

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

EDILAINE KERKOSKI

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÔNICA**

Florianópolis

2007

EDILAINÉ KERKOSKI

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Florianópolis
2007

EDILAINE KERKOSKI

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÔNICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 05 de setembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Marta Lenise Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente

Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Membro

Dra. Denise M^a. Guerreiro V. Silva
Membro

Dra. Gladys Brodersen
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, Evaldo, e a minha mãe, Catarina. São as pessoas que mais me apoiaram desde o início da minha vida escolar. Estiveram sempre ao meu lado nas escolhas que fiz profissionalmente. Mesmo quando decidi mudar de cidade e como consequência ficar alguns quilômetros de distância. Ao meu pai, por me ensinar que sempre devemos batalhar pelo que desejamos. Pai, o senhor será sempre o exemplo, de uma vida de desafios e conquistas. À minha mãe por todo o seu carinho, sua força, seu incentivo e suas orações.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Miriam Süsskind Borenstein, pelo seu acolhimento desde minha entrada no programa, companheirismo, amizade, carinho, incentivo, conhecimento e profissionalismo.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e por estarem próximos mesmo que a distância física seja grande.

A minha querida e amiga Luciana, que me apóia desde que nos conhecemos e por tudo o que representa na minha vida. Valeu por ser companheira de todas as horas, pelo seu carinho, pelas correções, compreensão, respeito e principalmente paciência. Obrigada por tudo.

À prof^a. Dra. Denise M^a. Guerreiro Vieira da Silva, por toda a força, incentivo e sugestões que me ajudaram muito neste trabalho.

À Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí, Luciana de Oliveira Gonçalves, que sempre esteve disposta a ajudar na realização deste trabalho.

À secretária do Curso de Fisioterapia, Rose Amorim, por toda a sua sensibilidade e criatividade.

Aos funcionários da Clínica de Fisioterapia, Dulcinéia e Rosângela, pela ajuda para que tudo transcorresse sem problemas na organização da coleta de dados.

Às pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica que realizam fisioterapia na UNIVALI, meus sinceros agradecimentos pela participação neste estudo.

Às professoras, Fabíola Chesani e Rubia Giachini, pelos horários concedidos e ao professor Christian Marchi pelo conhecimento estatístico.

Às professoras do mestrado, pelo conhecimento transmitido.

Ao Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho, Pró-Reitor de Pesquisa, Extensão e Cultura da UNIVALI, pelo apoio para a execução deste trabalho.

À minha amiga, Maribel e a Fabiane Francioni, pela escuta dos meus desabafos. Valeu!

Ao Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON).

Ao Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCE).

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, que não foram citadas aqui.

A Deus, por ter me aberto tantas portas, e pela força e proteção.

KERKOSKI, E. **Qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 152p

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

RESUMO

Este estudo, do tipo exploratório descritivo de natureza quanti-qualitativa, teve como objetivo compreender como pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica sob tratamento fisioterápico percebem sua qualidade de vida. Foi desenvolvido na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí, em Itajaí (Estado de Santa Catarina - Brasil). Orientado pelo marco de referência sobre qualidade de vida do grupo *World Health Organization Quality of life*, que engloba a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com as características do meio ambiente em que a pessoa está inserida. Integraram o estudo quinze pessoas. A coleta de dados foi realizada utilizando-se o instrumento *World Health Organization Quality of life-100* e uma entrevista semi-estruturada. Para análise quantitativa utilizou-se a sintaxe oferecida pelo grupo *World Health Organization Quality of life* para ser usada no programa de *Software SPSS (Statistical Package for Social Science)*. Foi realizada análise estatística descritiva e análise de correlação; e análise qualitativa do conteúdo, sendo que as categorias foram compostas pelos domínios do instrumento. A análise quantitativa do instrumento demonstrou que os aspectos físicos e o nível de independência foram os piores escores dos seis domínios avaliados. Os elementos foram: dor; energia; sono; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamento; e capacidade para o trabalho. A análise qualitativa permitiu explorar mais a influência dos aspectos físicos e o nível de independência, permitindo compreender, o que exatamente, desses elementos prejudica a qualidade de vida dessas pessoas, que foi a dor, dispnéia, dificuldade para dormir e presença de tosse e catarro. Pelo instrumento, pudemos verificar que o domínio psicológico foi o que obteve correlações mais fracas como interferindo na qualidade de vida na população deste estudo, principalmente os elementos relacionados à auto-estima, aos sentimentos negativos e a imagem corporal. Por outro lado, na análise qualitativa, evidenciou-se que os aspectos psicológicos interferem sobremaneira a qualidade de vida. No domínio relações sociais avaliado pelo instrumento, o suporte social e atividade sexual mostraram-se importantes. Na avaliação qualitativa não só receber apoio social, mas como o bom relacionamento com a família é importante para a melhora da qualidade de vida. No domínio ambiente, baseando-se pelo instrumento observou-se que o transporte, o ambiente físico, a participação em atividades recreativas e de lazer, bem como, a oportunidade de obter tais atividades, a segurança física e ambiente no lar, foram os elementos que mais se correlacionaram com a qualidade de vida. Na análise qualitativa, dois elementos destacaram, as baixas temperaturas e a poluição do ar influenciam negativamente na qualidade de vida dessas pessoas. A fisioterapia contribui positivamente em todos os domínios da qualidade de vida.

Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crônica, fisioterapia, qualidade de vida, Organização Mundial da Saúde.

KERKOSKI, E. **The quality of life of people with chronic obstructive pulmonary disease**, 2007. Dissertacion (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 152f.

ABSTRACT

This exploratory study had as objective to understand how people who suffer from COPD and are under physiotherapy treatment perceive quality of life. The study was developed at the physiotherapy clinic at Univali Itajaí. Criteria from the World Health Organization Quality of life - Physical health, Psychological health, independence level, social relationships, personal beliefs, and relationships environmental issues in which the person is involved oriented the 15 people study. Data was collected through the World Health Organization Quality of life-100 and through a semi-structures interview. For a quantitative analysis a syntax of the World Health Organization Quality of life was utilized and used in the SPSS Software program (Statistical Package for Social Science). The descriptive statistical analysis and analysis of correlation and analysis of the quality of contents were done with categories composed by instrument domain. Of the six evaluated Domains the physical aspects and the level of independence showed he worst scores. The elements were pain, energy, sleep, mobility, every day life activities, dependency on medication or treatment, and the capacity for work. The qualitative analysis allowed for a more depth exploration of the influence of physical aspects and the level of independence; thus, helping us to understand what exactly handers quality of life for theses people - pain, respiratory, disruptions, sleep deprivation, cough determine that the psychological domain obtained weaker correlations as to interference in the quality of life of subjects, specially as to self-stem, negative thoughts and self-image. On the other hand, the qualitative analysis proved that psychological aspects do strongly interfere in the quality of life. As to the social relations domain, social support and sexual activities proved important. In the qualitative evaluation, good family relation is as important as social support for good quality of life. In the environment domain, transportation, physical environment, leisure and relaxing activities as well as opportunity to do these activities the physical security, and the ambiance of the home were the most correlation items to the quality of life, based on instrument observation. In the qualitative analysis, two elements were key low temperatures and pollution. Both had negative influence on the quality of life of the people. Physiotherapy contributes in positive manner in all domains for good quality of life.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, physiotherapy, quality of life, World Health Organization.

KERKOSKI, E. **Calidad de vida de la personas que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica**, 2007. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 152f.

RESUMEN

Este estudio es de tipo exploratorio descriptivo de naturaleza cuanti-cualitativa, tuvo como objetivo comprender como personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento fisioterápico perciben su calidad de vida. Fue desarrollado en la Clínica de Fisioterapia de la Universidade do Vale do Itajaí –Universidad del Valle del Itajaí-, en Itajaí (Estado de Santa Catarina - Brasil). Orientado por el marco de referencia sobre Calidad de vida del grupo *World Health Organization Quality of life*, que comprende una construcción compleja e incluye la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relaciones con el medio ambiente en que la persona está inserida. Integraron el estudio quince personas. La recolección de información fue realizada utilizándose el instrumento *World Health Organization Quality of life-100* y una entrevista semi-estructurada. Para el análisis cuantitativo se utilizó la sintaxis ofrecida por el grupo *World Health Organization Quality of life* para ser usada en el programa de *Software SPSS (Statistical Package for Social Science)*. Fue realizado análisis estadístico descriptivo e análisis de correlación lineal de Pearson; e análisis cualitativo incluí la codificación e distribución en las categorías que fueron los dominios del instrumento e interpretación de los datos. El análisis cuantitativo del instrumento demostró que los aspectos físicos y el nivel de independencia fueron los peores aspectos de los seis dominios evaluados. Los elementos fueron: dolor, energía, sueño, movilidad, actividades de la vida cotidiana, dependencia de medicación o tratamiento, y capacidad para el trabajo. El análisis cualitativo permitió explorar la influencia de los aspectos físicos y el nivel de independencia, permitiendo comprender lo que exactamente de esos elementos perjudica la calidad de vida de esas personas, que fueron dolor, disnea, dificultad para dormir y presencia de tos y catarro. Por el instrumento pudimos verificar que el dominio psicológico fue lo que obtuvo correlaciones más débiles, interfiriendo en la calidad de vida de la población de este estudio, principalmente los elementos relacionados con la auto-estima, los sentimientos negativos y la imagen corporal. Por otro lado, en el análisis cualitativo, se evidenció que los aspectos psicológicos interfieren sobre manera en la calidad de vida. En el dominio relaciones sociales evaluado por el instrumento, el soporte social y actividad sexual se mostraron importantes. En la evaluación cualitativa no solo recibir apoyo social, más como el buen relacionamiento con la familia es importante para la mejoría de la calidad de vida. En el dominio ambiente, basándose en el instrumento se observó que el transporte, el ambiente físico, la participación en actividades recreativas y de placer, bien como, la oportunidad de obtener tales actividades, la seguridad física y el ambiente en el hogar, fueron los elementos que mas se correlacionaron con la calidad de la vida. En el análisis cualitativo, dos elementos se destacaron, las bajas temperaturas y la contaminación del aire influyen negativamente en la calidad de vida de esas personas. La fisioterapia contribui en la calidad de vida de una forma multidimensional.

Palabras claves: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fisioterapia, calidad de vida, Organización Mundial de la Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	<i>American Thoracic Society</i>
AVD	Atividade de Vida Diária
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MRC	<i>Medical Research Council</i>
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SGRQ	<i>Saint George's Respiratory Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
VEF ₁	Volume expiratório forçado no primeiro segundo
VEF ₁ /CVF	Razão volume expiratório forçado no primeiro segundo e capacidade vital forçada
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of life</i>

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1	Domínios e facetas do WHOQOL-100.....	49
Tabela 1	Características sociodemográficas das pessoas com DPOC que participaram do estudo.....	61
Tabela 2	Estimativa dos coeficientes de correlação entre os domínios e a qualidade de vida global.....	66
Tabela 3	Estimativa dos coeficientes de correlação entre os domínios e a qualidade de vida global.....	67
Tabela 4	Estimativa dos coeficientes de correlação entre as facetas e a qualidade de vida global.....	68
Tabela 5	Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Físico.....	68
Tabela 6	Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Psicológico.....	69
Tabela 7	Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Nível de Independência.....	69
Tabela 8	Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Relações sociais.....	70
Tabela 9	Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Ambiente.....	70

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE	23
2.2 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.....	25
2.3 QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DPOC	34
2.4 FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO PULMONAR DA PESSOA COM DPOC	41
3 MARCO DE REFERÊNCIA.....	45
4 METODOLOGIA.....	57
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	57
4.2 LOCAL DA PESQUISA	58
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	60
4.4 COLETA DE DADOS.....	62
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	63
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	65
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	66
5.1 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DPOC SOBRE A QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA	66
5.3 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DPOC SOBRE A QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA.....	78
5.4 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM DPOC SOBRE A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA	96
5.5 A CONVERGÊNCIA E DIVERGÊNCIA DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS... 	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS	124

INSTRUMENTO WHOQOL-100	125
PROCEDIMENTOS PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO WHOQOL-100.....	141
SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-100	143
APÊNDICES.....	146
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	147
FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE	150
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	153

1 INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem um grande impacto social e econômico, merecendo algumas considerações especiais, muito embora, os dados epidemiológicos sejam restritos no país, pois os dados hoje disponíveis não são recentes, foram publicados pelo Ministério da Saúde em 1998.

