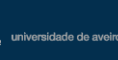
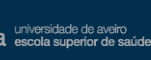


Relação entre a Fadiga e a Atividade Física na DPOC

Ana Vieira¹, Diana Dias¹, Eunice Miguel¹, Telma Matos¹, Sofia Flora², Liliana Santos³, Alda Marques^{3,4}, Cândida G. Silva^{1,2,5}, Joana Cruz^{1,2,3}

¹Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (ESSLe), Leiria; ²Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare), Leiria; ³Lab3R – Laboratório de Investigação e Reabilitação Respiratória, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (Lab3R-ESSUA), Aveiro; ⁴Instituto de Biomedicina (iBIMED), Universidade de Aveiro, Aveiro; ⁵Centro de Química da Universidade de Coimbra, Coimbra.



*joana.cruz@ipleiria.pt



Introdução

A fadiga é o 2º sintoma mais prevalente na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), contudo é muitas vezes negligenciado e pode estar associado a uma menor capacidade para a prática de atividade física (AF).

Objetivo: Explorar a relação entre a fadiga e a AF na DPOC, e a influência de fatores relacionados com a DPOC na fadiga (objetivo secundário).

Métodos

Design: Estudo transversal em pessoas com DPOC estável.

Fadiga: Checklist of Individual Strength (CIS20-P, scores 0–140) e CIS20 Fadiga Subjetiva (CIS20-SF, scores 8–56). Fadiga anormal estava presente se CIS20-SF ≥ 27 (ligeira, scores 27–35; grave, ≥ 36) [2].

Atividade física: Acelerómetro Actigraph GT3X durante 7 dias (≥ 4 dias válidos, i.e., ≥ 8 h/dia [3]). Medidas: tempo em atividade física de intensidade moderada a vigorosa (AFMV, em min/dia), atividade física total (AF total, min/dia), número de passos diários.

Dispneia: modified Medical Research Council (mMRC).

Função pulmonar: espirometria, graus GOLD 1–4.

Exacerbações: 0–1 sem hospitalização; ≥ 2 sem hospitalização 2 ou mais/ ≥ 1 com hospitalização.

Análise de dados: Realizaram-se correlações de Spearman (ρ) e de Phi (ϕ) e regressões lineares.

Resultados

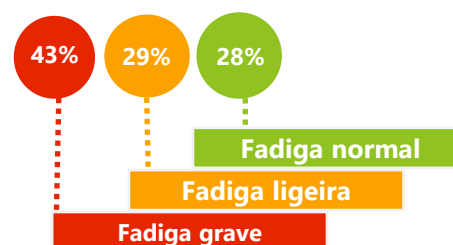


Figura 1. Presença de fadiga de acordo com a CIS20-SF.

72% da amostra apresentou fadiga (Figura 1).

Foram observadas correlações significativas entre a fadiga (CIS20-P e CIS20-SF) e a AFMV, número de passos diários, graus GOLD 1–4, dispneia (mMRC) e n.º de exacerbações ($p < 0,05$, Tabela 1). As restantes correlações entre os scores da CIS20-P e CIS20-SF e as variáveis clínicas foram fracas (≤ 20 , $p > 0,05$).

A regressão linear indicou que $>30\%$ da variância do score total da CIS20-P ($R^2 = 0,338$; $p < 0,001$) e da CIS20-SF ($R^2 = 0,304$; $p < 0,001$) era explicada pelo tempo despendido em AF total e em AFMV, os graus GOLD 1–4 e a mMRC. A dispneia revelou-se o maior preditor do CIS20-P e da DSF (ambos $\beta = 0,48$, $p < 0,005$).

Tabela 1. Correlações entre a fadiga, atividade física e fatores relacionados com a doença ($n=83$).

Medida	Correlação (ρ)		Regression β (p)	
	CIS20-P	CIS20-SF	CIS20-P	CIS20-SF
AFMV	-0,29 (0,01)	-0,28 (0,01)	-0,07 (0,57)	-0,05 (0,69)
AF total	-0,15 (0,20)	-0,06 (0,59)	0,14 (0,29)	0,21 (0,11)
Passos diários	-0,30 (0,10)	-0,25 (0,03)	---	---
GOLD 1-4	0,43 (<0,001)	0,38 (0,001)	0,20 (0,08)	0,21 (0,07)
N. Exacerbações	0,30 (0,01)	0,27 (0,02)	---	---
mMRC (0-4)	0,50 (<0,001)	0,47 (<0,001)	0,48 (<0,05)	0,48 (<0,05)

As variáveis 'Passos diários' e N.º exacerbações não foram incluídas no modelo devido a não cumprirem os pressupostos da regressão linear. Nível de significância estatística $p < 0,05$.

Conclusões: As pessoas com DPOC menos ativas apresentam maiores níveis de fadiga, embora a relação seja fraca. A dispneia parece ter a maior influência sobre a fadiga.



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Agradecimentos: Este trabalho foi financiado pelo FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional através do COMPETE 2020 e por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto OnTRACK (POCI-01-0145-FEDER-028446). As autoras gostariam de agradecer à Ewelina Pienkowska pelo desenho do logotipo do OnTRACK. **Referências:** [1] Ebadi et al. Eur Respir Rev, 2021. 30(160): p. 200298. [2] Peters et al. Patient Educ Couns, 2011. 85(2): p. 281-285. [3] Demeyer, Chest, 2014. 146(2):318-27.