19, além de identificar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, verificar o perfil de atividade física e observar o perfil emocional e social de indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição patológica progressiva do sistema respiratório que pode ser prevenida e tratada, não sendo totalmente reversível. Caracteriza-se por limitação do fluxo aéreo devido a resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas nocivas ou gases, sendo o tabagismo a principal causa desta patologia (VOGELMEIER et al., 2017).

A DPOC pode se apresentar sob duas formas diferentes de fenótipos, como bronquite crônica e enfisema pulmonar ou de forma associada. Na bronquite crônica, o diagnóstico clínico leva em consideração a tosse e presença de secreções brônquicas suficientes para manter a expectoração por um período mínimo de 3 meses ao ano, em 2 anos seguidos. O enfisema pulmonar se caracteriza pela dilatação e destruição do parênquima pulmonar a nível de bronquíolos respiratórios (TARANTINO, 2008).

Os fatores de risco para a DPOC podem ser intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo. A interação dos fatores genéticos com o ambiente, tornam o indivíduo mais suscetível a desenvolver a doença. É raro o aparecimento da DPOC em indivíduos não fumantes, sendo esta, uma condição hereditária, caracterizada pela deficiência da alfa¹-antitripsina (SILVA, 2012).

Podem estar presentes manifestações clínicas como dispneia, baixa tolerância a exercícios físicos, tosse crônica com ou sem presença de secreção e sibilos por insuficiência respiratória. As exacerbações agudas desses sintomas e/ou a presença de outras doenças associadas contribuem para o agravamento da DPOC (QASEEM, 2011). Um dos exames mais utilizados é a espirometria, que é um teste que mede o volume de ar inspirado e expirado e os fluxos respiratórios, sendo utilizada especialmente na análise dos dados derivados da manobra expiratória forçada. Dentre os parâmetros avaliados destacam-se: a capacidade vital forçada (CVF), que representa o volume máximo de ar expirado com esforço máximo, a partir da capacidade inspiratória máxima (CIM); o volume de expiração forçada (VEF₁), que representa o volume de ar expirado no primeiro segundo da manobra de CVF; o fluxo expiratório forçado (FEF_{25-75%}) representa a média deste fluxo na faixa intermediária da CVF, ou seja, entre 25

e 75% da curva de CVF; a relação VEF_1/CVF , que é a razão entre volume expiratório forçado no primeiro segundo e capacidade vital forçada, sendo um importante parâmetro para o diagnóstico de um distúrbio obstrutivo; o pico de fluxo expiratório (PFE) é um parâmetro esforço-dependente que reflete a força expiratória pela manobra de CVF (TRINDADE; SOUSA; ALBUQUERQUE, 2015).

De acordo com a Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (do inglês, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, GOLD, 2019), o estadiamento da doença pode ser um norte para seu tratamento. Segundo a classificação de GOLD, que representa a limitação do fluxo aéreo através do VEF_1 pós-broncodilatador, sendo este valor mensurado na espirometria, a gravidade da DPOC pode ser leve ($VEF_1 \geq 80\%$ do previsto), moderada ($50\% \leq VEF_1 < 80\%$ do previsto), grave ($30\% \leq VEF_1 < 50\%$ do previsto) ou muito grave ($VEF_1 < 30\%$ do previsto), sendo a VEF_1/CVF sempre $< 0,70$, por se tratar de um distúrbio obstrutivo. Segundo Cardoso, Aguiar e Araújo (2017), o tratamento não farmacológico para pacientes estáveis, engloba sempre a cessação do tabagismo e, quando prescrito, a oxigenoterapia e reabilitação pulmonar. Já o tratamento farmacológico, refere-se ao uso de broncodilatadores e/ou corticosteroides inalados, ou ainda inibidores da fosfodiesterase e macrolídeos.

2.2 Epidemiologia da DPOC

Segundo GOLD (2020), com base no BOLD e outros estudos epidemiológicos em larga escala, estima-se que o número de casos de DPOC em 2010 foi de 384 milhões, com uma prevalência mundial de 11,7%. Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) (2018), a DPOC afeta aproximadamente 6 milhões de brasileiros, e apenas 18% deles mantêm o tratamento.

No Brasil, entre os anos 2000 e 2006, a DPOC ocupava o quarto lugar no ranking de principais causas de morte. Em 2007, caiu para a quinta principal causa de morte, permanecendo até 2014, e então se tornou novamente a quarta principal causa de morte de 2015 (GONÇALVES-MACEDO et al., 2019). Atualmente é a terceira causa de morte precoce no mundo (WHO, 2020b).

Sabe-se que o aumento dos casos da DPOC está associado ao uso passivo ou ativo do tabaco por longos períodos, o qual vem ocorrendo cada vez mais cedo, sendo

está uma causa totalmente evitável para o desenvolvimento da DPOC. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), 80% dos fumantes iniciaram o uso do tabaco antes dos 18 anos.

De acordo com a OMS, em 2016, 1.1 bilhão de pessoas com 15 anos ou mais faziam uso do tabaco, fator de risco para o desenvolvimento de câncer e doenças respiratórias crônicas, sendo estas responsáveis por 9% (3.8 milhões) de todas as mortes por doenças não-contagiosas do ano (WHO, 2018).

Com o aumento do tabagismo, principalmente nos países em desenvolvimento e com o envelhecimento da população nos países de alta renda, estima-se que a prevalência da DPOC aumente nos próximos 40 anos e que, em 2060, haverá mais de 5,4 milhões de mortes anualmente por DPOC e condições relacionadas (GOLD, 2020).

2.3 Exacerbações da DPOC

Em alguns momentos da vida de um paciente com DPOC, ocorre a piora do seu quadro clínico e o agravo da doença. A exacerbação da DPOC é definida como agudização dos sintomas respiratórios considerados normais para rotina diária do indivíduo, principalmente da dispneia e da tosse, além do aumento da expectoração e da purulência do escarro (WEDZICHA et al., 2017).

Uma das principais causas para a exacerbação da DPOC é a infecção do trato respiratório inferior, (CONNORS et al., 1996; CHOI et al., 2013) sendo o *Streptococcus pneumoniae* o agente infeccioso mais comum nesses casos (CHOI et al., 2013). A infecção bacteriana certamente é uma causa importante das exacerbações da DPOC, porém não é a única. As infecções respiratórias por vírus são responsáveis por 33% dos episódios de exacerbação. Na minoria significativa dos casos (20-35%) o fator causador não é identificado (LOSCALZO, 2014)

Para Bafadhel et al. (2018), alguns fatores são preditores independentes para a exacerbação da doença como exacerbações preexistentes, sexo, tipo de tratamento e função pulmonar. Além destes, Make (2015) destaca que quanto maior a quantidade de medicamentos diários utilizados para a manutenção e alívio dos sintomas respiratórios, e quanto mais exacerbações o paciente apresentou no período de um ano, maior o risco para uma nova exacerbação.

Segundo Burge e Wedzicha (2003), atitudes para prevenção de exacerbações são negligenciadas por muitos pacientes, como a vacinação contra a *Influenza*, a reabilitação pulmonar, a inalação correta das medicações e a cessação do tabagismo. A exacerbação da DPOC pode ser classificada como leve, quando há o controle dos sintomas apenas com o uso de broncodilatadores de curta ação; moderada, quando há necessidade de adicionar antibioticoterapia ao broncodilatador de curta ação e/ou associar o uso de corticosteroides orais ao tratamento; ou grave, quando há a necessidade de hospitalização ou a busca por emergência (GOLD, 2019). Nos casos de exacerbação grave, a hospitalização aumenta os riscos de mortalidade pela doença. Em um estudo de Chang et al. (2010), 4,6% dos pacientes morreram ainda no hospital e 8,4% deles, 30 dias após a hospitalização.

Sobre o manejo da exacerbação da DPOC, a ventilação não invasiva é a forma mais adequada de ventilação nos pacientes que apresentam insuficiência respiratória, pois melhora a troca gasosa, reduz o esforço respiratório e a necessidade de intubação, diminuindo, conseqüentemente, o tempo de internação e o risco de morte desses pacientes (GOLD, 2019).

As três classes de medicamentos recomendadas por GOLD (2019) para a DPOC exacerbada são os broncodilatadores – uso de um jato por hora, por 2 ou 3 doses e após, a cada 2-4 horas, dependendo da resposta do paciente; os corticosteroides, pois promovem uma recuperação mais rápida, melhora da função pulmonar, além de se obter melhora na oxigenação, reduzindo o risco de novas exacerbações, falhas no tratamento e tempo de hospitalização; e ainda, os antibióticos, utilizados quando existem sinais de infecção bacteriana e aumento da purulência do escarro.

2.4 DPOC e COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, a Representação da OMS na China foi informada sobre casos de pneumonia com etiologia desconhecida detectados na Cidade de Wuhan, Província de Hubei, China. Entre 31 de dezembro de 2019 e 3 de janeiro de 2020, 44 casos dessa pneumonia, até então de causa desconhecida, foram reportados a OMS por autoridades chinesas. No dia 07 de janeiro de 2020, o agente

etiológico foi identificado, se tratando de um novo tipo de Coronavírus, o SARS-CoV2 (WHO, 2020c).

No dia 30 de janeiro de 2020, OMS declarou que o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) representava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o nível mais alto de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2020d). Em 11 de março de 2020, a OMS caracteriza a COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020e).

No mundo, até o dia 02 de junho de 2020, 6.194.533 casos da COVID-19 foram confirmados e 376.320 mortes foram causadas pelo vírus. Nas Américas, 2.905.432 pessoas foram infectadas até a mesma data. O primeiro caso da COVID-19 no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 e, segundo o Ministério da Saúde, até a data citada anteriormente eram 555 mil casos confirmados e 31199 óbitos causados pelo SARS-Cov2 (COVID-19), com uma incidência de 264,3/100 mil habitantes, mortalidade de 14,8/100 mil habitantes, representando uma taxa de letalidade de 5,6% no país (Ministério da Saúde, 2020).

Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), qualquer pessoa pode ser infectada pelo vírus SARS-CoV2, apresentando desde sintomas leves aos mais graves. Idosos e pessoas com condições médicas como doença cardíaca, doença pulmonar ou diabetes se enquadram no grupo de risco para a COVID-19. Uma ampla gama de sintomas da infecção por Coronavírus foram relatados, desde tosse seca, febre, falta de ar, calafrios, fadiga, dor de cabeça, até insuficiência respiratória, dor no peito e cianose. Estes sintomas, podem aparecer de 2 a 14 dias após a exposição ao vírus.

Em seus estudos, Chen (2020c) e Zhou (2020) verificaram que aproximadamente metade dos indivíduos que foram infectados com COVID-19 apresentava algum tipo de comorbidade associada. Em outro estudo, com uma amostra de 1099 pacientes, 38,7% dos pacientes com alguma comorbidade evoluíram para a forma mais grave da doença (GUAN, 2020). Nos três estudos citados, as comorbidades mais comuns identificadas foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, doença cerebrovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença cardíaca coronária. Ainda, outras comorbidades foram relatadas em pacientes com COVID-19, como doença renal crônica, doença hepática, carcinoma, doenças do trato digestivo e doenças neurológicas.

Ainda não se sabe ao certo porque pacientes com essas comorbidades são os mais propensos a apresentar a forma grave da COVID-19, porém, Hoffmann (2020) em seu estudo, sugere um envolvimento importante da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2). Segundo Zhou et. al (2020) o vírus SARS-CoV-2, utiliza a ECA2 como receptor de entrada para as células, assim como o vírus SARS-CoV, conhecido em 2003. A ECA2 é uma proteína de membrana, indispensável para que o vírus SARS-CoV-2 se ligue e infecte as células saudáveis do organismo. Enzimas como as proteases TMPRSS2 e FURIN são expressas no tecido pulmonar assim que o vírus se liga a célula, desta forma facilitando a entrada viral por meio da ativação da glicoproteína de pico viral e pela clivagem do segmento C-terminal da ECA2 (Li et al., 2003; Vaarala et al., 2001; Simmons, 2011; Zhou, 2020).

Kim et al (2015) comparou a expressão de ECA2 entre pacientes com DPOC e indivíduos com espirometria normal. Os autores observaram que a expressão de ECA2 foi significativamente aumentada na doença pulmonar quando comparada aos indivíduos do grupo controle. Em outros dois estudos, além de pacientes com DPOC, tabagistas ativos também apresentaram aumento da expressão gênica de ECA-2 em vias aéreas inferiores, sugerindo maiores chances de desenvolver a COVID-19 com sintomas graves (Pinto et. al., 2020; Leung et. al., 2020).

A partir disso, os indivíduos portadores de doenças crônicas por estarem fisiologicamente mais suscetíveis ao vírus, e conseqüentemente apresentarem mais chances de uma evolução mais grave da doença, é importante que esses estejam amparados de atenção, não somente em relação a sua saúde física, mas também a saúde mental. Segundo DiMatteo, Lepper e Croghan (2000), pacientes deprimidos apresentam três vezes mais chances de abandonar um tratamento ou não seguir as recomendações médicas, quando comparados a pacientes saudáveis mentalmente. Ainda, como é visto no estudo de Ng et al. (2007), sintomas depressivos em pacientes com DPOC estão associados a pior sobrevida, maior tempo de internação, fracasso na cessação do tabagismo, piora dos sintomas e pior funcionamento físico e social. Conforme Sampaio (2019), pacientes com DPOC são 1,9 vezes mais propensos a cometer suicídio do que pessoas sem DPOC.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização Geral do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quali-quantitativo, de corte transversal, utilizando a estratégia de levantamento de dados do tipo *Survey*, por meio de um questionário *on-line* estruturado, autoaplicável, com respostas fechadas e uma resposta aberta para sugestões ou depoimentos.

3.2 População e Amostra

A população foi composta por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pertencentes aos grupos privados “DPOC ENFISEMA PULMONAR” (2803 membros), “DPOC-ENFISEMA E BRONQUITE CRONICA” (1174 membros) e “DPOC – CDD” (434 membros), todos da rede social Facebook®, totalizando uma população de 4411.

São grupos *on-line* privados, criados para troca de experiências entre indivíduos com DPOC, profissionais e estudantes da área da saúde. Ainda, necessitam de solicitação de participação para acesso ao conteúdo dos mesmos. Portanto, a pesquisadora solicitou a participação nos respectivos grupos relatando ser estudante do último ano do curso de Fisioterapia, nos quais foi aceita, fazendo parte dos mesmos desde maio de 2020. Os grupos são visíveis para qualquer pessoa que pesquise “DPOC” no campo de busca da rede social Facebook®, de forma que pessoas de todo Brasil podem ter conhecimento e participar dos grupos supracitados.

Estimou-se uma amostra não probabilística, por conveniência, de pelo menos 200 formulários respondidos por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de DPOC, que estejam incluídos em 3 grupos fechados da rede social Facebook® e que escolham participar da pesquisa, respondendo a um questionário *on-line*.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa os questionários *on-line* 100% preenchidos, exceto a questão aberta para sugestões e depoimento dos participantes.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os questionários *on-line* que não estavam preenchidos por completo, e os que apresentaram respostas com escalas únicas, onde o respondente julga o objeto por um único aspecto, marcando apenas um item.

3.3 Procedimentos

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi elaborado e adaptado pelas pesquisadoras com base no documento “Bem-estar mental e saúde pulmonar” (*Mental well-being and lung health*), desenvolvido pela *European Lung Foundation* e pela *European Respiratory Society* (ELF; ERS, 2020) e concebido na forma *on-line*, através do formulário Google Docs (APÊNDICE B). Nele constam 4 seções (Parte I - perfil sociodemográfico, Parte II - aspectos físicos, Parte III - aspectos emocionais e psicológicos, e Parte IV - aspectos sociais), com perguntas fechadas e questões assertivas, totalizando 35 variáveis, e uma pergunta aberta com objetivo de coletar sugestões e depoimentos dos participantes da pesquisa.

Na primeira página do questionário, estava disponível ao participante o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual foi explicado o objetivo da pesquisa, seus benefícios e potenciais riscos ao respondê-la. O participante deveria responder “Sim, concordo” à afirmação “Concordo em participar da pesquisa”, caso ele estivesse de acordo e aceitasse participar.

Na parte I (Quadro 1), constavam 11 perguntas com objetivo de caracterizar a amostra. Nesta etapa, a análise dos resultados foi feita de forma descritiva, ilustrada por meio de tabelas com distribuição de frequência e percentual.

Quadro 1 - Parte I: Perfil Sociodemográfico (1.1 – 1.14)

Perguntas	Possibilidade de resposta
1.1 Qual sua idade?	Até 18 anos – Acima de 70 anos
1.2 Sexo.	Feminino Masculino
1.3 Qual o seu estado?	Estados Brasileiros. Não resido no Brasil.

1.4 Quantas pessoas moram na sua casa? (incluindo você)	Moro sozinho(a); Até 3 pessoas; 4 pessoas; 5 pessoas; 6 pessoas ou mais;
1.5 Qual sua escolaridade?	Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós-Graduação Outro
1.6 Você é tabagista?	Sim, eu ainda fumo. Não, eu parei de fumar. Nunca fumei. Nunca fumei, mas convivi/convivo com pessoas fumantes.
1.7 Há quanto tempo você teve o diagnóstico confirmado de DPOC? (em anos)	Há menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 6 e 10 anos Entre 11 e 15 anos Mais de 15 anos
1.8 Qual a classificação da sua DPOC, segundo seu médico pneumologista?	Leve Moderada Grave/Severa Muito Grave/Muito Severa Não sei dizer.
1.9 Além da DPOC, você tem alguma das doenças crônicas citadas abaixo? (Selecione quantas opções se encaixarem com você).	Diabetes mellitus (tipo 1 ou tipo 2) Hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) Doença renal crônica Doença cardíaca (insuficiência cardíaca congestiva, arritmias) Outras doenças pulmonares que não a DPOC. Tenho somente DPOC Outro
1.10 Você faz/já fez acompanhamento psicológico com psicólogo ou psiquiatra em	Sim Não

algum momento de sua vida, após receber o diagnóstico de DPOC?	
1.11 Você faz/já fez reabilitação pulmonar com um fisioterapeuta em algum momento de sua vida, após receber o diagnóstico de DPOC?	Sim Não
1.12 Você estava participando de um programa de reabilitação pulmonar supervisionado antes da pandemia? Se sim, responda as duas próximas perguntas.	Sim Não
1.13 Você continuou o programa de reabilitação pulmonar supervisionado durante a pandemia?	Sim Não
1.14 De que forma continuou o programa de reabilitação pulmonar supervisionado durante a pandemia?	Internet (ao vivo ou vídeo aulas gravadas) Presencial

Na parte II, III e IV (Quadros 2, 4 e 6, respectivamente), as perguntas foram direcionadas a fim de identificar como estavam os aspectos físicos, emocionais e psicológicos, e sociais, de pessoas com DPOC desde o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020. Para elaboração das possíveis respostas, utilizou-se como base a escala *Likert* de cinco pontos, proposta por Rensis Likert (LIKERT, 1932), sendo então uma escala do tipo *Likert*. O participante foi solicitado a, não apenas responder se concorda ou não com a afirmação, mas qual o grau de concordância ou discordância. As respostas foram adequadas conforme a pergunta, a fim de manter a coerência e concordância do questionário, sendo que estas mudanças não irão interferir no escore final da seção.