O estudo de Yaksic et al. (2003), trouxe dados mundiais, alertando que nas últimas três décadas a DPOC tornou-se uma importante causa de morbimortalidade e um problema de saúde pública no mundo inteiro, pois milhões de pessoas sofrem desta enfermidade e morrem prematuramente devido a suas complicações. No final da década de 90 era classificada como a décima segunda doença mais prevalente no mundo, e acredita-se na sua queda para a quinta posição de prevalência nos próximos vinte anos.

Este fato causou um impacto no setor de saúde e despertou a atenção dos profissionais da área da saúde. Além dos fatores de risco, da alta incidência e morbidade e as estimativas de maior aumento, essa doença pode ser assintomática ou com sintomas de pouca relevância para a pessoa e tem demonstrado possuir uma história natural variável e nem todas as pessoas seguem o mesmo curso, dificultando o seu controle (GOLD, 2001).

Contudo, a DPOC é uma doença progressiva, acelerando ainda mais o processo se a exposição da pessoa ao agente nocivo permanecer. Embora existam muitos fatores de risco para a DPOC, fumar é indubitavelmente o fator mais importante na sua gênese. Celli (1998) coloca que o tabagismo responde por 80 a 90% de todas as mortes relacionadas com a doença.

Observando os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), existe um destaque em relação ao tabagismo, pois se encontra como uma das principais causas de morte no mundo. Em um relatório realizado em 2002, constatou-se que o uso do tabaco gera em torno de 8,8% das mortes/ano no mundo, sendo que 38% destes estão relacionadas às doenças respiratórias crônicas (GOMES, 2003).

No último inquérito domiciliar de comportamentos de risco de morbidade referente a doenças e agravos não transmissíveis (2002-2003), o percentual de fumantes acima de 15 anos em 18 capitais brasileiras, mostrou uma porcentagem de 46,46% na região sul (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2000), estima-se que 15% de fumantes, desenvolvem a DPOC clinicamente.

Na região sul, analisando esse último inquérito, com 19.159.833 habitantes, havia cerca de 1.335.248 pessoas com DPOC, correspondendo aproximadamente a 7% da população geral naquele período (BRASIL, 2006).

Jardim (2005) afirma que no Brasil houve um aumento importante das taxas de morbimortalidade por DPOC, gerando um alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse aumento pode ser observado pelas informações disponíveis sobre morbidade hospitalar do SUS por bronquite crônica, enfisema e asma, no período compreendido entre dezembro de 1992 a 1997; percebe-se que houve um acréscimo nas taxas em nível nacional de 21,31% e particularmente na região sul de 39,75%. (BRASIL, 1997).

Além da preocupação pela alta incidência da DPOC em nosso meio, como toda doença crônica, esta causa alterações expressivas na vida das pessoas, fato preocupante, pois influencia diretamente a qualidade de vida destas, em conseqüência, haverá necessidade do desenvolvimento de novos hábitos, revisão dos papéis sociais e a incorporação da doença no seu processo de viver (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

Apesar da DPOC não apresentar cura, e a função pulmonar sofrer um processo irreversível, esta pode ser controlada. Em virtude da DPOC provocar comprometimento na qualidade de vida das pessoas, os profissionais da área da saúde devem se conscientizar para em um esforço conjunto e contínuo, desenvolver programas para manter certo controle desse importante problema de saúde pública.

Ser considerado um importante problema de saúde pública, não está somente associado ao fato da DPOC apresentar uma alta morbimortalidade, mas também por ser uma doença passível de prevenção em muitos casos. Por exemplo, parar de fumar, como principal fator de risco da doença, poderia prevenir milhões de casos ou se a lesão do pulmão já tiver acontecido, a cessação do fumo é uma medida que pode melhorar a sobrevivência (MENEZES et al., 2005).

Pelos motivos relacionados, fica evidente a importância da mobilização da equipe multidisciplinar, no sentido de contribuir com medidas que possam melhorar a

qualidade de vida dessas pessoas. Para isso, é necessário conhecer não só a doença, mas principalmente conhecer como as pessoas com DPOC vivem.

A *American Thoracic Society* (ATS) foi criada para nortear os pesquisadores e os profissionais envolvidos na avaliação e tratamento de doenças pulmonares. Em 1995, eles publicaram um guia padrão de diagnóstico e tratamento das pessoas com DPOC, incluindo uma série de medidas desde aquelas profiláticas até as correções das múltiplas alterações.

Em 1999, surgiu a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, criado por um grupo de cientistas, apoiada pela OMS, e o Instituto Nacional Norte Americano do Coração, Pulmão e Sangue com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a DPOC, para poder ajudar milhares de pessoas que sofrem dessa doença e morrem prematuramente por causa das suas complicações (GOLD, 2001).

O documento produzido foi traduzido para vários idiomas e tem sido atualizado a cada dois anos, exigindo que os profissionais estejam efetivamente capacitados para atender a pessoa com DPOC no seu todo, de modo a possibilitar apoio permanente, à medida que a doença avança. Isto envolve o esforço de uma equipe multidisciplinar para conscientizar as pessoas com relação aos fatores de risco, principalmente no aconselhamento sobre a cessação do fumo, a fim de prevenir a progressão da doença, o acompanhamento contínuo da enfermagem, o tratamento farmacológico para controle dos sintomas, o aconselhamento nutricional e a prática de exercícios físicos pela fisioterapia (GOLD, 2001).

Essa abordagem global por parte dos profissionais de saúde caracteriza-se por um avanço gradual do tratamento, e tem como objetivo o controle da doença, na tentativa de evitar inúmeras hospitalizações, minimizando o problema de saúde pública e proporcionando melhor qualidade de vida da pessoa com DPOC.

A partir dessas considerações, é importante enfatizar que quando uma pessoa é diagnosticada com DPOC, ela deverá necessariamente modificar o seu estilo de vida. Seus hábitos deverão ser repensados, o uso de fumo, o contato com poluentes, com fumantes, entre outros, deverão ser restritos e até mesmo abandonados. A pessoa terá de conhecer profundamente a doença, suas complicações e principalmente o seu tratamento. Além disso, deverá buscar novas

relações sociais, trabalho compatível, novas modalidades de lazer e realizar ajustes financeiros.

Isto se mostra bastante complexo, e a problemática gerada em torno dessa realidade tem conduzido os estudos, objetivando uma análise relacionada à qualidade de vida das pessoas com DPOC.

O diagnóstico da DPOC é feito com base nos sintomas, nos quais podem ser inclusos a irritação das vias aéreas (tosse e produção de secreção) e aqueles que refletem a alteração da mecânica pulmonar (dispnéia e sibilos), associados ainda a alterações espirométricas (GOLD, 2001).

O sintoma mais evidente é a dispnéia, que vai se manifestar em alguma fase de evolução da doença, representando a manifestação clínica que mais compromete a qualidade de vida das pessoas com a DPOC (HAJIRO et al., 1999).

Estudiosos como Martins, França e Kimura (1996) verificaram que a doença crônica interfere, sobretudo na qualidade de vida, e na maioria das pessoas por limitação na sua capacidade física.

O prejuízo na qualidade de vida na pessoa com DPOC vai acontecendo cronicamente, acompanhando o processo fisiopatológico que inicialmente vai reduzir a capacidade física aos grandes esforços e, posteriormente, ao repouso, agravando e desencadeando sintomas limitantes nos pacientes, que diminuirão suas atividades de vida diária (PAULIN; BRUNETTO; CARVALHO, 2003).

Cientes dessa problemática, os fisioterapeutas têm implementado na sua prática profissional, o treinamento físico que integra a reabilitação pulmonar, amplamente preconizada para o tratamento da pessoa com DPOC. Esse tipo de tratamento instituído vem estimulando a capacidade física, reduzindo a dispnéia e melhorando a qualidade de vida (ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005).

A minha prática profissional com pessoas com DPOC, iniciou há sete anos, quando ingressei como docente em uma Universidade particular no Litoral Norte de Santa Catarina. Nessa época, passei a supervisionar estágio na área de fisioterapia respiratória na Clínica de Fisioterapia daquela Universidade. Naquele ambiente, tive a oportunidade de observar os problemas que pessoas com DPOC tinham que enfrentar. Observei ainda, os benefícios que a fisioterapia proporcionava para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Devido à complexidade da doença e a sintomatologia apresentada por estas pessoas, sentia dificuldade no cuidado. Inúmeras vezes, as pessoas com DPOC se apresentavam depressivas, não sabiam como deveriam agir, enfrentar os problemas de frente. Sentiam-se angustiadas, ansiosas e apreensivas quanto ao final do seu sofrimento. Quanto mais intensa era a dispnéia, mais estas pessoas tornavam-se desmotivadas no seguimento do tratamento.

No contato permanente com pessoas com DPOC, percebi que a queixa mais comum relatada estava relacionada com a dispnéia. Esta comprometia a qualidade de vida, prejudicando e reduzindo as atividades de vida diária (AVD), e tendo como conseqüência, efeitos deletérios na sua vida social. O mal-estar, as frustrações, a ansiedade e o medo, acabavam fazendo com que essas pessoas reduzissem seu condicionamento físico, limitando suas atividades, fazendo com que, preferissem ficar dentro de suas casas, isolando-se e tornando-se cada vez mais vulneráveis para o aumento da dispnéia e piora na sua qualidade de vida.

Atualmente, a fisioterapia caracteriza-se como uma profissão com múltiplas potencialidades, incluindo o aspecto do profissional integrar a equipe de saúde, com o foco da assistência à saúde na integralidade e complexidade da pessoa, possibilitando uma visão mais global das suas necessidades.

Como fisioterapeuta, tenho como foco os programas de reabilitação pulmonar destinados a pessoas com DPOC, que atua uma equipe multidisciplinar. Considero de suma importância, a atuação em equipe, e para isso é necessário a interligação com outras áreas da saúde.

Considerando todas as manifestações da doença e a dificuldade no seu cuidado, acredito que a eficácia de um programa de treinamento físico na fisioterapia não deva ser analisado somente por medidas obtidas em testes físicos, também deve ser avaliado pelos múltiplos fatores que se inter-relacionam e que interferem na qualidade de vida das pessoas com DPOC, como o nível de independência, o estado psicológico, o meio ambiente, as relações sociais e as crenças pessoais.

O benefício da fisioterapia na reabilitação pulmonar registrado na literatura pesquisada está mais centrado na questão física, embora os autores incluam a avaliação da qualidade de vida. Em geral o fazem para avaliar um protocolo criado de treinamento físico, utilizando questionários específicos para doenças pulmonares

pré e pós-fisioterapia por seis semanas ou mais. Além disso, o foco dos estudos está na investigação quantitativa.

Este fato despertou em mim, um grande interesse em desenvolver algo diferente, procurando considerar a necessidade das pessoas com DPOC, não isolando o aspecto físico, pois tenho percebido ao longo da minha trajetória profissional que a questão da reabilitação pulmonar parece ir muito mais além de um problema de ordem física, e que sua repercussão, passa por questões intrínsecas que exige interpretações que ultrapassam somente o biológico como sua influência no nível de independência, no estado psicológico, no meio ambiente, nas relações sociais e nas crenças pessoais.

Outro fator que contribuiu para fortalecer a escolha pelo tema foi a restrita produção científica por profissionais da área da fisioterapia, com a utilização de instrumentos multidimensionais na avaliação da qualidade de vida em pessoas com DPOC.

Quando ingressei no Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON) há aproximadamente dois anos, pude amadurecer minhas idéias, e realizar um estudo em uma das linhas do NUCRON, denominada “Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas”. Essa linha tem como objetivo compreender como pessoas com doenças crônicas avaliam sua qualidade de vida na perspectiva do desenvolvimento de práticas de cuidado e de educação em saúde, convergentes ao viver mais saudável e em consonância das políticas públicas (NUCRON, 2007).

Pela experiência na utilização do instrumento *World Health Organization Quality of life* (WHOQOL-100) da OMS, no projeto de qualidade de vida do NUCRON e por ele apresentar uma perspectiva multidimensional, ou seja, avaliar a qualidade de vida englobando aspectos físicos, nível de independência, estado psicológico, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais, optei por usá-lo neste estudo.

Além disso, foi utilizada a entrevista semi-estruturada como investigação qualitativa, pois minha preocupação era de aprofundar a compreensão dos fenômenos que permeiam a vida dessas pessoas, abrangendo aspectos não apreensíveis pela abordagem quantitativa. Como relata Bosi e Mercado (2004) este tipo de investigação é um caminho alternativo para estudar as práticas em saúde, abarcando a subjetividade inerente aos processos e relações sociais.

Nesta perspectiva, tornou-se pertinente na minha prática como fisioterapeuta, propor um estudo para encontrar resposta à seguinte questão: "Qual a compreensão das pessoas com DPOC que realizam fisioterapia, sobre sua qualidade de vida?".

Reconhecer a diversidade das pessoas com DPOC permite não apenas uma mudança na estrutura assistencial, bem como, uma relação mais efetiva entre os profissionais e pessoas com doença crônica, contribuindo para a obtenção destas, de uma melhor qualidade de vida.

Considerando o que foi exposto até o momento, propus como objetivos:

Objetivo Geral

- Compreender como pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica sob tratamento fisioterápico percebem sua qualidade de vida.

Objetivos Específicos

- Conhecer a qualidade de vida na perspectiva das pessoas com a DPOC;
- Conhecer os elementos que influenciam a avaliação da qualidade de vida em pessoas com DPOC;
- Identificar como as pessoas com DPOC percebem a influência da fisioterapia em sua qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda a condição crônica de saúde; a DPOC subdividida em tipos (bronquite crônica e enfisema pulmonar), epidemiologia, fisiopatologia, fatores de risco, sinais e sintomas clínicos, diagnóstico e classificação; a qualidade de vida da pessoa com DPOC; e a atuação da fisioterapia na reabilitação pulmonar da pessoa com DPOC.

2.1 Condição crônica de saúde

Desde o início da década de 80, têm sido observadas mudanças expressivas no perfil da população mundial, destacando-se em especial, o aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos no contexto da população mundial. Esse prolongamento de vida vem causando importantes conseqüências no nível da saúde da população e modificações nos padrões de morbimortalidade e de seus determinantes. As doenças infecciosas que representavam altas taxas de óbitos no país foram caindo de forma acentuada e as doenças crônicas seguiram uma tendência inversa, aumentando (LESSA, 1998).

Essa transformação caracteriza-se por uma predominância de doentes crônicos, no contexto de uma população mais envelhecida, aumentando o período de morbidade com repercussões sociais, pessoais e de saúde. Para quem vive com a doença pode representar um prazo longo de sofrimento físico e psicológico e possibilidades de dificuldades financeiras. Para a sociedade pode representar altos custos com serviços de saúde (LESSA, 1998).

Atualmente as doenças crônicas representam um importante problema de saúde pública, em que se combinam as doenças ligadas à pobreza típica de países em desenvolvimento e as doenças não transmissíveis dos países mais ricos, refletindo as contradições do processo de desenvolvimento (PEREIRA; MERCADANTE, 2004).

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas existe uma grande probabilidade do seu aparecimento com o avançar

da idade, pois as pessoas ficam mais vulneráveis aos processos patológicos. O envelhecimento pode acarretar doenças crônicas, dependendo principalmente do estilo de vida que a pessoa tinha, podendo apresentar doenças como as cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares e endócrinas, que podem ou não estar associadas, caracterizando as comorbidades (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

Ide e Chaves apud Martins, França e Kimura (1996), alertavam que o crescimento da doença crônica no mundo inteiro e no Brasil, estaria atrelado à aceleração industrial e urbana, pois as doenças crônicas estão relacionadas às condições de vida e de trabalho que consomem a população, gerando maior desgaste e deterioração orgânico-funcional. Diante desse fato, um número cada vez maior de pessoas nesta condição começou a compor a clientela dos serviços de saúde.

A doença crônica caracteriza-se pela presença irreversível, acúmulo, ou latência de estados de doença ou prejuízos, que envolvem totalmente a pessoa, requerendo auto-cuidado e tratamentos diversos, para manutenção da função e prevenção das inaptidões que poderão surgir *a posteriori* (MILLER, 2000).

Elas são representadas por grupos de doenças caracterizadas por: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbações; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998).

Apresentam fases que podem ou não serem previsíveis, cada fase tem cuidados próprios, que requer força, mudança de comportamento, atitude e readaptações. A fase da crise é caracterizada pelo período sintomático até o início do tratamento, a fase crônica é marcada pela constância, progressões e remissões dos sinais e sintomas e a fase terminal abrange desde o momento em que a morte parece inevitável até a morte propriamente dita (VIEIRA; LIMA, 2002).

Essas características apresentadas pela doença crônica provocam alterações emocionais e sociais, solicitando cuidados constantes. É uma intercorrência estressora que determina um novo rumo na vida das pessoas. A complexidade que envolve a doença crônica, a terapêutica, a utilização e o acesso tecnológico

determinam e influenciam a trajetória desta (VIEIRA; LIMA, 2002; TRENTINI; SILVA, 1992).

Ser portador de uma enfermidade é um grande desafio, no entanto, quando a doença ainda é crônica, há o imperativo de se mudar hábitos, relacionados com dietas, atividades físicas, o uso contínuo de medicações, o enfrentamento da enfermidade, e a dependência de outras pessoas e aparelhos (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004).

As pessoas com doença crônica são forçadas a manter um controle rigoroso no seu estilo de vida, com vigilância constante sobre os sinais e sintomas, pois se não forem controlados, podem levar a situações graves e até à morte (TRENTINI et al., 2005).

2.2 Doença pulmonar obstrutiva crônica

A DPOC é uma doença caracterizada pela limitação do fluxo aéreo conseqüente à presença de obstrução das vias aéreas, com sintomas como tosse crônica, dispnéia ao esforço e produção de expectoração. Estes sintomas podem ocorrer em conjunto com hiperresponsividade brônquica, podendo ser parcialmente reversível (GOLD, 2001).

2.2.1 Tipos

As duas principais categorias compreendidas na DPOC são: bronquite crônica e enfisema pulmonar.

2.2.1.1 Bronquite crônica

A bronquite crônica é definida como uma condição na qual a tosse produtiva crônica está presente por no mínimo três meses por ano, durante pelo menos dois anos consecutivos (DWEIK; STOLLER, 2000).

Robins et al. (2005) descrevem as características da bronquite crônica como: hiperemia e edema das mucosas do pulmão; secreções mucinosas ou cilindros que preenchem as vias aéreas; aumento no tamanho das glândulas mucosas; presença de rolhas mucosas; inflamação e fibrose nos brônquios e bronquíolos; e metaplasia escamosa ou displasia do epitélio brônquico.

Acarreta limitação ao fluxo aéreo, identificada pela diminuição do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), sendo o principal motivo dos índices de morbidade e mortalidade (FISHMAN, 1998).

A hipersecreção pulmonar é a característica clínica mais precoce, geralmente se inicia em vias aéreas de grande calibre, à medida que a bronquite crônica persiste e progride, a produção em excesso também acontece nas pequenas vias aéreas, desenvolvendo-se a obstrução (SBPT, 2000, FISHMAN, 1998).

O fator primário ou desencadeador da bronquite crônica se apresenta por uma irritação crônica de substâncias inaladas, como fumaça do tabaco e poeiras de diversas origens (por exemplo, a do algodão e da sílica). As infecções são secundárias e mantêm e promovem a lesão iniciada pelo fumo (ROBINS et al., 2005).

Ambos os sexos podem ser afetados, a bronquite crônica é mais freqüente no homem acima de 40 anos idade. Com o aumento do consumo de tabaco pelas mulheres essa freqüência vem diminuindo. É quatro a dez vezes mais comuns em grandes tabagistas, a despeito de idade, sexo, ocupação e local em que vive (ROBINS et al., 2005).

2.2.1.2 Enfisema pulmonar

O enfisema é uma condição caracterizada por aumento anormal e permanente dos espaços aéreos, além dos bronquíolos terminais, acompanhados pela destruição das paredes dos espaços aéreos, sem fibrose (DWEIK; STOLLER, 2000).

O enfisema é classificado de acordo com sua distribuição anatômica dentro do lóbulo. O lóbulo é um grande grupo de ácinos, as unidades respiratórias terminais alveoladas. Existem quatro tipos: centroacinar, paracinar, parasseptal e irregulares, sendo o mais comum o centroacinar (ROBINS et al., 2005).

O enfisema centroacinar caracteriza-se como uma destruição e aumento das partes centrais e proximais da unidade respiratória, ou seja, o ácino, preservando os alvéolos distais. O enfisema panacinar, como uma destruição uniforme e aumento do ácino, predominantemente em bases inferiores e com forte associação com a deficiência de alfa-1 antitripsina. Já o enfisema parasseptal afeta principalmente o ácino distal, poupando o proximal, ocorre próximo à pleura e áreas adjacentes a fibrose ou cicatrizes. O enfisema irregular refere-se ao comprometimento irregular do ácino, está associado à cicatriz e costuma ser assintomático e clinicamente insignificante (ROBINS et al., 2005).

2.2.2 Epidemiologia

A prevalência mundial da DPOC em 1990 foi estimada em 9,34/1.000 em homens e 7,33/1.000 em mulheres (GODOY; GODOY, 2002).

Os dados epidemiológicos subestimam o impacto total da DPOC, pois, geralmente a doença só é diagnosticada quando está aparente e moderadamente avançada; isso acaba por dificultar a quantificação da morbidade e mortalidade dessa doença. E a maior parte das informações disponíveis é proveniente de países desenvolvidos (GOLD, 2001).

As estimativas disponíveis sobre a prevalência da DPOC mais recentes que se encontra na literatura é proveniente da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2000). Estima-se que nos Estados Unidos, aproximadamente 16 milhões de pessoas apresentem DPOC. Todavia, o número de pessoas com DPOC é significativamente maior, algo em torno de 30 a 35 milhões de pessoas. Isto é devido ao fato da doença inicialmente ser assintomática ou com sintomas de pouca relevância para a pessoa.

No Brasil, não se sabe a real prevalência da doença, indica-se a existência de aproximadamente sete milhões e meio de pessoas. Este valor apresenta-se em cinco a dez por cento da população adulta brasileira (FERNANDES; BEZERRA, 2006; SOUSA; JARDIM; JONES, 2000; SBPT, 2000).

Entre a população latino-americana, as taxas gerais de mortalidade estão diminuindo. Porém, os óbitos por doenças crônicas, como a DPOC aumentaram em média 30% nos últimos dez anos. Observa-se que a mortalidade por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral etc., está diminuindo, mas os óbitos por DPOC permanecem em linha ascendente em quase todos os países, gerando preocupações, sobretudo nas áreas de saúde pública (GONZALEZ, 2000).

A DPOC é responsável por significativas visitas ao setor de emergência e hospitalizações, apresentando taxas maiores de dois a quatro vezes do que taxas equivalentes por dor torácica causada pela doença cardíaca isquêmica (MANNINO, 2002; GOLD, 2001).

Uma manifestação importante da DPOC é o efeito na determinação da fração da mortalidade e da incapacidade causada pela doença, usando uma medida composta do impacto de cada problema de saúde, os Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*Disability Adjusted Life Year – DALY*, que significa, o conjunto dos anos perdidos devida à mortalidade prematura, e anos vividos com incapacidade, ajustados à gravidade da doença). Segundo as projeções, é esperado que a DPOC da décima segunda causa principal de DALYs em 1990, passe para a quinta causa em todo o mundo em 2020, depois da doença cardíaca isquêmica, da depressão crônica, dos acidentes de trânsito e da doença cerebrovascular (MANNINO, 2002; GOLD, 2001).

2.2.3 Fisiopatologia

A DPOC é caracterizada por uma inflamação crônica ao longo das vias aéreas, parênquima e vasculatura pulmonar. Macrófagos, linfócitos T (predominantemente CD8⁺) e neutrófilos estão aumentados em várias partes do pulmão. As células inflamatórias ativadas liberam uma variedade de mediadores, incluindo leucotrieno B₄, interleucina 8, fator alfa de necrose tumoral e outros, capazes de lesarem as estruturas pulmonares e/ou sustentarem uma inflamação neutrofílica (MACHADO SENIOR; SHAPIRO, 1998).