Quadro 2 - Parte II – Aspecto Físico (2.1 – 2.7).

Perguntas	Respostas	
	Possibilidade de resposta	Escore
2.1 Sinto dores e desconfortos físicos que antes não sentia	Discordo totalmente	0
	Discordo parcialmente	1
	Mais ou menos	2
		3

	Concordo parcialmente Concordo totalmente	4
2.2 Sinto que as dores e desconfortos físicos me impedem de fazer o que eu preciso.	Discordo totalmente Discordo parcialmente Mais ou menos Concordo parcialmente Concordo totalmente	0 1 2 3 4
2.3 Fico cansado(a) com facilidade.	Nunca Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente Sempre	0 1 2 3 4
2.4 O cansaço que sinto me incomoda.	Discordo totalmente Discordo parcialmente Mais ou menos Concordo parcialmente Concordo totalmente	0 1 2 3 4
2.5 Tenho praticado exercícios físicos em casa para me manter ativo.	Sempre Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Nunca	0 1 2 3 4
2.6 Tenho realizado atividades visando relaxamento e diminuição do estresse. (por exemplo, meditação).	Sempre Muito frequentemente Frequentemente Algumas vezes Nunca	0 1 2 3 4
2.7 Mudei meus hábitos alimentares, aumentando o consumo de alimentos saudáveis.	Concordo totalmente Concordo parcialmente Mais ou menos Discordo parcialmente Discordo totalmente	0 1 2 3 4

Quadro 3 – Parte III: Aspectos emocionais e psicológicos. (3.1 – 3.12)

Perguntas	Respostas	
	Possibilidade de resposta	Escore
3.1 Tem se sentido triste?	Nunca	0

	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.2 Tem chorado?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.3 Tem tido sintomas relacionados a ansiedade (falta de ar, aperto no peito, batimentos acelerados, suor excessivo)?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.4 Tem tido dificuldade em tomar decisões?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.5 Tem se sentido desamparado ou sem esperança sobre o futuro?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.6 Tem percebido seu raciocínio mais lento?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.7 Tem tido dificuldade para se concentrar?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.8 Tem medos ou angústias que antes não existiam?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4

3.9 Se sente inseguro(a) em relação a sua doença respiratória?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.10 Tem sentimentos e pensamentos negativos (medo, raiva, desespero, ansiedade)?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.11 Tem dificuldade em controlar os sentimentos negativos. (raiva, irritabilidade, nervosismo, tristeza)?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4
3.12 Tem dificuldade para dormir ou dorme mais que o necessário?	Nunca	0
	Algumas vezes	1
	Frequentemente	2
	Muito frequentemente	3
	Sempre	4

Quadro 4 – Parte IV: Aspectos Sociais (4.1 – 4.5)

Perguntas	Respostas	
	Possibilidade de resposta	Escore
4.1 Deixei de encontrar minha família e meus amigos.	Discordo totalmente	0
	Discordo parcialmente	1
	Mais ou menos	2
	Concordo parcialmente	3
	Concordo totalmente	4
4.2 Saio de casa somente quando muito necessário.	Discordo totalmente	0
	Discordo parcialmente	1
	Mais ou menos	2
	Concordo parcialmente	3
	Concordo totalmente	4
4.3 Quando preciso sair de casa, tomo todos os cuidados necessários (uso de máscara, lavagem das	Discordo totalmente	0
	Discordo parcialmente	1
	Mais ou menos	2
		3

mãos, álcool em gel e distanciamento social de 1,5 metros, pelo menos).	Concordo parcialmente Concordo totalmente	4
4.4 Tenho me sentido sozinho.	Discordo totalmente Discordo parcialmente Mais ou menos Concordo parcialmente Concordo totalmente	0 1 2 3 4
4.5 Posso contar com minha família ou meus amigos sempre que necessário.	Discordo totalmente Discordo parcialmente Mais ou menos Concordo parcialmente Concordo totalmente	4 3 2 1 0

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Erechim, para apreciação, sendo aprovado com o parecer nº 4.197.089.

Após a aprovação pelo CEP, foi realizado um pré-teste nos moldes de aplicação da pesquisa, com pessoas adequadas, buscando identificar possíveis falhas no Questionário *on-line* em relação a formatação, perguntas ambíguas ou inadequadas e verificar o tempo necessário para respondê-lo (Babbie, 1999).

Após a aplicação do pré-teste, foram feitos os ajustes necessários no formato e texto. Então, pesquisadora responsável pela pesquisa entrou em contato com o(s) administrador(es) dos 3 grupos da rede social Facebook® – “DPOC ENFISEMA PULMONAR” (2803 membros), “DPOC-ENFISEMA E BRONQUITE CRONICA” (1174 membros) e “DPOC – CDD” (434 membros) – através de sua conta pessoal, solicitando autorização para divulgar o link da pesquisa, expondo o tema principal e objetivo da mesma. Ao receber a autorização, a pesquisadora realizou o convite de participação (APÊNDICE C) e compartilhou um link de acesso ao Questionário *on-line*, o qual conta com perguntas específicas para pacientes com DPOC, o que filtrou a amostra caso outras pessoas que não a população alvo deste estudo tivessem tentado respondê-lo.

3.4 Análise dos Dados

Os dados foram obtidos instantaneamente ao envio do formulário respondido pelo participante. Posteriormente, após o fim do período de recolha de dados, estes foram tabulados utilizando o Microsoft Excel 2010. Os dados de caracterização da amostra e respostas das perguntas do formulário referentes a qualidade de vida foram apresentados por frequência e porcentagem. O estudo da relação entre as variáveis qualitativas foi realizado pelo teste do qui-quadrado adotando o nível de significância estatística de $p < 0,05$. Para análise estatística dos dados, utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

3.5 Considerações Éticas

O presente projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Erechim/RS e aprovado conforme o nº 4.197.089. Após aprovação a pesquisadora, identificada como acadêmica do Curso de Fisioterapia da URI – Campus de Erechim, realizou o convite de participação aos participantes de grupos de uma rede social, enviando o link do Formulário *on-line*.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 102 indivíduos com DPOC participantes de grupos fechados da rede social Facebook, por meio de formulários respondidos de forma on-line.

As características sociodemográficas dos participantes são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.

Característica	N = 102	(%)
Sexo		
Feminino	84	82.4
Masculino	18	17.6
Idade		
Até 30 anos	2	2.0
Entre 31 e 59 anos	51	50.0
Mais de 60 anos	49	48.0
Região		
Norte	1	1.0
Nordeste	4	3.9
Centro-oeste	6	5.9
Sudeste	72	70.6
Sul	11	10.8
Outros países	9	8.8
Nº de pessoas na casa		
Moro sozinho (a)	16	15.7
Até 3 pessoas	61	59.8
4 pessoas	11	10.8
5 pessoas	12	11.8
6 pessoas	2	2.0
Grau de escolaridade		
Sem escolaridade	10	9.8
Fundamental completo	18	17.6
Médio completo	46	45.1
Superior completo	17	16.7
Pós graduação completo	11	10.8
Tabagismo		
Não tabagista*	78	76.5
Tabagista ativo	24	23.5
Tempo de Diagnóstico		
Menos de um ano	9	8.8
Entre 1 e 5 anos	42	41.2

Entre 6 e 10 anos	38	37.3
Entre 11 e 15 anos	6	5.9
Mais de 15 anos	7	6.9
Classificação		
Não sabe informar	12	11.8
Leve	9	8.8
Moderado	35	34.3
Grave	40	39.2
Muito grave	6	5.9
Doenças associadas		
Sim	64	62.7
Não	38	37.3
Acompanhamento psicológico		
Sim	26	25.5
Não	76	74.5
Reabilitação pulmonar		
Não	56	54.9
Sim	46	45.1

Fonte: Dados da pesquisa

*Ex-tabagista, nunca fumou ou tabagista passivo.

A amostra deste estudo contou com 102 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (84,8%). Esse achado difere dos resultados encontrados em muitos estudos semelhantes que analisam a prevalência de gênero na amostra e que, geralmente, revela maior acometimento em homens (AHMED, NEYAS, ASLAMI, 2016; LEE et al., 2017; CHAL et al., 2020; PELTOLA, PÄTTSI, HARJU, 2020). Porém, Ntritsos et al. (2018) em seu grande estudo de meta-análise destaca o aumento da prevalência de DPOC na população feminina como fator importante a ser levado em conta na busca de alternativas de diagnóstico em mulheres, assumindo tal achado como promissor para o aumento da visibilidade da DPOC como um problema crítico da saúde da mulher. Ainda, além da tendência global ao aumento da prevalência da DPOC em mulheres, sugerimos que a prevalência do gênero feminino neste estudo pode ser explicada pela maior disponibilidade e receptividade da mulher em responder questionários, participar de pesquisas e estar inseridas em ambientes específicos para trocas de experiências sobre saúde, mesmo que virtuais. Os resultados do presente estudo vêm de encontro ao achado de Brito (2011), quem em seu estudo sobre representações, crenças e comportamentos de saúde, o sexo feminino destaca-

se em relação à participação nas redes sociais, conexão entre amigos e os pedidos de opinião sobre saúde.

Em relação a faixa etária, 50% apresentam idade entre 31 e 59 anos e 48% idade acima de 60 anos, demonstrando uma distribuição da amostra semelhante entre adultos e idosos. A média de idade foi de 58 anos ($\pm 10,9$), semelhante ao encontrado no estudo de Prestes (2019). A OMS cita como parte do grupo de risco, idosos com idade igual ou superior a 60 anos e pessoas com doença pulmonar. Por si só, indivíduos com DPOC se enquadram no grupo de risco para COVID-19 devido a doença respiratória, independentemente da idade. Porém, sabe-se que as pessoas idosas e as que têm condições crônicas de saúde têm maior risco de ficarem gravemente doentes (OPAS, 2020).