Além da inflamação, outros dois processos que parecem ser importantes na patogênese da DPOC, são desequilíbrios de proteinases e antiproteinases no pulmão e estresse oxidativo; eles podem ser conseqüências de inflamação ou podem surgir de fatores ambientais (fumaça do cigarro) e genéticos (deficiência de alfa-1 antitripsina) (DWEIK; STOLLER, 2000).

A alfa-1 antitripsina inibe várias proteinases séricas tais como a elastase. A elastase tem como alvo a elastina, que é um componente importante das paredes alveolares. Com a diminuição da alfa-1 antitripsina a elastase destrói a elastina e os fragmentos dela podem perpetuar a inflamação, agindo como potentes agentes quimiotáticos para os macrófagos e neutrófilos. Esse desequilíbrio entre proteinases e antiproteinases endógenas resulta na destruição pulmonar (DWEIK; STOLLER, 2000).

A alteração mais característica é o estreitamento nas vias aéreas periféricas. A inflamação leva a ciclos repetidos de lesão e reparo desordenados das paredes podendo levar ao remodelamento tecidual com estrutura e função alteradas, contribuindo ainda mais para uma estrutura pulmonar alterada e obstrução fixa das vias aéreas (GOLD, 2001).

A evolução da doença é acompanhada por alterações nos volumes e capacidades pulmonares. A resistência das vias aéreas e as alterações da relação ventilação-perfusão vão progressivamente aumentando sendo a principal causa da perturbação das trocas gasosas, vindo a originar hipoxemia e mais tardiamente hipercapnia. Com o agravamento da obstrução e da perda de retração elástica do pulmão, um deslocamento do ponto de igual pressão para as vias aéreas que não

possuem cartilagens, favorecendo o aprisionamento de ar, levando à hiperinsuflação pulmonar; essa limitação do fluxo expiratório durante o volume corrente leva ao aumento da capacidade residual funcional, reduzindo a capacidade física aos grandes esforços e, posteriormente, ao repouso (RENNARD, 1998).

Esses mecanismos acarretam prejuízos na mecânica pulmonar e na musculatura periférica. A expiração torna-se mais lenta impedindo que o esvaziamento pulmonar esteja completo quando se inicia a inspiração. Isto leva a um aumento de pressão adicional que é exigida aos músculos respiratórios para desencadear a inspiração e vencer a pressão de retração elástica que está aumentada devido ao maior volume pulmonar. A insuflação faz baixar e aplanar o diafragma colocando-o numa posição desfavorável para gerar forças; à medida que diminui a sua eficiência na ventilação, dá-se o recrutamento de músculos acessórios (WEST, 2002).

2.2.4 Fatores de Risco

Alguns fatores de risco que podem caracterizar a DPOC são: poluição do ar, infecção respiratória viral, fatores socioeconômicos, nutrição, ingestão de álcool, idade, hipersecreção mucosa, hiperresponsividade das vias aéreas, exposição passiva à fumaça do cigarro, sendo que dentre estes, o tabagismo ativo, é considerado o maior fator de risco para a DPOC (RENNARD, 1998).

Nos fumantes há uma prevalência no declínio da função pulmonar, sintomas respiratórios e taxas mais elevadas de óbitos em relação aos não fumantes (JARDIM; SANTOS; DOMINGUES, 2006).

O tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, está presente em 80% a 90% dos casos. A deficiência de alfa-1-antitripsina, na forma homozigota, também constitui um risco individual significativo para o aparecimento da patologia, porém, essa condição genética é responsável por menos de 1% dos casos (DWEIK; STOLLER, 2000).

A poluição do ar também pode contribuir; ela aumentou notavelmente em muitas cidades em países em desenvolvimento. Embora não estejam claro quais

elementos específicos da poluição do ar ambiental são nocivos, existe alguma evidência de que as partículas encontradas no ar poluído contribuirão para o impacto total inalado por uma pessoa (GOLD, 2001).

Outros fatores como as poeiras e produtos químicos ocupacionais (vapores, irritantes e fumaça) também podem causar a DPOC quando existirem exposições intensas ou prolongadas, como aquelas experimentadas por mineradores (poeira do carvão). Estas exposições podem causar DPOC, independentemente do tabagismo e ainda pode aumentar o risco na presença simultânea do mesmo, causando um aumento na hiperresponsividade das vias aéreas (JARDIM; SANTOS; DOMINGUES, 2006).

2.2.5 Sinais e Sintomas Clínicos

Os principais sintomas crônicos da DPOC são: dispnéia, sibilância, tosse, produção de expectoração e intolerância ao exercício, associados à ansiedade e depressão, sendo estes os responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida das pessoas com essa doença (CAMELIER et al., 2006).

A tosse crônica e a produção de expectoração freqüentemente precedem o desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo expiratório por muitos anos, embora nem todos os indivíduos com esses sintomas cheguem a desenvolver a DPOC (GOLD, 2001).

São comuns as pessoas com DPOC apresentarem aproximadamente duas a três exacerbações ao ano, sendo mais freqüentes no inverno. A exacerbação da DPOC manifesta-se com diferentes formas clínicas e gravidades podendo causar aumento da dispnéia, da tosse, aumento e/ou alteração do aspecto da expectoração, sibilos, opressão torácica, indisposição, fadiga e diminuição na tolerância aos exercícios (BORGES; VIANNA; TERRA FILHO, 2003).

A dispnéia vai se manifestar em alguma fase de evolução da doença, constituindo o sintoma principal, e representa a manifestação clínica que mais compromete a qualidade de vida das pessoas com a DPOC. Ela é definida como uma sensação subjetiva de dificuldade respiratória e os mecanismos responsáveis

pelos quadros de dispnéia incluem diversos componentes que se acentuam com o agravamento da doença: alterações das trocas gasosas, aumento do nível de ventilação basal, hiperinsuflação, debilidade progressiva da musculatura respiratória e associação com quadro geral de fadiga (MARIN, 2000).

A dispnéia ocorre por mecanismos, como a quantidade da demanda ventilatória necessária para compensar o aumento do espaço morto, e maior esforço inspiratório necessário para vencer a quantidade aumentada de resistência da via aérea e a debilidade dos músculos inspiratórios junto com a diminuição na capacidade de gerar força por parte do diafragma devido ao seu abaixamento e encurtamento, secundários à hiperinsuflação pulmonar (SANJUAS, 2002).

A DPOC é categorizada pelo grau de limitação ao fluxo expiratório de ar, avaliado pela porcentagem de volume expiratório forçado no primeiro segundo que apresenta alta correlação com a morbidade e mortalidade da doença. Do ponto de vista das pessoas, a dispnéia é um dos sintomas principais de impactos na sua qualidade de vida diária. Porém, a dispnéia varia consideravelmente para o mesmo grau de limitação do fluxo expiratório (HAJIRO et al., 1999).

Os altos índices de ansiedade e depressão nas pessoas com a DPOC, bem como a diminuição do desempenho cognitivo resultam em mudanças no humor levando a uma autopercepção negativa e prejuízo funcional, os quais se relacionam diretamente com a piora da qualidade de vida (EMERY et al., 1991).

Além disso, a incapacidade física, a perda de produtividade e a piora da qualidade de vida agravam-se substancialmente com a progressão da DPOC (DOURADO et al., 2004; SBPT, 2000).

A piora progressiva da função pulmonar no avanço da DPOC leva a pessoa a sentir cansaço ao realizar qualquer atividade que exija esforço, provoca ainda a diminuição da atividade física global. O descondicionamento progressivo piora a dispnéia mesmo a esforços físicos cada vez menores, comprometendo sua qualidade de vida (RODRIGUES; VIEGAS; LIMA, 2002).

2.2.6 Diagnóstico

Segundo a ATS (1995) um histórico completo e exame físico deveriam ser realizados durante a avaliação inicial de cada pessoa suspeita de ter DPOC, e repetido naquelas ocasiões em que a condição muda (por exemplo, hospitalização). Um grande número de pessoas com DPOC só procuram o médico nos estágios avançados da doença. É incomum se estabelecer o diagnóstico precoce da doença apenas pela clínica.

O exame físico de pessoas com DPOC pode revelar sinais de hiperinsuflação pulmonar, esforço muscular respiratório aumentado, padrões de respiração alterados e sons respiratórios anormais. Sibilos, especialmente na expiração forçada e sons respiratórios diminuídos podem ser detectados pela ausculta pulmonar (ATS, 1995).

Deve-se diagnosticar a DPOC, quando há alteração da espirometria. Pode-se observar também, a presença de tosse, produção de escarro, dispnéia e/ou história da exposição a fatores de riscos como, o tabagismo, a poluição ambiental, e exposição ocupacional a gases ou partículas tóxicas (ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005).

Os testes de espirometria devem ser realizados pelos métodos e pela instrumentação de acordo com os padrões estabelecidos pela ATS. As anormalidades espirométricas associadas à DPOC consistem na redução do volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) e na razão volume expiratório forçado no primeiro segundo pela capacidade vital forçada (VEF1/CVF) (CELLI, 1998).

Segundo GOLD (2001), os indicadores fundamentais para determinar o diagnóstico da DPOC correspondem a:

- Tosse crônica, presente de modo intermitente ou todos os dias, com frequência ao longo do dia;
- Produção crônica de expectoração, sendo que qualquer forma de produção crônica de expectoração pode ser indicativa de DPOC;
- Episódios repetidos de bronquite crônica;
- Dispnéia progressiva (agrava com o passar dos dias), persistente (presente todos os dias), piora com o exercício e durante as infecções respiratórias;

– História de exposição aos fatores de risco como a fumaça do tabaco, poeiras e produtos químicos ocupacionais e fumaça proveniente da cozinha domiciliar e do gás de aquecimento.

2.2.7 Classificação

GOLD (2001) classificam a DPOC como tendo:

(1) Estágio 0: em risco – caracterizado por tosse crônica e produção de escarro, com espirometria dentro dos limites normais;

(2) Estágio I: DPOC leve – $VEF_1/CVF < 70\%$ porém com $VEF_1 \geq 80\%$ do previsto e freqüentemente com presença de tosse e produção de escarro;

(3) Estágio II: DPOC moderada – piora da limitação ao fluxo aéreo com $30\% \leq VEF_1 < 80\%$ do previsto, com progressão dos sintomas e dispnéia ao esforço. Esse estágio é subdividido em estágio IIA, quando o VEF_1 está entre 50% e 80%, e em IIB, quando o VEF_1 se encontra entre 30% e 50% do previsto.

(4) Estágio III: DPOC grave – caracterizado por limitação severa ao fluxo aéreo com $VEF_1 < 30\%$ do previsto, ou presença de insuficiência respiratória ou sinais clínicos de insuficiência cardíaca direita.

2.3 Qualidade de vida da pessoa com DPOC

Falar de qualidade de vida é se deparar com um leque muito grande de definições; assim como ela envolve aspectos subjetivos e está ligada às prioridades de cada indivíduo no seu contexto de vida, abordarei o conceito de qualidade de vida e suas relações com a saúde.

A tentativa de encontrar o significado do termo qualidade de vida parece vir desde a Antigüidade, mas somente a partir da década de 90 do século vinte, o termo qualidade de vida vem sendo destacado na literatura da saúde e não parece ter um único significado.

Padilha e Souza (1999, p.12) referem que

a qualidade de vida diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano dá a ela. Neste sentido, inclui-se a expressão da qualidade de vida através da qualidade de saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, enquanto satisfação de necessidades, como ter comida, trabalho, lazer, interação social, educação, dentre outras.

Dentro desta perspectiva alguns estudiosos como Bullinger, Anderson e Cella (1993) consideram que qualidade de vida é mais geral, e inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

O conceito proposto por Nordenfelt (1994), também destaca que qualidade de vida é um conceito subjetivo, identificado com felicidade com a vida. Felicidade é definida como uma emoção derivando de um equilíbrio entre as necessidades da pessoa e sua condição de vida, na percepção da própria pessoa.

Da mesma forma colocam Wilson e Cleary (1995), que a qualidade de vida é uma satisfação ou felicidade do indivíduo com os domínios da vida até aquele momento, à medida que afetam ou são afetados pela saúde.