A grande maioria da amostra do presente estudo reside na região sudeste do Brasil (70,6%), com até 3 pessoas na mesma residência (59,8%). Sobre a escolaridade, 45% da amostra relatou ter o ensino médio completo.

Sobre o hábito do tabagismo, a maior parte da amostra respondeu não ser tabagista (76,5%), incluindo nesta parcela ex-tabagistas, pessoas que nunca fumaram e fumantes passivos. Do total da amostra ($n=102$), a maior parte (60,8%) é ex-tabagista e 23,5% é fumante ativo, o que corrobora com Marvel (2016), que em seu estudo 70,7% dos indivíduos com DPOC já haviam eliminado o hábito de fumar. Duarte (2019) também demonstra uma maior frequência de ex-tabagistas em seu estudo (82,9%).

Em relação ao tempo de diagnóstico, 78,5% da amostra relatou ter tido seu diagnóstico entre 1 e 10 anos, sendo que 41,2% entre 1 a 5 anos e 37,3% entre 6 e 10 anos.

A maioria dos indivíduos (39,2%) relatou classificação da severidade da DPOC, segundo GOLD, como grave/severa (Grau III), seguido de moderada (Grau II), com 34,3%. Este dado é semelhante ao obtido em outros estudos, nos quais a maior parte dos indivíduos também apresentou classificação da DPOC em moderada ou grave. (CAMELIER, 2006; ZACARIAS, 2019; PRESTES, 2019).

Em relação às doenças associadas, 62,7% da amostra relatou ter outra(s) doença(s) além da DPOC. Dentre esta parcela, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais frequente, encontrada em 51,6% dos participantes. A relação de frequência de outras comorbidades estão descritas na tabela 2. Estes dados podem

ser comparados com os resultados encontrados por Câmara (2019), que de 100 indivíduos com DPOC, 63% relatou ter pelo menos uma comorbidade associada à DPOC e a HAS também foi a mais frequente entre os indivíduos com DPOC (47%), seguido por diabetes mellitus (23%). No estudo de Duarte (2019) as comorbidades estavam presentes em 75,6% dos pacientes, principalmente as cardiovasculares e diabetes (43,9% hipertensos, 26,8% diabéticos, 19,5% cardiopatas).

Tabela 2 – Comorbidades da amostra estudada.

Doenças associadas	N= 64	(%)
Hipertensão arterial sistêmica	33	51,6
Doença pulmonar além da DPOC	20	31,3
Cardiopatía	15	23,4
Diabetes Mellitus	11	17,2
Doença renal	2	1,3
Outras*	17	26,6

Fonte: Dados da pesquisa

*Câncer, Doenças hepáticas, doenças ortopédicas, doenças psicológicas e doenças neurológicas.

Ainda, 25.5% da amostra relatou não estar fazendo ou nunca ter feito acompanhamento psicológico com psicólogo e/ou psiquiatra, após receber o diagnóstico de DPOC. Dado comparável ao de Lopes (2020), que verificou uma baixa frequência de pessoas com DPOC que buscaram tratamento psicológico (13%) ou tratamento psiquiátrico (7%), e quando o faziam, estava associado ao tratamento clínico da DPOC, englobando intervenções em grupo voltado para cessação do tabagismo e avaliação para programa de reabilitação pulmonar, ambos dentro do contexto hospitalar.

Sobre a Reabilitação Pulmonar (RP) após diagnóstico de DPOC, 45.1% (N=46/102) dos participantes do presente estudo relatou já ter participado de um programa de RP alguma vez na vida após o diagnóstico da DPOC, e 27,5% (N=28/102) estava em acompanhamento com fisioterapeuta antes da pandemia. Destes, 32,1% (9/28) continuou sua RP durante a pandemia, sendo 55,6% (N=5/9) de forma presencial e 44,4% de forma online (N=4/9), através do tele atendimento. No estudo de Menezes (2017) a RP foi a modalidade de tratamento não farmacológico com menor taxa de adesão, com apenas 20% dos pacientes aderentes.

As tabelas 3, 4 e 5 representam, respectivamente o aspecto físico, psicológico e social dos indivíduos com DPOC do presente estudo durante a pandemia de COVID-19, por meio de distribuição de frequência e porcentagem.

Tabela 3 – Aspecto Físico: distribuição de frequências.

Questão	Resposta n (%)				
	DT	DP	NC/ND	CP	CT
2.1 Sinto dores e desconfortos físicos que antes não sentia	36 (35.6)	15 (14.9)	15 (14.9)	27(26.7)	8(7.9)
2.2 Sinto que as dores e desconfortos físicos me impedem de fazer o que eu preciso.	20 (20.2)	15 (15.2)	12 (12.1)	35 (35.4)	17 (17.2)
2.3 Fico cansado(a) com facilidade.	N -	AV 37 (36.3)	F 20 (19.6)	MF 21 (20.6)	S 24 (23.5)
2.4 O cansaço que sinto me incomoda.	DT 3(2.9)	DP 6(5.9)	NC/ND 7(6.9)	CP 26(25.5)	CT 60(58.8)
2.5 Tenho praticado exercícios físicos em casa para me manter ativo.	18 (17.6)	5 (4.9)	9 (8.8)	40(39.2)	30(29.4)
2.6 Tenho realizado atividades visando relaxamento e diminuição do estresse. (por exemplo, meditação).	S 5(5.1)	MF 5(5.1)	F 9(9.1)	AV 21(21.2)	N 59(59.6)
2.7 Mudei meus hábitos alimentares, aumentando o consumo de alimentos saudáveis.	CT 22(21.6)	CP 33(32.4)	NC/ND 16(15.7)	DP 11(10.8)	DT 20(19.6)

Fonte: Dados da pesquisa.

DT: discordo totalmente; DP: discordo parcialmente; NC/ND: nem concordo nem discordo; CP: concordo parcialmente; CT: concordo totalmente; N: nunca; AV: algumas vezes; F: frequentemente; MF: muito frequentemente; S: sempre.

Pode-se verificar que em todas as perguntas, exceto na 2.1 e 2.7, as respostas estão direcionadas para o extremo mais negativo, o que pode indicar um prejuízo no aspecto físico desses pacientes.

Os dados apresentados no estudo de Kerkoski (2010), ao analisar através do questionário Whoqol-100 a percepção de idosos com DPOC sobre a qualidade de vida, demonstraram que o Domínio Físico foi um dos mais influentes na avaliação negativa da qualidade de vida, sendo que os elementos que demonstraram maior

interferência negativa foram dor, fadiga e sono, o que pode ser comparável aos resultados do presente estudo.

Segundo Rodrigues (2019), os indivíduos com declínio rápido no estado geral de saúde são mais velhos e mais propensos a ter obstrução ao fluxo de ar, exacerbação respiratória aguda, redução da aptidão física, atividade física e comprometimento do estado de saúde específico da DPOC, o que nos chama atenção ao presente estudo pois mais da metade dos participantes apresentam idade acima de 60 anos e a maioria não está realizando nenhum exercício físico em casa, durante esse período de pandemia.

O estudo de Camelier et al. (2006), também verificou por meio do questionário específico Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), que os domínios que mais influenciam na qualidade de vida de pessoas com DPOC são os relacionados às atividades físicas e os sintomas.

Tabela 4 – Aspecto Psicológico/emocional: distribuição de frequências.

Questão	Resposta n (%)				
	N	AV	F	MF	S
3.1 Tem se sentido triste?	9(8.9)	56(55.4)	12(11.9)	10(9.9)	14(13.9)
3.2 Tem chorado?	37(36.3)	47(46.1)	8(7.8)	3(2.9)	7(6.9)
3.3 Tem tido sintomas relacionados a ansiedade (falta de ar, aperto no peito, batimentos acelerados, suor excessivo)?	17(16.8)	42(41.6)	14(13.9)	9(8.9)	19(18.8)
3.4 Tem tido dificuldade em tomar decisões?	33(32.4)	44(43.1)	12(11.8)	4(3.9)	9(8.8)
3.5 Tem se sentido desamparado ou sem esperança sobre o futuro?	27(26.5)	46(45.1)	13(12.7)	6(5.9)	10(9.8)
3.6 Tem percebido seu raciocínio mais lento?	21(20.8)	55(54.5)	10(9.9)	6(5.9)	9(8.9)
3.7 Tem tido dificuldade para se concentrar?	22(21.6)	55(53.9)	12(11.8)	4(3.9)	9(8.8)
3.8 Tem medos ou angústias que antes não existiam?	19(18.6)	53(52)	14(13.7)	7(6.9)	9(8.8)

3.9 Se sente inseguro(a) em relação a sua doença respiratória?	2(2.0)	37(36.3)	22(21.6)	15(14.7)	26(25.5)
3.10 Tem sentimentos e pensamentos negativos (medo, raiva, desespero, ansiedade)?	21(20.6)	44(43.1)	17(16.7)	6(5.9)	14(13.7)
3.11 Tem dificuldade em controlar os sentimentos negativos. (raiva, irritabilidade, nervosismo, tristeza)?	25(24.5)	51(50)	8(7.8)	7(6.9)	11(10.8)
3.12 Tem dificuldade para dormir ou dorme mais que o necessário?	9(8.8)	39(38.2)	24(23.5)	8(7.8)	22(21.6)

Fonte: Dados da pesquisa.

N: nunca; AV: algumas vezes; F: frequentemente; MF: muito frequentemente; S: sempre.