Frente a essas colocações, a OMS consolidou um consenso quanto a dois aspectos relevantes do construto qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e outros aspectos no seu contexto de vida, a multidimensionalidade considera que o construto é composto por diferentes dimensões (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Somente no final da década de 90, começaram a salientar o interesse das práticas assistenciais na qualidade de vida, pois a avaliação do impacto físico e psicossocial que as doenças podiam acarretar nas pessoas acometidas, permitiam um maior conhecimento dessas pessoas e suas adaptações à nova condição, ou seja, compreender sobre a qualidade de vida das pessoas passou a incorporar-se no trabalho do dia-a-dia dos serviços de saúde, influenciando nas decisões e na assistência das equipes de saúde (MORRIS; PEREZ; McNOE, 1997).

Nesse sentido, Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) também colocam que foi a partir de meados dos anos 1990, que os estudos passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas, enfrentamento e suporte social, e a percepção da qualidade de vida, buscando identificar fatores que propiciassem o ajustamento à condição de enfermidade crônica, e enfrentamento ativo diante da disponibilidade de tratamento.

Outro fator que levou a emergência do conceito de qualidade de vida como um componente importante para o cuidado dos profissionais da saúde, foi o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da prevalência de doenças crônicas (RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000).

A avaliação da qualidade de vida representa uma tentativa de determinar como as variáveis dentro do âmbito da saúde (por exemplo, uma doença ou seu tratamento) se relacionam com dimensões específicas da vida que foram consideradas importantes para as pessoas em geral, ou para as pessoas com uma doença específica. A maioria dos conceitos sobre qualidade de vida enfatiza os efeitos da doença no funcionamento físico, social, psicológico/emocional, e cognitivo (ATS, 2005).

Em suma, o interesse pelo conceito da qualidade de vida é decorrente dos novos paradigmas que têm influenciado as nossas práticas, pois os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Saúde e doença estão relacionadas aos aspectos socioculturais e econômicos, à experiência pessoal e estilos de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Neste contexto, percebe-se que em consonância com essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais, bem como, para os setores de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares. No âmbito da saúde, quando visto de forma mais focalizada, qualidade de vida ligada à saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante do exposto, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento no campo da saúde, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Na perspectiva da qualidade de vida ser de natureza multifatorial, busquei os conceitos de qualidade de vida segundo o modelo do *World Health Organization Quality of life* (WHOQOL) elaborado por um grupo de especialistas da OMS.

A OMS mostra uma abordagem mais ampla e integradora, propondo uma visão global, considerando as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo (SOUZA; CARVALHO, 2003).

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse conceito envolve seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (FLECK et al., 1999b, p.199). Esse conceito tem orientado pesquisas através da aplicação do instrumento WHOQOL que foi utilizado neste estudo.

Inicialmente o grupo da OMS desenvolveu o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), instrumento composto de cem questões. A necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-bref (FLECK, 2000).

O'Carroll et al. (2000) realizaram uma comparação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-breve, pré e pós-cirurgia de transplante de fígado e concluíram que o WHOQOL-breve pode ser útil na substituição do WHOQOL-100 para avaliar a melhora da qualidade de vida após intervenções terapêuticas para os domínios físicos, psicológicos e ambientais. Porém, se um dos interesses do pesquisador é mensurar os aspectos sociais da qualidade de vida, o WHOQOL-100 é o mais apropriado.

A avaliação da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas, tem sido alvo de estudos nos últimos anos, principalmente com o intuito de determinar o impacto dessas condições sobre a qualidade de vida, em diferentes aspectos,

verificando quais as mudanças necessárias para a obtenção do bem-estar e adequação de condições para a sua reabilitação (BITTENCOURT et al.; 2004, MICHELONI; SANTOS, 2004).

Diversos trabalhos publicados em bases de dados como LILACS, SciELO e MEDLINE, mostraram a partir do ano 2000, a utilização do instrumento WHOQOL na avaliação da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas.

Na base de dados da MEDLINE, foram identificados somente três trabalhos envolvendo a utilização do instrumento WHOQOL em pessoas com doença pulmonar. Mohan et al. (2006), avaliaram na Índia através do WHOQOL-breve, o impacto do câncer de pulmão na qualidade de vida das pessoas. Narimanian et al. (2005) avaliou a qualidade de vida, com o WHOQOL-breve, após aplicação de tratamento medicamentoso em pessoas com pneumonia não específica na China. De Vries, Seebregts e Drent (2000) analisaram a qualidade de vida em pessoas com fibrose pulmonar idiopática na Alemanha, relatando que o WHOQOL-100 é o instrumento ideal para se avaliar o impacto social.

Cabe destacar que parte dos artigos analisados, ainda possui um enfoque da avaliação da qualidade de vida voltada aos idosos, fato este, que limita a análise de estudos somente com doenças crônicas.

Para Paschoal (2002), de fato, o avançar da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de disfunções físicas, psíquicas e prejuízo social. Mais anos vividos implica no declínio funcional, em doenças, na dependência, em perda de autonomia, em isolamento, em depressão, ou seja, podem ser anos de sofrimento para os idosos e suas famílias, comprometendo a qualidade de vida de ambos.

Descrevo a seguir alguns estudos realizados em diversas cidades do país, colocando a opinião de alguns autores quanto à aplicação do instrumento WHOQOL e os importantes achados, para favorecer o melhor entendimento da qualidade de vida dos doentes crônicos e da população de idosos, que estão predispostos a desenvolver a doença crônica.

Medidas objetivas de avaliação de qualidade de vida vêm aumentando em importância, como adjuvante da análise de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde. Segundo Bittencourt et al. (2004) em seu trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas, ao analisar a qualidade de vida de pessoas com problemas renais crônicos e transplantadas, utilizando-se do WHOQOL-breve, permitiu evidenciar uma melhor qualidade de vida nos pacientes com enxerto funcionante, principalmente nos domínios físico e psicológico. Estes autores acreditam que essa é uma boa forma de abordagem para avaliação da qualidade de vida, permitindo possíveis adequações no tratamento e abordagem multidisciplinar do problema, vislumbrando ainda programas mais específicos e ações preventivas.

Micheloni e Santos (2004) referem que avaliar o aspecto subjetivo é essencial, pois a satisfação é intrínseca à qualidade de vida, e o aspecto objetivo também é necessário, “pois pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras pessoas enfrentando condições adversas de risco à saúde, podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada”.

Estes autores ao realizarem um estudo com pessoas com câncer colorretal, com e sem ostomia, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, através da aplicação do WHOQOL-breve, concluíram que os escores médios foram menores em todos os domínios para as pessoas ostomizadas, e que este tipo de pesquisa ajuda os profissionais da saúde a ponderarem o fortalecimento do vínculo profissional. Este vínculo serve para auxiliar os doentes crônicos no seu tratamento, e encorajá-los a falar sobre seus sentimentos, que pode ajudá-los a aceitar as mudanças que a doença impõe.

Um trabalho pioneiro foi desenvolvido pelos psicólogos Seidl, Zannon e Tróccoli (2005), do Hospital Universitário de Brasília. Estes investigaram a qualidade de vida em pessoas soropositivas brasileiras. Para tanto utilizaram o WHOQOL-100, onde destacaram-se cinco facetas que apresentaram escores mais baixos, indicativos de maiores dificuldades e insatisfação naquela população: sentimentos negativos, atividade sexual, dependência de medicação e tratamento, segurança física e proteção, e recursos financeiros. Destaca-se também a importância desse tipo de pesquisa para apreender, compreender e atender as demandas de doentes crônicos, norteando as ações, fortalecendo o vínculo do paciente com a equipe de saúde, visando à integralidade e à melhor qualidade da atenção em saúde.

Um estudo realizado por Moraes e Souza (2005), sobre a identificação dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos

da Região Metropolitana de Porto Alegre, através do uso do WHOQOL-100, trouxe conclusões importantes sobre uma população que vem crescendo expressivamente no país. A manutenção da independência nas atividades de vida diária, as relações com familiares e amigos e a autonomia foram fatores preditivos do envelhecimento bem-sucedido. Além disso, sugerem que a produção e disseminação do conhecimento científico possibilitam ações mais rápidas e com maiores sucessos.

Pereira et al. (2006), integrantes do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (MG) utilizaram o WHOQOL-breve para analisar a contribuição dos domínios na qualidade de vida de idosos em um município de Minas Gerais. Após análise em 211 idosos, concluíram que o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o físico, depois o ambiental seguido do psicológico.

Outro estudo utilizando o WHOQOL-100 em idosos foi o das psicólogas Trentini et al. (2006) na cidade de Porto Alegre, cujo objetivo era de investigar a relação entre a percepção de qualidade de vida do idoso por ele próprio e por seu cuidador. Participaram deste estudo idoso e cuidadores e analisaram que houve uma tendência do cuidador perceber a qualidade de vida dos idosos como inferior a sua, embora tenha existido uma forte correlação em todos os domínios e qualidade de vida na percepção do par idoso-cuidador.

Schestatsky et al. (2006), no serviço de neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, avaliaram a qualidade de vida através do questionário WHOQOL-breve em 21 pessoas com doença de Parkinson e seus respectivos cuidadores. Os autores acharam importantes correlações entre domínio psicológico e duração da doença e domínio social e gravidade da doença. Os autores acreditam que esses dados são importantes na identificação dos determinantes de qualidade de vida naquela população, podendo ajudar os profissionais da saúde a projetar intervenções efetivas para a melhoria da angústia relacionada à desordem.

O NUCRON realizou um estudo com uma comunidade de pescadores objetivando conhecer como pessoas com doenças crônicas avaliam sua qualidade de vida. As pesquisadoras aplicaram o WHOQOL-breve em 51 pessoas com diversas doenças crônicas e obtiveram como resultados menores escores nos domínios físicos e psicológicos, apesar da avaliação indicar que mais de 50% dessa população apresenta satisfação com sua qualidade de vida. Acrescentam ainda que

a conquista de uma vida com mais qualidade, pode ir sendo construída e consolidada, num processo que inclui a reflexão sobre o que é definitivo para a sua qualidade de vida, algo que pode ser alcançado com a aplicação desse tipo de instrumento (FRANCIONI et al, 2006).

Em estudo mais recente realizado pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, descreveram os fatores associados ao grau de satisfação com a vida em idosos. E puderam concluir que estudos baseados na aplicação de questionários à população idosa destacam a importância de vários fatores que influenciam na sua qualidade de vida e que a utilização do WHOQOL-100, contribuiu para avaliar que a saúde e a independência foram os principais determinantes da satisfação nessa população (JÓIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Através da descrição desses estudos, pode-se perceber que há uma preocupação de diversos profissionais da área da saúde, destacando entre eles enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos, em relação à doença crônica e qualidade de vida. Como alguns deles destacam, esta relação avaliada através do instrumento WHOQOL pode ser disseminada para outras áreas da saúde, fortalecendo a interdisciplinaridade, com ações conjuntas, mais rápidas e efetivas através do mesmo ideal, que seria a melhora da qualidade de vida do doente crônico.

2.4 Fisioterapia na reabilitação pulmonar da pessoa com DPOC

A reabilitação pulmonar de pessoas com doenças respiratórias crônicas vem demonstrando desde a década de 80 a sua eficácia e atualmente é um dos componentes obrigatórios do tratamento (RODRIGUES, 2003; CELLI, 1998).

A ATS (1999) adotou a definição de que a reabilitação pulmonar é um programa multidisciplinar de assistência a pessoa com doença respiratória crônica incluindo médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, moldado individualmente para otimizar seu rendimento físico, social e sua autonomia.

O tratamento na DPOC deve ter uma abordagem global e um avanço gradual no cuidado, dependendo da gravidade da doença. Nos estágios I e II o cuidado visa evitar os fatores de risco com o intuito de prevenir a progressão da doença associado ao cuidado farmacológico necessário para o controle dos sintomas. O estágio III necessita de uma dedicação maior e um apoio contínuo à medida que a doença progride, além do cuidado farmacológico, com frequência, requer a integração de várias abordagens como: educação, aconselhamento sobre cessação do tabagismo, instrução para exercícios físicos, aconselhamento nutricional e acompanhamento contínuo da enfermagem (GOLD, 2001).

A reabilitação pulmonar reduz os sintomas, melhora a habilidade funcional e a qualidade de vida em pessoas com doença respiratória crônica, embora o grau de obstrução da via aérea ou hiperinsuflação da doença pulmonar crônica não mude apreciavelmente. Reverter o quadro de descondicionamento muscular habilita os pacientes a caminharem distâncias maiores com menos falta de ar, aumenta a participação física e emocional em atividades diárias e otimiza as atividades sociais (GOLD, 2001; ATS, 1999).