No presente estudo, verificou-se que, em todas as perguntas, a alternativa que obteve maior frequência de respostas foi “algumas vezes”, demonstrando que os indivíduos, na maior parte do tempo, não estão apresentando de forma expressiva sentimentos negativos, o que pode significar que os mesmos não apresentam declínio na qualidade de vida devido ao aspecto psicológico, pois como demonstra o estudo de Kerkoski (2010) em que houve correlação negativa com a faceta sentimento negativo, ou seja, quanto mais sentimentos negativos os idosos com DPOC mais comprometida seria sua qualidade de vida.

O impacto da DPOC no indivíduo não se dá somente no âmbito da limitação física. Além da incapacidade física para realização das atividades de vida diária, podem ocorrer limitações frequentes relacionada aos laços afetivos e sociais, conjugais e sexuais, assim como em atividades de lazer e ocupacionais. Neste sentido, pensando no momento atual de pandemia da COVID-19, onde os indivíduos provavelmente dependerão de forma mais frequente de seus familiares, tende-se a pensar que isso teria um impacto no aspecto emocional e psicológico desses indivíduos, porém não foi o que observamos em nosso estudo.

Tabela 5 – Aspecto social: distribuição de frequências.

Questão	Resposta n (%)				
	DT	DP	NC/ND	CP	CT
4.1 Deixei de encontrar minha família e meus amigos.	17(16.8)	15(14.9)	2(2.0)	29(28.7)	38(37.6)
4.2 Saio de casa somente quando muito necessário.	11(10.9)	7(6.9)	6(5.9)	10(9.9)	67(66.9)
4.3 Quando preciso sair de casa, tomo todos os cuidados necessários (uso de máscara, lavagem das mãos, álcool em gel e distanciamento social de 1,5 metros, pelo menos).	3(3.0)	2(2.0)	3(3.0)	6(5.9)	87(86.1)
4.4 Tenho me sentido sozinho.	31(30.4)	16(15.7)	12(11.8)	17(16.7)	26(25.5)
4.5 Sinto que posso contar com minha família ou meus amigos sempre que necessário.	10(9.8)	9(8.8)	12(11.8)	20(19.6)	51(50.0)

Fonte: Dados da pesquisa.

DT: discordo totalmente; DP: discordo parcialmente; NC/ND: nem concordo nem discordo; CP: concordo parcialmente; CT: concordo totalmente.

No presente estudo, 76,8% dos indivíduos vem respeitando as recomendações e saindo apenas para atividades essenciais. Sobre os cuidados de proteção, 86,1% das pessoas realiza todos os cuidados necessários ao sair de casa, o que vem ao encontro com o estudo de Batista (2020), que 98% na população em geral, sendo percentualmente maior entre aqueles com multimorbidade utilizavam medidas de proteção como o uso de máscara, lavagem das mãos ou uso de álcool em gel (BATISTA, 2020).

No atual estudo, o sentimento de solidão (4.4) apresentou-se de forma muito semelhante nos extremos das respostas (discordo parcialmente/totalmente e concordo parcialmente/totalmente). Já em relação ao suporte familiar e de amigos durante a pandemia de COVID-19, a grande maioria dos indivíduos (79,6%) respondeu que poderia contar com pessoas próximas sempre que necessário. O estudo de Seale (2020) também demonstrou que a grande maioria das pessoas (83%) poderia se autoisolar tendo suporte de familiar ou de amigos, mas que mesmo assim apresentavam preocupações importantes relacionadas às dificuldades de compra de alimentos/suprimentos (48%) e de acesso a serviços de saúde (39%).

O estudo de Batista (2020) demonstrou maior adesão ao isolamento social (não sair de casa) entre as mulheres com multimorbidade em comparação aos homens, aumentando proporcionalmente com a idade.

Em se tratando do aspecto idade, houve correlação entre indivíduos com DPOC com idade acima de 60 anos com a pergunta “3.8 *Tem medos ou angústias que antes não existiam?*” (Qui-Quadrado: 26,746; $p < 0,01$), indicando que as pessoas mais idosas da pesquisa responderam a essa pergunta com escalas mais positivas (nunca ou algumas vezes). Como justificativa pode-se pensar na existência de medos e angústias prévias a pandemia, fazendo com que não se adicionasse medos inéditos ao cotidiano dos indivíduos, já que, em estudos anteriores o aspecto emocional desses indivíduos já se apresentava alterado, evidenciando medo, sentimento de raiva e ansiedade decorrente da sua doença respiratória.

Houve correlação entre indivíduos com DPOC com idade acima de 60 anos e a pergunta “4.2 *Saio de casa somente quando muito necessário.*” (Qui-Quadrado: 21,107; $p < 0,01$), apontando que as pessoas mais idosas da pesquisa responderam de forma a concordar com a afirmação (“concordo parcialmente” ou “concordo totalmente”). O esperado é que justamente as pessoas mais idosas sejam as que mais respeitem as medidas de proteção, neste caso o isolamento social, tendo em vista as evidências relacionadas a um pior prognóstico entre idosos contaminados pelo vírus SARS-CoV2 e campanhas governamentais globais de conscientização voltadas para esta atitude. Isso fica mais claro quando falamos em idosos portadores de uma doença crônica respiratória como a DPOC, corroborando com nosso estudo. (JORDAN, ADAB, CHENG, 2020)

Verificou-se, ainda, correlação entre indivíduos com DPOC com idade acima de 60 anos e a pergunta “4.3 *Quando preciso sair de casa, tomo todos os cuidados necessários (uso de máscara, lavagem das mãos, álcool em gel e distanciamento social de 1,5 metros, pelo menos)*” (Qui-Quadrado:16,102; $p < 0,05$), sendo que as pessoas mais idosas da pesquisa responderam de forma a concordar com a afirmação (concordo parcialmente ou concordo totalmente).

No que se diz respeito ao tabagismo, houve associação entre o tabagismo e a pergunta “2.3 *Fico cansado(a) com facilidade.*” (Qui-Quadrado: 10,630; $p < 0,05$), em que os pacientes não tabagistas relataram sentir-se cansados com facilidade “sempre”, quando comparado aos tabagistas ativos. Lembrando que, a maioria dos

indivíduos que fazem parte dos não tabagistas são ex-tabagistas. Portanto, pode-se inferir que mesmo após do ato de cessação do tabagismo, fatores como a fadiga ficam prejudicados, levando a um declínio na qualidade de vida.

Houve associação entre o tabagismo e a pergunta “2.7 *Mudei meus hábitos alimentares, aumentando o consumo de alimentos saudáveis.*” (Qui-Quadrado: 12,589; $p < 0,05$), sendo que pessoas que deixaram de fumar ou que nunca fumaram, mudaram mais seus hábitos alimentares quando comparados com as pessoas que ainda apresentam o hábito do tabagismo. Pode-se levar em consideração o estudo de Brito (2011), que através de seus resultados, indica que além do tabagismo atuar como risco a saúde, interfere na adoção de outros comportamentos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos e mudanças na alimentação.

Houve associação entre o tabagismo e a pergunta “3.12 *Tem dificuldade para dormir ou dorme mais que o necessário?*” (Qui-Quadrado: 13,640; $p < 0,01$), sendo que as pessoas não fumantes desse estudo (ex-tabagistas ou que nunca fumaram), apresentam mais distúrbios do sono, comparado aos que ainda tem o hábito de fumar.

Em relação a classificação da severidade da doença, verificou-se associação entre a classificação da DPOC e a pergunta “2.3 *Fico cansado(a) com facilidade.*” (Qui-Quadrado: 10,630; $p < 0,05$), sendo que pacientes com classificação moderada (grau II) de DPOC responderam mais frequentemente a esta pergunta com “algumas vezes”, o que tende a significar que ficam cansados com pouca facilidade, quando comparados com pacientes com classificação grave ou muito grave.

Ainda, identificou-se associação entre a classificação da DPOC e a pergunta “4.5 *Sinto que posso contar com minha família ou meus amigos sempre que necessário.*” (Qui-Quadrado: 28,265; $p < 0,05$), sendo que os pacientes com classificação severa (grau III) de DPOC responderam “sempre” com mais frequência à pergunta, o que pode significar que estes recebem mais atenção familiar devido a gravidade de sua doença.

Em relação às comorbidades associadas à DPOC, houve associação entre a presença de comorbidades com a pergunta “2.2 *Sinto que as dores e desconfortos físicos me impedem de fazer o que eu preciso.*” (Qui-Quadrado: 10,573; $p < 0,05$), sendo que 61% das pessoas com uma ou mais comorbidades associadas a DPOC responderam essa pergunta utilizando o extremo negativo da escala, ou seja, “concordo parcialmente” ou “concordo totalmente”.

Além disso, houve associação entre a presença de comorbidades com a pergunta “2.3 Fico cansado(a) com facilidade.” (Qui-Quadrado: 10,727; $p < 0,01$), sendo que as pessoas com uma ou mais comorbidades associadas a DPOC responderam essa pergunta com respostas mais negativas (“muito frequentemente” ou “sempre”).