Um grande número de estudos tem demonstrado o valor do programa de treinamento físico através da fisioterapia na melhoria da execução de atividades de vida diárias realizadas com menor cansaço, traduzindo melhoria na autonomia social e física, tornando o paciente mais independente, mais ativo fisicamente, ajudando-o a ficar mais educado sobre seu próprio cuidado de saúde e, como consequência, mais seguro de si (RODRIGUES; VIEGAS; LIMA, 2002; FINNERTY et al., 2001; RIES et al., 1995).

Estudos reportam uma significativa redução do número de hospitalizações de pessoas que realizam o treinamento físico, como também pode levar a redução na utilização de outros recursos como visitas ao departamento de emergência ou consultório médico e no número de dias de hospitalização (ATS, 1999; RIES et al., 1995).

Dourado et al (2004) reforçam a influência dos benefícios do programa de treinamento físico na melhoria da qualidade de vida, mas que os benefícios da reabilitação pulmonar na qualidade de vida estariam relacionados a aspectos globais.

O treinamento físico é fundamental no programa de reabilitação pulmonar e tem demonstrado sua eficácia na diminuição da dispnéia, sugerindo talvez uma reversibilidade progressiva no descondicionamento físico. Os programas enfatizam exercícios de resistência por períodos que vão de 20 a 45 minutos e de 2 a 5 sessões semanais. O programa é constituído de exercícios dinâmicos e isotônicos desenvolvidos para diferentes grupos musculares localizados nos membros inferiores e superiores. O tipo de exercício (esteira, bicicleta, caminhada) não parece ser importante e pode ser determinado pela preferência da pessoa (RODRIGUES, 2003).

Mahler (1998) afirma que os exercícios de membros inferiores são melhores tolerados do que exercícios de membros superiores e muitas pessoas podem não ser candidatas para o treinamento físico devido à fase muito avançada da doença pulmonar, idade, motivação e outras doenças associadas.

A fisioterapia através do treinamento físico vem demonstrando vários benefícios para as pessoas com DPOC. Serão relatados a seguir alguns estudos realizados mundialmente e os resultados obtidos no tratamento fisioterápico.

Emery et al. (1991), avaliaram 64 pessoas com DPOC nos Estados Unidos participantes de um programa de treinamento físico e obtiveram resultados satisfatórios na melhora física, cognitiva e psicológica após 30 dias de programa.

Ries et al. (1995), incluíram 119 pessoas com DPOC no estudo realizado na Califórnia e afirmaram que o treinamento físico é capaz de reduzir os sintomas da doença.

Na análise do efeito da intervenção fisioterápica na reabilitação pulmonar em pessoas com DPOC, Jamami et al. (1999), na Universidade de São Carlos em São Paulo, obtiveram aumentos significativos na força muscular respiratória e na capacidade aeróbica em 22 pessoas realizando treinamento físico e reeducação respiratória.

O estudo de Berry et al. (1999) realizado em 151 pessoas com DPOC no estágio leve ao grave, demonstrou que independente do estágio da doença, a fisioterapia beneficia na melhora da qualidade de vida, na diminuição da dispnéia e da fadiga.

Na Universidade de Caxias do Sul, 46 pessoas com DPOC foram incluídas em um programa de fisioterapia de 24 sessões. Avaliadas pré e pós a fisioterapia pode-

se analisar a redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão, acompanhado da melhora na capacidade aeróbica das pessoas (GODOY; GODOY, 2002).

Num centro de cuidados pulmonares em Boston, Torres et al. (2002), estudaram 37 pessoas com DPOC grave em oito semanas participando de um programa de treinamento físico. Concluíram que os benefícios gerados pelo programa foram diversos, entre os apresentados foram melhora no grau de dispnéia.

No hospital universitário de Brasília, Rodrigues, Viegas e Lima (2002), submeteram 30 pessoas com DPOC a um programa de treinamento físico e relataram que após 18 sessões, essas pessoas apresentaram melhor resistência nos exercícios realizados com os membros superiores.

Paulin, Brunetto e Carvalho (2003), propuseram um programa de exercícios físicos direcionados para a melhora da mobilidade torácica. Foram realizados por 30 pessoas com DPOC, e relataram que o programa desenvolvido na fisioterapia, foi capaz de melhorar a qualidade de vida, o grau de dispnéia, a capacidade aeróbica e os níveis de depressão dos participantes.

Dourado et al. (2004), após um estudo com 21 pessoas com DPOC relataram que o programa de treinamento físico é capaz de influenciar a qualidade de vida dessas pessoas, principalmente pelas modificações no índice de massa corporal e capacidade aeróbica que ele proporciona.

Segundo Rodrigues (2003) a eficácia de um programa de treinamento físico não deve ser analisado somente por medidas obtidas em testes físicos, como também pela avaliação da evolução de sintomas e do estado de saúde traduzidos em qualidade de vida das pessoas submetidas ao programa.

Melhorar a qualidade de vida é um objetivo importante nos programas de treinamento físico feitos pela fisioterapia e um parâmetro fundamental a ser avaliado quando da determinação dos efeitos e da efetividade do mesmo (ZUWALLACK, 2000).

3 MARCO DE REFERÊNCIA

O marco de referência pode ser definido como um conjunto de conceitos e pressuposições, advindos de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de várias áreas do conhecimento, ou até mesmo originado de crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, servindo para dirigir o processo da investigação (SILVA; ARRUDA, 1993).

Nesta perspectiva, esta pesquisa foi baseada em conceitos e suas definições destinadas a guiar, compreender e dar significado ao objeto de estudo. Os conceitos representam as vigas mestras de toda construção teórica. São operações mentais que refletem nossa visão de uma determinada realidade. Desta forma eles servem como caminho para ordenar a realidade, olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação (MINAYO et al., 1994).

O conceito selecionado para subsidiar o marco de referência foi o de qualidade de vida.

No presente trabalho o termo “qualidade de vida” será tratado com base no modelo de qualidade de vida proposto pelo grupo WHOQOL (1995) da OMS.

O grupo WHOQOL a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida podiam ter extrema importância na avaliação da saúde e chegaram aos objetivos de dar um avanço científico na área da saúde e de aprimorar os serviços de saúde (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Com a observação de que estava existindo uma deterioração na relação médico-paciente, estudiosos difundiram um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, alertando os médicos sobre a necessidade de escutar mais seus pacientes e levar em conta seus sentimentos durante o tratamento. A questão científica estava na necessidade da avaliação das intervenções médicas e seus efeitos na qualidade de vida dos pacientes (SKEVINGTON; SARTORIUS; AMIR, 2004).

Em um estudo multicêntrico, a OMS objetivou a construção de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional e transcultural. A qualidade de vida foi definida pelo THE WHOQOL GROUP (1995, p. 1405) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da

cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Este é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e engloba a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com as características do meio ambiente em que o indivíduo está inserido (MORENO et al., 2006).

Essa definição também reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social, onde o que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do psicológico, ou ainda como o profissional de saúde avalia essas dimensões; é a percepção do respondente que está sendo avaliada (FLECK, 2000).

A razão para se projetar um instrumento transcultural, foi para proporcionar um monitoramento sistemático dos resultados obtidos de estudos internacionais, sendo necessário e extremamente útil investigar informações de diferentes lugares dentro e fora do país que se utiliza de medidas unificadas como em cirurgias, em condutas fisioterápicas, cuidados de enfermagem, terapias alternativas, procedimentos clínicos, utilizações farmacêuticas, informações nutricionais etc. (SKEVINGTON, 2002).

Medidas de valor transcultural, como o do WHOQOL, possibilitam comparações sobre a qualidade de vida em diferentes culturas ou grupos sociais, e entre diferentes profissionais da saúde que se preocupam com o cuidado (SKEVINGTON, 2002; SAXENA et al., 2001).

Três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram considerados pelo grupo WHOQOL no desenvolvimento do instrumento para avaliar a qualidade de vida: (a) subjetividade; (b) multidimensionalidade (c) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor) (MORENO et al., 2006).

Com o reconhecimento da natureza multidimensional do construto qualidade de vida, o grupo WHOQOL desenvolveu um instrumento testado em campo de modo semelhante no que se refere à avaliação de validade e de confiabilidade, envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas. Até o momento esse instrumento está disponível em vinte idiomas diferentes (MORENO et al., 2006).

Quinze centros de pesquisa estiveram envolvidos na construção do instrumento: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Délhi e Masdras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Cidade do Panamá (Panamá), São Petersburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Bangcoc (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (Estados Unidos) e Harare (Zimbábue), garantindo que a colaboração fosse genuinamente internacional, incluindo países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros (FLECK, 2000).

O instrumento denominado WHOQOL-100 (Anexo 1) consta de cem perguntas referentes a seis domínios (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência, (4) relações sociais, (5) meio-ambiente e (6) espiritualidade/religião/ crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas específicas (Tabela 1). Cada faceta é composta por quatro perguntas compondo 96 das 100 questões, e outras quatro questões são dedicadas a aspectos subjetivos da “qualidade de vida global e saúde” (engloba as questões G1 a G4 do instrumento) compondo a 25ª faceta (FLECK et al., 1999a).

Todas as respostas são dadas em uma escala do tipo Likert, com escores que variam de um a cinco pontos. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000).

As respostas no âmbito da intensidade se referem ao grau ou amplitude em que uma pessoa experimenta um estado ou uma situação, por exemplo, a intensidade da dor. As perguntas podem referir-se também ao vigor ou a força de uma conduta. Sabe-se que a experiência de um estado mais intenso pode vir associada a mudanças correspondentes na qualidade de vida. Alguns exemplos de perguntas: “você se preocupa com sua dor ou desconforto?” e “Você tem alguma dificuldade para dormir?”. Utiliza-se a escala de respostas para avaliar a intensidade. Os pontos extremos da escala na versão brasileira são “extremamente” e “nada” (OMS, 2000).

A escala correspondente à capacidade, se refere à capacidade da pessoa em experimentar um sentimento, um estado ou uma conduta. Situações que exigem grandes capacidades podem vir associadas às mudanças correspondentes na qualidade de vida. Os exemplos de perguntas são: “Você tem energia suficiente para

o seu dia-a-dia?” e “Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?”. Os pontos extremos são “completamente” e “nada” (OMS, 2000).

No âmbito da frequência, as respostas se referem ao número, a frequência, a habitualidade de um estado ou uma conduta. Um número maior de aparições de um estado pode vir associado a mudanças correspondentes na qualidade de vida. Exemplos de perguntas são as seguintes: “Com que frequência você sente dor?” e “Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”. Os pontos extremos são “sempre” e “nunca” (OMS, 2000).

A escala de resposta correspondente à avaliação se refere à avaliação de um estado, capacidade ou comportamento. Uma avaliação positiva pode vir associada a um aumento correspondente da qualidade de vida de quem responde. Os exemplos de perguntas são: “Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho?”, “Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?” e “Como você avaliaria o seu sono?”. Há várias escalas de avaliação. Os pontos extremos são “muito satisfeito” e “muito insatisfeito”; “muito feliz” e “muito infeliz”; e “muito bom” e “muito ruim” (OMS, 2000).

Como a escala varia de uma a cinco pontos, encontrou-se palavras ou terminações que ficassem nos pontos correspondentes a 25%, a 50% e a 75% entre os pontos extremos, por exemplo, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito” e “satisfeito”; “ruim”, “nem ruim nem bom” e “bom”; e “infeliz”, “nem feliz nem infeliz” e “feliz” (OMS, 2000).

Neste instrumento, os domínios são avaliados considerando-se a percepção da pessoa sobre como ele está se sentindo, nas duas últimas semanas, em relação aos aspectos de sua saúde global (FLECK, 2000).

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-100.**Domínio I - Domínio físico**

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio V - Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. 2000.

Pode se descrever cada uma das facetas da qualidade de vida definidas pela OMS como uma descrição de uma conduta, um estado, uma capacidade, um potencial, uma percepção ou experiência subjetiva. Por exemplo, a dor é uma percepção ou experiência subjetiva; pode-se definir a fadiga como um estado, a mobilidade como uma capacidade (para mover-se) ou como um comportamento (de caminhar propriamente) (OMS, 2000).

A OMS (2000) criou um guia geral para metodologia em pesquisa e avaliação da medicina tradicional. Em um dos anexos deste guia consta o manual de instruções sobre qualidade de vida, o qual descreve as definições de cada uma das 24 facetas dos seis domínios do instrumento WHOQOL-100, as quais foram resumidas e descritas a seguir:

– Domínio I – Físico

1. Dor e desconforto: esta faceta explora as sensações físicas desagradáveis experimentadas pela pessoa e em que medida é penosa e constitui impedimento para sua vida. As perguntas relacionadas com esta faceta se referem à capacidade da pessoa para controlar sua dor e à facilidade com que se pode obter o alívio da dor. Supõe-se que quanto mais fácil resulte o alívio da dor, menor será o temor por ela e o seu efeito resultante na qualidade de vida. É sabido que as pessoas reagem de diferentes formas à dor e é provável que diferenças na tolerância e aceitação da dor influencie nos efeitos desta sobre a qualidade de vida.

2. Energia e fadiga: nesta faceta explora-se a energia, o entusiasmo e a resistência que tem uma pessoa para realizar as tarefas da atividade cotidiana e demais atividades, por exemplo, as recreativas. Pode envolver desde o cansaço incapacitante até níveis adequados de energia e sensação real de estar vivo. O cansaço pode ser consequência de várias causas, por exemplo, enfermidade, problemas como uma depressão ou esforços excessivos.

3. Sono e repouso: esta faceta trata sobre o grau em que o sono, o repouso e os problemas relacionados a eles afetam a qualidade de vida da pessoa. Alguns dos problemas do sono são: dificuldade para dormir, acordar durante a noite, acordar muito cedo pela manhã e não conseguir voltar a dormir e insônia. Esta faceta está centrada se o sono é perturbado ou não; pode ser por qualquer razão, relacionada com a pessoa ou com o meio.

– Domínio II – Psicológico

4. Sentimentos positivos: examina-se até que ponto a pessoa experimenta sentimentos positivos de satisfação, equilíbrio, paz, felicidade, esperança, alegria e desfrute das coisas boas da vida. É considerada parte importante desta faceta a opinião e as idéias da pessoa sobre o futuro. Pode-se considerar esta faceta análoga a qualidade de vida.

5. Pensar, aprender, memória e concentração: nesta faceta exploram-se a opinião da pessoa sobre seu pensamento, aprendizado, memória, concentração e capacidade para tomar decisões. Compreende também a rapidez e a clareza do pensamento.

6. Auto-estima: aqui se examinam os sentimentos que as pessoas têm sobre si mesmas. Podem ser desde sentimentos positivos até sentimentos extraordinariamente negativos. Explora-se a sensação que a pessoa tem sobre sua valia como tal. Também faz parte desta faceta o aspecto da auto-estima em relação a sua própria eficácia, o seu controle e a satisfação que a pessoa tem de si mesma.

7. Imagem corporal e aparência: nesta faceta examina-se o conceito que a pessoa tem de seu corpo. Inclui a questão de ver o seu corpo de forma positiva ou negativa. É centrado na satisfação da pessoa com seu aspecto físico e seu efeito no conceito que tem de si mesma, e até que ponto há vontade de corrigir os defeitos corporais reais ou percebidos, como por exemplo, mediante maquiagem, roupas, próteses etc.

8. Sentimentos negativos: esta faceta analisa o quanto uma pessoa experimenta sentimentos negativos, incluindo abatimento, culpa, tristeza, desespero, nervosismo, ansiedade e falta de prazer na vida. Considera também até que ponto esses sentimentos negativos afetam a vida cotidiana da pessoa.

– Domínio III – Nível de independência

9. Mobilidade: nesta faceta examina-se a opinião da pessoa sobre sua capacidade em mover-se de um lugar para outro. Centra-se na capacidade geral da pessoa ir para onde quer sem ajuda de outros, independentemente dos meios utilizados por ela.

10. Atividades da vida cotidiana: nesta faceta explora-se a capacidade da pessoa para realizar atividades habituais da vida diária, incluindo o cuidado de si mesma e o cuidado idôneo de sua casa.

11. Dependência de medicação ou de tratamentos: examina-se a dependência da pessoa de medicação ou tratamento diverso para respaldar seu bem estar físico e psicológico.

12. Capacidade de trabalho: nesta faceta examina-se a utilização por uma pessoa de sua energia para trabalhar. Define-se o trabalho como qualquer atividade importante em que participe. Entre as atividades importantes pode considerar o trabalho remunerado, o trabalho não remunerado, o trabalho voluntário para a comunidade, os estudos, os cuidados a família e as obrigações domésticas. Esta

faceta está centrada na capacidade da pessoa para trabalhar, independentemente do tipo de trabalho.

– Domínio IV – Relações sociais

13. Relações pessoais: nesta faceta examina-se até que ponto as pessoas se sentem acompanhadas, o amor e o apoio que desejam das pessoas próximas de sua vida. Também aborda o compromisso e a experiência atual de cuidar e manter a outras pessoas. Esta faceta compreende a capacidade e a oportunidade de amar, ser amado e manter relações estreitas, tanto afetivas como físicas. Inclui-se o grau em que as pessoas pensam que podem compartilhar momentos de felicidade e de aflição com seus entes queridos e a sensação de amar e ser amado. Incluem-se também os aspectos físicos das relações com os seres queridos, tais como abraçar-se e tocar-se. Nesta faceta se abordam todos os tipos de relações amorosas, tais como amizades íntimas, matrimônios e casais heterossexuais e homossexuais.

14. Suporte social: aqui examina-se até que ponto sente uma pessoa o compromisso, a aprovação e a disponibilidade da assistência prática por parte de sua família e seus amigos. Nas perguntas se explora até que ponto a família e os amigos repartem responsabilidade e trabalham juntos para resolver os problemas pessoais e familiares. Esta faceta se centra na questão até que ponto a pessoa sente que tem o apoio de sua família e seus amigos, em particular até que ponto poderia depender desse apoio em caso de crise. Aborda também a questão de até que ponto a pessoa recebe aprovação e acolhimento de sua família e seus amigos. Nesta faceta se inclui o papel potencialmente negativo da família e dos amigos na vida de uma pessoa, podendo a partir da formulação das perguntas chegarem ao registro de efeitos negativos, como por exemplo, os maus tratos verbais ou físicos recebidos.

15. Atividade sexual: esta faceta se refere ao impulso e o desejo sexual de uma pessoa e o grau em que a pessoa pode expressar e gozar seu desejo sexual apropriadamente. Para muitas pessoas, a atividade sexual e as relações de intimidade com outras pessoas estão vinculadas entre si. As perguntas são sobre o apetite, a expressão e a satisfação sexual, sendo que em outras facetas se abordam outras formas de intimidade.

– Domínio V – Ambiente

16. Segurança física e proteção: nesta faceta se examina a sensação de segurança de uma pessoa a respeito do prejuízo físico. As ameaças em relação à segurança podem originar-se de qualquer fonte, como outras pessoas ou da opressão política. Em vista disso, é provável que esta faceta se refira diretamente à sensação de liberdade da pessoa. As perguntas se centram na sensação de segurança/insegurança de uma pessoa, na medida em que afeta a qualidade de vida.

17. Ambiente no lar: nesta faceta se examina o lugar em que vive a pessoa e a forma em que isso repercute em sua vida. Avalia-se a qualidade do lugar no sentido de ser cômodo e que seja um lugar seguro para residir. Outros aspectos que são incluídos implicitamente são os seguintes: aglomeração, quantidade de espaço disponível, limpeza, oportunidade para estar a sós, serviços disponíveis (tais como eletricidade, água, etc.) e a qualidade da construção da casa ou edifício (como por exemplo, goteiras e umidade).

18. Recursos financeiros: nesta faceta se explora a opinião da pessoa sobre seus recursos financeiros e até que ponto estes recursos satisfazem as necessidades para um estilo de vida saudável ou confortável. Centra-se no que a pessoa pode ou não comprar e em que medida em que isso afeta a qualidade de sua vida. As perguntas tratam sobre a sensação de satisfação ou insatisfação da pessoa frente ao que seus recursos permitem obter, e também sobre a sensação de dependência ou independência que causam os seus recursos financeiros.

19. Cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade): nesta faceta se examina a opinião da pessoa sobre a saúde e a assistência social em sua zona de residência, no sentido de que pode ou não ocorrer um longo período de espera para receber assistência, quando necessário. As perguntas tratam como a pessoa vê a disponibilidade dos serviços de saúde pública e social, se existe qualidade neste serviço e se é completa a assistência que recebe ou espera receber em caso de necessitar. Também trata sobre a ajuda voluntária na comunidade (organizações religiosas de beneficência, templos etc.), que complementam ou constituem o único sistema de assistência de saúde disponível no meio em que vive a pessoa, sobre o quanto é fácil ou difícil o resultado de chegar aos locais dos serviços de saúde e sociais, assim como levar os amigos ou parentes a esses serviços.

20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades: nesta faceta se examina a oportunidade e o desejo de uma pessoa de adquirir novas aptidões ou novos conhecimentos. Pode ser mediante programas educativos, cursos para adultos ou atividades recreativas em grupos ou individuais (por exemplo, a leitura).

Esta faceta compreende o contato e a recepção sobre os acontecimentos, que para algumas pessoas são amplos (as notícias do mundo) e para outros mais limitados (as notícias do bairro). Para muitas pessoas é importante a sensação de estar em contato com o acontecimento ao seu redor, razão pelo qual se configuram as perguntas. Elas centram-se nas possibilidades de uma pessoa para satisfazer uma necessidade de informação e conhecimentos, se trata de conhecimentos no sentido educativo ou de notícias locais, nacionais e internacionais que seja de algum modo pertinente para qualidade de sua vida.

21. Participação e oportunidades de recreação/lazer: nesta faceta se explora a capacidade de uma pessoa para participar em atividades de lazer, passatempo e em relação às oportunidades que surgem neste aspecto. As perguntas se configuram em todas as formas de passatempos, relaxamento e divertimento: ver os amigos, praticar esportes, ler, assistir televisão, ou passar o tempo com a família. As perguntas se centram em três aspectos: a capacidade da pessoa para dedicar-se às atividades de passatempo e relaxamento, e desfrutar as oportunidades que surgem a esse respeito.

22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima): nesta faceta se examina a opinião da pessoa sobre o ambiente em que vive, incluindo os ruídos, a poluição, o clima, a estética e a questão de se estes fatores servem para melhorar sua qualidade de vida ou a afeta negativamente.

23. Transporte: nesta faceta se examina a opinião da pessoa sobre a disponibilidade ou a facilidade para encontrar e utilizar os serviços de transporte a fim de ir de um lado para o outro. As perguntas compreendem qualquer modo de transporte à disposição da pessoa (bicicleta, automóvel, ônibus etc.). Esta faceta se centra em como permite a disponibilidade do transporte realizar as tarefas necessárias da vida diária e a liberdade para realizar atividades diversas.

– Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais: nesta faceta se examinam as crenças da pessoa e como afetam a sua qualidade de vida. Pode ser que a ajudem a enfrentar as dificuldades de sua vida, estructurem sua experiência, infundam significado das questões espirituais, pessoais e mais em geral, tragam a pessoa uma sensação de bem estar. Esta faceta compreende tanto as pessoas com crenças religiosas pessoais e espirituais e as que não vivem com regra a uma orientação religiosa determinada.

O desenvolvimento da versão em português do instrumento foi desenvolvido no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A tradução para o português seguiu uma metodologia rigorosa participando do processo um tradutor com entendimento detalhado do instrumento, um grupo bilíngüe composto por entrevistadores, clínicos e antropólogos para revisão da tradução. Também foram realizados grupos focais composto por pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre hospitalizados e do ambulatório, profissionais de saúde e pessoas da comunidade com o objetivo de revisar a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário; discutir o quanto cada uma das facetas afeta a qualidade de vida das pessoas; investigar se existiriam outras facetas não investigadas e que seriam importantes especificamente para o Brasil (FLECK et al., 1999a).