Ainda, verificou-se associação entre a presença de comorbidades com a pergunta “2.4 o cansaço que sinto me incomoda”, sendo que as pessoas com uma ou mais comorbidades associadas a DPOC responderam essa pergunta com respostas mais negativas (“concordo parcialmente” ou “concordo totalmente”). (Qui-quadrado: 24,326; $p < 0,01$)

Ademais, houve associação entre a presença de comorbidades com a pergunta “2.6 Tenho realizado atividades visando relaxamento e diminuição do estresse. (por exemplo, meditação).”, sendo que as pessoas com uma ou mais comorbidades associadas a DPOC responderam essa pergunta com respostas mais negativas (“algumas vezes” ou “nunca”). (Qui-Quadrado: 9,556; $p < 0,05$)

Houve associação entre a presença de comorbidades com a pergunta “3.6 Tem percebido seu raciocínio mais lento?.”, sendo que as pessoas com uma ou mais comorbidades associadas a DPOC responderam com mais frequência essa pergunta através de respostas menos negativas (“algumas vezes” ou “nunca”). (Qui-Quadrado: 11,460; $p < 0,05$)

A presença de comorbidades também apresentou associação com a pergunta “3.12 Tem dificuldade para dormir ou dorme mais que o necessário?” (Qui-Quadrado: 11,029; $p < 0,05$), sendo que as pessoas com uma ou mais comorbidades, quando comparadas às pessoas com o diagnóstico isolado de DPOC, responderam à essa assertiva através do extremo mais negativo da escala (“muito frequentemente” ou “sempre”).

Não houve associação entre a presença de comorbidades com as perguntas relacionadas ao aspecto social durante a pandemia de COVID-19, demonstrando que, independentemente da presença ou ausência de comorbidades associadas a DPOC, os participantes do estudo têm respeitado as medidas de proteção de forma muito semelhante.

Ainda, a fim de evitar viés de seleção, recomenda-se que o critério de exclusão relacionado a excluir participantes que respondam às perguntas com escalas únicas seja revisto (efeito teto ou efeito chão), permitindo uma tolerância de 10% da amostra

respondendo em nível teto ou chão, equivalendo, respectivamente aos melhores e piores resultados da escala. No presente estudo, nenhum questionário foi excluído da amostra por este critério.

5. CONCLUSÃO

Houve predomínio de participantes do sexo feminino, a média de idade foi de 58 anos, residentes na região sudeste do país, e a maioria convive com mais duas pessoas em sua casa. Com relação ao tabagismo, a grande maioria é ex-tabagista. Todos os participantes têm diagnóstico de DPOC, sendo a maioria classificada como grave (grau III), teve seu diagnóstico entre 1 e 5 anos. A maior parte dos indivíduos apresenta doenças associadas à DPOC, sendo mais frequente a HAS. Em relação ao atendimento psicológico e reabilitação pulmonar, a maioria nunca realizou este tipo de acompanhamento.

Com relação a atividade física, a maior parte dos indivíduos não estava realizando atividades físicas em casa durante a pandemia da COVID-19.

Sobre o aspecto emocional e psicológicos dos participantes, a maioria respondeu de forma pouco negativa aos questionamentos, indicando pouco comprometimento deste aspecto durante a pandemia da COVID-19.

Ao observar o aspecto social, verificou-se alteração no padrão social desses indivíduos devido a adesão aos cuidados de proteção em relação a COVID-19, respeitando o isolamento social, saindo somente quando muito necessário, e utilizando medidas de proteção individual como uso de máscara, lavagem das mãos e uso do álcool em gel. Ademais, verificou-se que esses indivíduos têm a percepção de que estão acolhidos e que podem contar com as pessoas ao seu redor caso necessário.

Como limitações do estudo, por se tratar de uma pesquisa desenvolvida com indivíduos que fazem parte do grupo de risco para a COVID-19, o mesmo precisou ser aplicado de forma online, o que, conseqüentemente, direcionou a amostra para uma população com maior letramento e uma condição socioeconômica melhor, que desfruta de acesso à internet e tecnologia, o que provavelmente não representa fielmente a população com DPOC.

Pode-se pensar que, o fato de esses indivíduos estarem inseridos em um ambiente onde o contato virtual torna-se mais acessível, o sentimento relacionado ao isolamento e a solidão poderiam estar menos evidentes. Talvez, resultados mais impactantes poderiam ser revelados caso esta pesquisa fosse desenvolvida com indivíduos com condição socioeconômica mais baixa, sem acesso à internet e de

forma presencial, pois dessa forma o indivíduo estaria realmente vivendo o isolamento social.

Conclui-se que, durante a pandemia da COVID-19, o perfil físico e social dos indivíduos com DPOC participantes da pesquisa ficaram prejudicados, impedindo ou dificultando a continuação de atividade física e mudando o padrão de convivência social dos mesmos.

REFERÊNCIAS

AHMED, M. S., NEYAZ, A., ASLAMI, A. N. Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. **Lung India: official organ of Indian Chest Society**, v.33, n.2, p.148–153, 2016.

ALVES, A. C. et al. Avaliação da repercussão dos sintomas depressivos na qualidade de vida de pacientes com DPOC. **Revista de Medicina**, v.98, n.6, p. 374-381, 2019.

BABBIE, E. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Belo Horizonte, UFMG, p.519, 1999.

BAFADHEL, M. et al. Predictors of exacerbation risk and response to budesonide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a post-hoc analysis of three randomized trials. **The Lancet Respiratory Medicine**, v.6, n.2, p.117-126, 2018.

BATISTA, Sandro Rodrigues , et al. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 15, 2020.

BRITO A, CAMARGO B. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **TEMAS PSICOL**, v.9, p.282-303, 2011

BURGE, S.; WEDZICHA, J. A. COPD exacerbations: definitions and classifications. **European Respiratory Journal**, v.41, p.46–53. 2003.

CÂMARA, K. J. C. et al. Caracterização da qualidade de vida de indivíduos com DPOC e sua associação com variáveis sociodemográficas e clínicas. 2019. Artigo (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CAMELIER, Aquiles et al . 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.**, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 114-122, Apr. 2006.

CARDOSO, A. P., AGUIAR, F. S., ARAÚJO, A. M. O uso da combinação LABA/LAMA em pacientes com DPOC. **Pulmão RJ**. Rio de Janeiro, v.26,n.1, p.19-22, 2017.

Centers for disease control and prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>. Acesso em: junho de 2020.

CHAI, C. et al. Clinical phenotypes and health-related quality of life of COPD patients in a rural setting in Malaysia - a cross-sectional study. **BMC pulmonary medicine**, v. 20, n.1, p.254. 2020.

CHANG , C. L. et al. Predicting early mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease using the CURB65 score. **Respirology**, v.16, n.1, p.146–151, 2011.

CHEN, N., et al., Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v.395, n. 10229, p. 507-513, 2020c.

CHEN, P. et al. Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. **Journal of sport and health science**, v.9, n.2, p.103–104, 2020a.

CHEN, W. et al. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Respiratory Medicine**, v.3, n.8, p-631-639, 2015b.

CHOI, K. J. et al. Prevalence and predictors of pulmonary embolism in Korean patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. **Respiration**, v.85, n.3, p. 203–209, 2013.

CONNORS, A. F. et al. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments). **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.154, n.4, p. 959–967, 1996.

DI MATTEO, M. R., LEPPER, H. S., CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Archives of Internal Medicine**, v.160, n.14, p.2101-2107, 2000.

DOYLE, T. et al. “Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease.” **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.45, n.2, p. 189-202, 2013.

DUARTE, L. C. Descrição Do Comportamento Da Qualidade De Vida Em Pacientes Ambulatoriais Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Em Um Ano De Seguimento. 2019.

DWEIK, R.; STOLLER, J. K. Doença Pulmonar Obstrutiva: DPOC, asma e Doenças relacionadas. In: KACMAREK, R. M.; WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K. **Egan, fundamentos da terapia respiratória**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. v.3.

EISNER, M. D. et al. Influence of anxiety on health outcomes in COPD. **Thorax**, v.65, n.3, p-229-34, 2010.

European Lung Foundation (ELF); European Respiratory Society (ERS). **Mental wellbeing and lung health**. 2020 Disponível em: <<https://www.europeanlung.org/assets/files/factsheets/Mental%20wellbeing/Mental-wellbeing-Factsheet%20-%20D07.pdf>> Acesso em: junho de 2020.

FERRARI, R. et al. Three-year follow-up study of and respiratory systemic manifestations of chronic obstructive pulmonary disease. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.44, n.1, p. 46-52, 2011.

FLETCHER, G.F. et al. Promoting physical activity and exercise: JACC health promotion series. **Journal of the American College of Cardiology**, v.72, n.14, p.1622-1639, 2018.

GOLD. **Global strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD**, 2019.

GOLD. **Global strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD**, 2020.

GONÇALVES-MACEDO, L. A. et al. Tendências da morbidade e mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.45, n.6, 2019.

GUAN, W.J., et al., Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **The new England Journal of Medicine**, v.382, p.1708-1720, 2020.

HANANIA N.A. et al. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.183, n.5, p. 604-611, 2011.

HOFFMANN, M. et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. **Cell**, v.181, p.271–280, 2020.

Instituto Nacional de Câncer, INCA. **Tabagismo**. 2018. Disponível em <https://www.inca.gov.br/tabagismo#_edn3> Acesso em 21 de maio de 2019.

JIMENEZ-PAVON, D. et al. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. **Progress in cardiovascular diseases**, 2020.

JORDAN RE, ADAB P, CHENG KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. **BMJ**. 2020.

KEATING, A; LEE, A; HOLLAND, A. E. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. **Chronic respiratory disease**, v.8, n.2, p.89-99, 2011.

KERKOSKI, E. et al. Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 825-832, Dec. 2010.

KIM, W.J. et al., Comprehensive Analysis of Transcriptome Sequencing Data in the Lung Tissues of COPD Subjects. **International Journal of Genomics**. 2015.

LEE, H. et al. Different impacts of respiratory symptoms and comorbidities on COPD-specific health-related quality of life by COPD severity. **International journal of chronic obstructive pulmonary disease**, v.12, p.3301-3310. 2017.

LEUNG, J. M et al. ACE-2 expression in the small airway epithelia of smokers and COPD patients: implications for COVID-19. **The European respiratory journal** v.55, n.5, p.2000688, 2020.

LI, W. *et al.* Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. **Nature**, v.426, p.450–454, 2003.

LIKERT, R. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, , v.140, n.55. 1932.

LOPES, Samuel. Doença pulmonar obstrutiva crônica: análise do impacto de fatores clínicos, psicológicos e psiquiátricos. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

LOSCALZO, J. **Pneumologia e Medicina Intensiva de Harrison**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LOTTA, P. et al. COPD Comorbidities Predict High Mortality – Asthma-COPD-Overlap Has Better Prognosis, **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, 17:4, 366-372. 2020.

LUNDGREN F. et al. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Exacerbação. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira**, 2012.

MAKE, B.J. et al. A score to predict short-term risk of COPD exacerbations (SCOPEX). **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v.10, n. 1, p. 201–209, 2015.

MAURER, J. et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. **Chest Journal**, v.134, n.04, p-43S-56S, 2008.

MENEZES, Ítalo Reuber Oliveira de; DANTAS, Rodrigo Tavares. Conhecimento e adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Cadernos ESP**, Ceará. v.11, n.1, p.52-59, 2017.

Ministério da Saúde. **COVID19 - Painel Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em 02 de junho de 2020.

NTRITSOS, G. et al. Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. **International journal of chronic obstructive pulmonary disease**, v.13, p.1507–1514, 2018.

NG, T. et al. Depressive Symptoms and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Effect on Mortality, Hospital Readmission, Symptom Burden, Functional Status, and Quality of Life. **Archives of Internal Medicine**, v.167, n.1, p.60–67, 2007.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875>. Acesso em junho de 2020.

OZEMEK, C. et al. An Update on the Role of Cardiorespiratory Fitness, Structured Exercise and Lifestyle Physical Activity in Preventing Cardiovascular Disease and Health Risk. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v.61, n.5-6, p.484-490, 2018.

OZEMEK, C.; LAVIE, C. J.; ROGNMO, O. Global Physical Activity Levels - Need for Intervention. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v.62, n.2, p.102-107, 2019.

PELTOLA, L., PÄTTSI, H., HARJU, T. COPD Comorbidities Predict High Mortality – Asthma-COPD-Overlap Has Better Prognosis, **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v.17, n.4, p.366-372, 2020.

PINTO, B. G et al. ACE2 Expression is Increased in the Lungs of Patients with Comorbidities Associated with Severe COVID-19. **The Journal of Infectious Diseases**, 2020.

PRESTES, Daniele et al . Relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde de indivíduos com a doença pulmonar obstrutiva crônica. *CoDAS*, São Paulo , v. 32, n. 4, e20190036, 2020.

QASEEM, A. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. **Annals of Internal Medicine**, v.155, n.3, p. 179-191, 2011.

RABE, K. F. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 176, n.6, p.532–555, 2007.

RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, P. et al. “Prevalence of physical disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease and associated risk factors.” **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease** v.10, n.5, p.611-617, 2013.

SAMPAIO, M. S. et al. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. **Respiratory medicine**, v.151, p.11-18, 2019.

SCHROEDL, C. J et al. “A qualitative study of unmet healthcare needs in chronic obstructive pulmonary disease. A potential role for specialist palliative care?” **Annals of the American Thoracic Society**, v.11, n.9, p.1433-1438, 2014.

SEALE, H. et al. COVID-19 is rapidly changing: examining public perceptions and behaviors in response to this evolving pandemic. **PLoS One**. v.15, n.6, 2020.

SILVA, L.C.C. **Pneumologia**: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SIMMONS, G. et al. Different host cell proteases activate the SARS-coronavirus spike-protein for cell-cell and virus-cell fusion. **Virology**, v.413, n.2, p. 265-74, 2011.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **GOLD COPD lança diretrizes 2019 de manejo da DPOC**. 2018. Disponível em <<https://sbpt.org.br/portal/gold-copd-dpoc-2019/>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

TARANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 6.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TRINDADE, A. M.; SOUSA, T. L. F.; ALBUQUERQUE, A. L. P. A interpretação da espirometria na prática pneumológica: até onde podemos avançar com o uso dos seus parâmetros? **Pulmão RJ**, v.24, n.1, p. 3-7, 2015.

UNDERNER, M. et al. Influence de l’anxiété et de la dépression sur les exacerbations au cours de la BPCO. **Revue Des Maladies Respiratoires**, v.35, n.6, p.604–625, 2018.

VAARALA, M. H. et al. Expression of transmembrane serine protease TMPRSS2 in mouse and human tissues. **The Journal of Pathology**, v.193, n.1, p.134–140. 2001.

VOGELMEIER, C. F. et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. **European Respiratory Journal**, v.49, n.3, 2017.

WEDZICHA, J.A. et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. **European Respiratory Journal**, v.49, n.3, 2017.

World Health organization (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51, 11 March 2020**. 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: junho de 2020.

World Health Organization (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva. 2010. Disponível em:

<<https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>>. Acesso em: julho de 2020.

World Health organization (WHO). **How to stay physically active during COVID-19 self-quarantine**. 2020a. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physicalactivity/news/news/2020/3/how-to-stay-physically-active-during-covid-19-selfquarantine>. Acesso em: julho de 2020.

World Health organization (WHO). **Motion for your mind: Physical activity for mental health promotion, protection and care**. 2019. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/403182/WHO-Motion-for-your-mind-ENG.pdf> Acesso em: julho de 2020.

World Health organization (WHO). **Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT-1, 21 January 2020**. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: junho de 2020.

World Health organization (WHO). **Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 11, 31 January 2020**. 2020d. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: junho de 2020.

World Health organization (WHO). **The top 10 causes of death**. 2020b. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> > Acesso em: julho de 2020.

World Health Organization (WHO). **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva. World Health Organization, 2018.

ZACARIAS, L. C. et al. Validação da versão brasileira do world health organization disability assessment schedule (WHODAS 2.0) em indivíduos com DPOC. 2019. Artigo (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

Zhou, F., et al., Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p.1054-1062, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE E NO ESTILO DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DPOC", com o objetivo de verificar a saúde e o estilo de vida de indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19.

Para isso, gostaríamos de convidar você, pessoa portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC (Enfisema e/ou bronquite crônica), para responder a um questionário *on-line*, com algumas perguntas objetivas e uma pergunta aberta para relato, sugestão ou crítica sobre a pesquisa. Trata-se de questões referentes ao seu dia a dia durante a pandemia da COVID-19, relatando aspectos físicos, emocionais e sociais deste período, que devem lhe tomar cerca de 15 minutos do seu tempo. Ressaltamos que não há resposta correta ou inadequada. Todas são importantes para entendermos o seu estado de saúde e qualidade de vida atualmente.

Como esta é uma pesquisa com seres humanos, ela foi avaliada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões, que emitiu o parecer consubstanciado de aprovação nº 4.197.089.

O risco que identificamos para você, como participante do estudo, será o tempo despendido para responder ao questionário e algumas questões podem suscitar constrangimento. Temos compromisso de garantir a confidencialidade dos dados, além disso, nenhuma informação pessoal será coletada pela pesquisa. Caso você não queira mais participar, você pode, a qualquer momento, deixar de preencher o questionário e abandonar a pesquisa, sem nenhum prejuízo a você, já que não terá nenhuma identificação. Lembramos ainda que a sua participação nesta pesquisa não lhe traz nenhuma despesa ou ônus financeiro; assim como não há nenhuma remuneração associada à participação.

A sua participação pode contribuir com informações que auxiliem a melhor compreender o estado de saúde e a estilo de vida de pessoas com DPOC neste período. Os benefícios que vemos no estudo são de permitir uma reflexão frente ao seu próprio estado de saúde, identificação de pontos a melhorar no seu dia a dia, além de contribuir com a sociedade, apoiando a pesquisa científica.

Estaremos disponíveis para atender a qualquer demanda sua para orientação, esclarecimento e redução de eventuais constrangimentos ou incômodos gerados pela pesquisa.

No processo do levantamento e análise dos dados da pesquisa, nos comprometemos com as normativas éticas vigentes (Resolução 466/2012).

Se você concorda em participar da pesquisa, responda "SIM, CONCORDO" no item a seguir para ter acesso ao questionário. Vamos considerar que você aceitou participar da pesquisa (comparável à sua assinatura).

Caso você deseje algum esclarecimento ou orientação, por favor, entre em contato com a pesquisadora responsável:

Luana Carla Zambon

Acadêmica de Fisioterapia pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões
- URI Erechim

luana__zambon@hotmail.com

Orientação:

Profª Drª Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch

anamorsch@uricer.edu.br

E se quiser, pode também acessar o Comitê de Ética em Pesquisa, que é um conjunto de pessoas, de diferentes áreas profissionais, que avalia os projetos de pesquisa com seres humanos, procurando assegurar as garantias de integridade e dignidade dessas pesquisas para os participantes.

- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus Erechim.

Telefone: (54) 3520-9000 Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, Bairro Fátima. CEP 99709-910. Erechim-RS, Brasil.

Desde já, agradecemos imensamente sua participação!

APÊNDICE B – INSTRUMENTO *ON-LINE* PARA VERIFICAR A SAÚDE E O ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DPOC DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeCi-tD220ACcdtIMoPM0udwZidLJFNd2ObBU_IlusWOHARag/viewform

APÊNDICE C – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO LINK DO QUESTIONÁRIO *ON-LINE* PARA OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS PRIVADOS DA REDE SOCIAL FACEBOOK®.

Olá! Tudo bem? Meu nome é Luana Carla Zambon, sou acadêmica do último ano do curso de Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Erechim (URI-Erechim) e, com a orientação da Profª Drª Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch, estou realizando uma pesquisa intitulada como “IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE E NO ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DPOC”, tendo como objetivo principal verificar a saúde e o estilo de vida de indivíduos com DPOC durante a pandemia da COVID-19. Venho convidar você, pessoa diagnosticada com DPOC, sendo Enfisema pulmonar ou Bronquite crônica, a participar desta pesquisa, respondendo um questionário on-line, o qual tomará em torno de 15 minutos do seu tempo, trazendo questões referentes ao seu dia a dia durante a pandemia de COVID-19. Destacamos a importância de sua participação na contribuição com a sociedade e com a pesquisa científica, além da compreensão do estado de saúde e a estilo de vida de pessoas com DPOC, buscando alternativas para este momento!

Segue abaixo o link do questionário on-line! Agradecemos desde já sua participação!

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeCi-tD220ACcdtIMoPM0udwZidLJFNd2ObBU_IlusWOHARag/viewform

APENDICE D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS
MISSÕES - URI - CAMPUS DE
ERECHIM/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE E NO ESTILO DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DPOC

Pesquisador: Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35636920.5.0000.5351

Instituição Proponente: Universidade Reg. Int. do Alto do Uruguai e das Missões - URI - Campus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.197.089

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quali-quantitativo, de corte transversal, utilizando a estratégia de levantamento de dados do tipo Survey, por meio de um questionário on-line estruturado, autoaplicável, com respostas fechadas e uma resposta aberta para sugestões ou depoimentos. A população será composta por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de Do O vírus SARS-COV2 responsável pela pandemia mundial de COVID-19, foi identificado na China no final de 2019, tem um alto potencial de contágio e sua incidência aumentou exponencialmente nos últimos meses. Devido ao isolamento social, o estilo de vida da população em geral se alterou, impactando principalmente pessoas idosas e portadores de doenças crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), os quais eram incentivados a manter a prática de exercício físico como forma de tratamento coadjuvante ao medicamentoso. A redução da prática de atividades físicas durante a pandemia da COVID-19 pode contribuir para o aumento de transtornos psicológicos como ansiedade e depressão que podem levar a um aumento dos sintomas respiratórios desencadeando períodos de exacerbação, comprometendo a capacidade funcional, além do risco de internação hospitalar. Portanto, esta pesquisa busca avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no estado de saúde e qualidade de vida de pacientes com DPOC. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quali-quantitativa, aplicada por meio de um

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 01, sala 1.37
Bairro: Centro **CEP:** 99.709-910
UF: RS **Município:** ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uricer.edu.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS
MISSÕES - URI - CAMPUS DE
ERECHIM/RS



Continuação do Parecer: 4.197.089

questionário on-line estruturado, autoaplicável, com respostas fechadas e uma resposta aberta para sugestões ou depoimentos. A população será composta por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de DPOC, participantes de grupos da rede social Facebook. A amostra será do tipo intencional estimativa. A análise estatística será feita de forma descritiva e inferencial de correlação de Spearman e de Pearson e análise de conteúdo de Bardin. Estima-se no presente estudo, uma amostra não probabilística, por conveniência de pelo menos 200

formulários respondidos por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico de DPOC, que estejam incluídos em 3 grupos fechados da rede social Facebook e que escolham participar da pesquisa, respondendo a um questionário on-line. O instrumento que será utilizado nesta pesquisa foi elaborado e adaptado pelas pesquisadoras com base no documento "Bem-estar mental e saúde pulmonar" (Mental well-being and lung health), desenvolvido pela European Lung Foundation e pela European Respiratory Society (ELF; ERS, 2020) e concebido na forma on-line, através do formulário Google Docs. Nele constam 4 seções (Parte I - perfil sociodemográfico, Parte II - aspectos físicos, Parte III - aspectos emocionais e psicológicos, e Parte IV - aspectos sociais), com perguntas fechadas e questões assertivas, totalizando 35 variáveis, e uma pergunta aberta com objetivo de coletar sugestões e depoimentos dos participantes da pesquisa. (Link de acesso ao questionário: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeCitD220ACcdtIMoPM0udwZidLJFNd2ObBU_illusWOHARag/viewform>). Na primeira página do questionário, estará disponível ao participante o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual será explicado o objetivo da pesquisa, seus benefícios e potenciais riscos ao respondê-la. O participante deverá responder

"Sim, concordo" à afirmação "Concordo em participar da pesquisa", caso ele esteja de acordo e aceite participar. Na parte I, constam 11 perguntas com objetivo de caracterizar a amostra. Nesta etapa, a análise dos resultados será feita de forma descritiva, ilustrada por meio de gráficos e tabelas para melhor entendimento dos resultados. Na parte II, III e IV, as perguntas serão direcionadas a fim de identificar como estão os aspectos físicos, emocionais e psicológicos, e sociais, de pessoas com DPOC desde o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020. Para elaboração das possíveis respostas, utilizouse como base a escala Likert de 5 pontos, proposta por Rensis Likert (LIKERT, 1932). Nela, o participante é solicitado a, não apenas responder se concorda ou não com a afirmação, mas qual o grau de concordância ou discordância. Então, elaborou-se escores de respostas para as três seções. As

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 01, sala 1.37
Bairro: Centro **CEP:** 99.709-910
UF: RS **Município:** ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uricer.edu.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS
MISSÕES - URI - CAMPUS DE
ERECHIM/RS



Continuação do Parecer: 4.197.089

respostas foram adequadas conforme a pergunta, a fim de manter a coerência e concordância do questionário, sendo que estas mudanças não irão interferir no escore final da seção. Após a aprovação pelo CEP, será realizado um pré-teste nos moldes de aplicação da pesquisa, com pessoas adequadas, buscando identificar possíveis falhas no Questionário on-line em relação a formatação, perguntas ambíguas ou inadequadas e verificar o tempo necessário para respondê-lo (Babbie,1999). Após a aplicação do pré-teste e feitos os ajustes necessários no formato e texto, a pesquisadora responsável pela pesquisa entrará em contato com o(s) administrador(es) dos 3 grupos da rede social Facebook, solicitando autorização para divulgar o link da

pesquisa. Ao receber a autorização, a pesquisadora realizará o convite de participação e compartilhará um link de acesso ao Questionário on-line, o qual conta com perguntas específicas para pacientes com DPOC, o que filtrará a amostra caso outras pessoas que não a população alvo deste estudo tentasse respondê-lo. Os dados serão obtidos instantaneamente ao envio do formulário respondido pelo participante. Posteriormente, após o fim do período de recolha de dados, estes serão tabulados utilizando o Microsoft Excel 2010.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no estado de saúde e estilo de vida de pacientes DPOC.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa.

Verificar o perfil de atividade física dos DPOC durante a pandemia da COVID-19.

Observar o perfil emocional e psicológico de pacientes DPOC durante a pandemia da COVID-19.

Observar o perfil social de pacientes DPOC durante a pandemia da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tempo despendido para responder ao questionário e algumas questões podem suscitar constrangimento.

Benefícios:

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 01, sala 1.37

Bairro: Centro **CEP:** 99.709-910

UF: RS **Município:** ERECHIM

Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uricer.edu.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS
MISSÕES - URI - CAMPUS DE
ERECHIM/RS



Continuação do Parecer: 4.197.089

Espera-se com este estudo compreender o estado de saúde e a estilo de vida de pessoas com DPOC neste período de pandemia, além de contribuir com a sociedade buscando alternativas para o desfecho, além de apoiar a pesquisa científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática escolhida é relevante e muito importante diante a da realidade que estamos vivendo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTOS APRESENTADOS NA VERSÃO DE 27/07/2020
TCLE - ADEQUADO

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer baseado no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599303.pdf de 27/07/2020 e complementares.

- O CEP não conhece a classificação de tipo de pesquisas "intencional estimativa". Gostaríamos que os pesquisadores revissem. ADEQUADO NA VERSÃO DE 03/08/2020.
- Como acontecerá o contato com os administradores dos grupos? É de suma importância que saibamos como as pesquisadoras terão acesso a esses grupos privados, bem como precisamos saber das características destes grupos. Por exemplo: eles são de Erechim? do Rio Grande do Sul? ADEQUADO NA VERSÃO DE 03/08/2020, CONFORME CARTA RESPOSTA DA PESQUISADORA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está apto a ser executado. Tendo em vista a legislação vigente, deve ser encaminhado ao CEP-URI/Plataforma Brasil o relatório final (TCC, monografia, dissertação, artigo, etc) ao término do trabalho, via notificação, para que sejam devidamente apreciadas, conforme Norma Operacional CNS nº001/13, item XI.2.d. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação, via recurso da EMENDA. A partir do dia 17/09/2019, na submissão de EMENDAS, deve ser inserido o Documento de Solicitação de Emenda a Protocolo, conforme apresentado na Formação Continuada do dia 11/09/2019 (Documento na página do CEP).

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 01, sala 1.37
Bairro: Centro **CEP:** 99.709-910
UF: RS **Município:** ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uricer.edu.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS
MISSÕES - URI - CAMPUS DE
ERECHIM/RS



Continuação do Parecer: 4.197.089

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599303.pdf	03/08/2020 09:42:44		Aceito
Outros	carta_avalador_luana_pendencia.pdf	03/08/2020 09:40:51	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_luana_covid_cep_2.pdf	03/08/2020 09:40:25	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_luana_covid_cep_2.docx	03/08/2020 09:40:09	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito
Outros	tipificacao_estudo_luana.pdf	27/07/2020 17:44:19	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_questionario_luana.pdf	27/07/2020 17:43:19	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	27/07/2020 17:39:36	Ana Lucia Bernardo de Carvalho Morsch	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ERECHIM, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
CLAODOMIR ANTONIO MARTINAZZO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 01, sala 1.37
Bairro: Centro **CEP:** 99.709-910
UF: RS **Município:** ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uricer.edu.br