Nesse trabalho realizado por Fleck et al. (1999a), as 24 facetas foram consideradas como relevante e válida pela grande maioria dos participantes, salientando que as facetas descrevem de forma detalhada o que cada um dos participantes entende por qualidade de vida, no seu meio ambiente. Pode ser constatada no relato das pessoas envolvidas, que elas consideraram o instrumento uma oportunidade para pensar acerca de importantes aspectos de suas próprias vidas de uma forma sistemática, além de o instrumento trazer questionamentos que são capazes de motivar na busca de um aprofundamento com um psicólogo, psiquiatra ou o próprio médico.

Fleck et al. (1999b), em outro trabalho realizado utilizando o WHOQOL-100 demonstraram que o instrumento tem condições de ser usado no Brasil, concluindo que o teste de campo da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS na sua versão original de 100 itens mostrou um bom

desempenho psicométrico quando realizado com uma amostra de pessoas na cidade de Porto Alegre/RS, na região Sul do Brasil. O instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

4 METODOLOGIA

Este capítulo descreve os caminhos metodológicos percorridos no estudo, incluindo: o tipo de pesquisa, o local em que foi realizada, os sujeitos que participaram, como se procedeu a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos que permearam o estudo.

4.1 Tipo de pesquisa

Caracteriza-se como um estudo do tipo exploratório descritivo de natureza quanti-qualitativa, e avaliação por triangulação de métodos.

A pesquisa quanti-qualitativo, ou o inverso, quali-quantitativo, dependendo do enfoque do estudo, vem sendo chamada de um novo paradigma metodológico, cedendo lugar a um modelo que consegue atender plenamente às necessidades dos pesquisadores por agrupar aspectos de ambas as perspectivas. Ao se utilizar de diferentes métodos, devemos prestar atenção aos seus pontos fortes e fragilidades na produção do conhecimento, sendo necessário um entendimento de seus objetivos e da prática (MAY, 2004).

A abordagem quantitativa serve de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa. Ambas devem sinergicamente convergir na complementariedade mútua (MARTINELLI, 1999).

A avaliação por triangulação de métodos, significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a tarefa conjunta de estudiosos com formação diferenciada, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Com isso esta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ações dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades (MINAYO, 2005).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na Clínica de Fisioterapia da UNIVALI, campus da cidade de Itajaí (SC).

A Clínica de Fisioterapia da UNIVALI está localizada no Centro de Ciências da Saúde, no Bloco 25 A, pavimento térreo. Ocupa uma área de 1.181,65 m², cuja construção foi planejada com espaços adequados aos clientes portadores de qualquer tipo de deficiência. Consta de 15 salas de atendimentos e uma piscina para hidroterapia. As salas de atendimentos possuem equipamentos de última geração para atendimento desde a pediatria até a geriatria.

Na Clínica de Fisioterapia da UNIVALI trabalham dez professores supervisores de estágio que orientam em torno de 20 acadêmicos do último ano do Curso (7º e 8º períodos) e duas recepcionistas, com horário de funcionamento das 7 às 19 horas. Os acadêmicos nesta fase já estão aptos a prestar atendimento à comunidade em geral sob a supervisão dos professores.

Atualmente a Clínica tem capacidade de realizar até 80 atendimentos diários nas diversas áreas de atuação da Fisioterapia. Atende gratuitamente a comunidade, englobando os municípios de Itajaí, Camboriú, Itapema, Piçarras e Navegantes.

Desenvolve programas de maior alcance de assistência social, educacional e da saúde à comunidade. Os programas desenvolvem-se nas áreas de pediatria, neurologia, reumatologia, ortopedia, traumatologia, pneumologia, cardiovascular, ginecologia e obstetrícia.

O estágio supervisionado em reabilitação pulmonar é desenvolvido na sala 115 da clínica, por quatro docentes fisioterapeutas, especialistas na área, a qual possui infra-estrutura própria para atendimento dessa clientela, no período matutino e vespertino. Os atendimentos são realizados pelos acadêmicos do 7º período do Curso de Fisioterapia, perfazendo aproximadamente 800 atendimentos por semestre para 55 pacientes com diversas patologias pulmonares. Os doentes pulmonares crônicos representam aproximadamente 30% desse total.

Atualmente 17 pessoas com DPOC freqüentam a Clínica de Fisioterapia numa freqüência de duas a três vezes por semana. O atendimento inicia-se com uma avaliação pneumofuncional seguindo o seguinte roteiro:

1. anamnese: investiga-se a história atual, pregressa e social; hábitos de vida para fatores de risco e os medicamentos que o cliente faz uso.

2. exames complementares: faz-se uma análise dos exames complementares mais atualizados dos clientes como radiografia torácica, hemograma e gasometria arterial.

3. inspeção específica: inspeciona-se o tórax quanto ao tipo e biótipo torácico; simetria torácica; tipo e ritmo respiratório; movimento respiratório; presença de cianose, baqueteamento digital, batimento da asa do nariz, tiragens, uso de musculatura acessória da respiração, cicatrizes e tosse; mensura-se a frequência respiratória e pressão arterial.

4. palpação: analisa-se a presença de dor e nódulos.

5. ausculta pulmonar: identificam-se as alterações do murmúrio vesicular e a presença de ruídos adventícios.

6. avaliação da mobilidade torácica: através da técnica de cirtometria torácica mensura-se a mobilidade torácica na altura das regiões axilar, xifóide e basal do tórax.

7. avaliação da capacidade aeróbica sub-máxima: realiza-se o teste da caminhada de seis minutos.

8. avaliação da força muscular respiratória: utilizando-se um aparelho manovacúmetro, mensura-se a força da musculatura inspiratória e expiratória.

9. espirometria: utilizando-se um aparelho espirômetro mensuram-se volumes e capacidades pulmonares.

10. avaliação da dispnéia: identifica-se o grau do cansaço do cliente através de escalas específicas para a avaliação da dispnéia.

Posteriormente traça-se um protocolo de tratamento que poderá ser composto de:

1. treinamento físico de membros inferiores, realizados através de esteiras e bicicletas, controlados por uma frequência cardíaca de treino previamente estipulada.

2. treinamento físico de membros superiores, através de exercícios livres ou realizados com bastão, bola ou halter.

3. alongamento global de membros inferiores, superiores e tronco.

4. terapias de higiene broncopulmonar, com auxílio de manobras e aparelhos para facilitar a mobilização da secreção nas vias aéreas.

5. assistência ventilatória não-invasiva, oxigenioterapia e inaloterapia também podem ser utilizadas no programa.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Foram convidadas as dezessete pessoas com DPOC que estavam freqüentando a Clínica de Fisioterapia no mês de maio e junho de 2007, respeitando as possibilidades individuais.

Participaram desta pesquisa quinze pessoas com DPOC, selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão:

a) pessoas com DPOC em qualquer estágio da doença (leve, moderada ou grave);

b) serem adultas e estarem realizando tratamento fisioterápico por no mínimo seis semanas ou doze sessões¹;

c) pessoas de ambos os sexos, com funções neurocognitivas preservadas;

e) concordassem e possuíssem disponibilidade em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

A partir desta seleção, foi realizado um contato inicial com os sujeitos da pesquisa, convidei-os pessoalmente a participarem, informei-os sobre o propósito do estudo e a importância de sua participação, evidenciando ainda que era uma proposta inovadora na Clínica de Fisioterapia e objetivava compreender os aspectos físicos, culturais, sociais e ambientais que poderiam influenciar na qualidade de vida de pessoas com DPOC.

Na Tabela 1, estão apresentados as características das quinze pessoas que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Das dezessete pessoas com DPOC que estavam freqüentando a Clínica de Fisioterapia na UNIVALI, duas foram exclusas, uma por apresentar exacerbação da doença e precisar ser internada e a

¹ O tempo de seis semanas ou 12 sessões foi estipulado por ser o tempo mínimo que os estudos mostram na obtenção de melhora na capacidade física e diminuição da dispnéia pelo treinamento físico (O'DONNELL et al, 1995).

outra, por ter se mudado para outra cidade, impossibilitando-a de continuar a fisioterapia.

Houve predomínio de pessoas do sexo feminino (60%), acima de 60 anos de idade (66,66%), situação conjugal com companheiro (66,66%), baixa escolaridade (40%) e renda mensal (53,32%), aposentadas (66,66%), com bronquite crônica (80%) e realizam fisioterapia há mais de três anos (46,66%).

Tabela 1 - Características das pessoas com DPOC que participaram do estudo.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	09	60
Masculino	06	40
Faixa etária		
30-39	02	13,33
40-49	02	13,33
50-59	01	06,66
60-69	02	13,33
70-79	06	40
80-89	02	13,33
Estado civil		
Casado	10	66,66
Divorciado	01	06,66
Viúvo	04	26,66
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	02	13,33
Ensino médio completo	05	33,33
Ensino fundamental incompleto	06	40
Ensino fundamental completo	02	13,33
Renda mensal		
Sem rendimento	04	26,66
De 1/2 a 1 SM	04	26,66
Mais de 1 a 2 SM	05	33,33
Mais de 2 a 3 SM	02	13,33
Ocupação atual		
Aposentado	10	66,66
Do lar	05	33,33
Tempo de fisioterapia		
0-1 ano	03	20
1-2 anos	02	13,33
2-3 anos	03	20
Acima de 3 anos	07	46,66
Tabagismo		
Nunca	07	46,66
Ex-tabagista	08	53,33
Doenças associadas		
Sim	08	53,33
Tipo de DPOC		
Enfisema	03	20
Bronquite crônica	12	80
Estadio da DPOC		
Moderado IIA	07	46,66
Moderado IIB	08	53,33

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando-se três instrumentos, utilizados na seguinte ordem: o primeiro, criado especificamente para este estudo, foi destinado à caracterização dos aspectos sociodemográficos e clínicos (Apêndice 2); o segundo, o instrumento *World Health Organization Quality of life – WHOQOL -100* (Anexo 1), para avaliar a qualidade de vida de forma quantitativa; o terceiro, foi um instrumento semi-estruturado contendo cinco questões como norteadoras, para avaliar a qualidade de vida de forma qualitativa (Apêndice 3).

O WHOQOL-100 possui cem questões que estão formuladas para uma escala do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). As cem questões compõem seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade), sendo cada domínio constituído por facetas (compostas por quatro itens cada). Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida. Essas últimas geram um escore global (chamado qualidade de vida geral), que também foi incluído na análise dos resultados.

As entrevistas foram realizadas no mês de maio de 2007, e no sentido de facilitar o processo foram realizadas no mesmo horário de atendimento fisioterápico, não sendo realizado a fisioterapia, acordado previamente com o participante e o fisioterapeuta responsável.

Seguiu-se criteriosamente os procedimentos para aplicação do instrumento WHOQOL (FLECK, 1998) (Anexo 2) sendo que a entrevista foi realizada em situação de privacidade, sem o acompanhamento de familiar, cônjuge e outros. O instrumento foi respondido em apenas um encontro, enfatizando que as respostas deveriam ser relativas às duas últimas semanas.

Cada entrevista durou em média uma hora; observou-se que a aplicação do instrumento WHOQOL com 100 perguntas mais as questões da entrevista semi-estruturada foi desgastante para as pessoas com DPOC, devido às restrições pulmonares que fazem com que elas sintam-se cansadas durante uma conversa

prolongada. O fato de estarem participando pela primeira vez de uma entrevista no serviço de fisioterapia, o qual elas apreciam, somado a vontade de colaborar neste estudo, e a oportunidade de expressar seus sentimentos fez com que elas respondessem até a última questão da entrevista.

O instrumento em questão é auto-aplicável, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e a baixa escolaridade que foi comum nesta população.

Neste caso tomaram-se os devidos cuidados para não influenciar a pessoa na escolha da resposta. Não discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida apenas foi relido a questão de forma pausada, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas, insistindo sobre a importância da interpretação da pessoa da pergunta proposta.

Para Minayo et al. (1994), os questionários nos estudos são importantes componentes da realização da pesquisa qualitativa. A entrevista é o procedimento mais usual buscando obter informações contidas no discurso livre dos sujeitos da pesquisa.

Segundo Chizzotti (2001), a entrevista pressupõe que o informante é capaz de exprimir-se com clareza sobre suas experiências, prestar informações fidedignas, manifestar o significado que têm no contexto em que ele se realiza, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e idéias.

Os registros das informações foram feitos no próprio instrumento e através de gravação em um aparelho gravador digital do tipo MP4 da marca MIDI, com a devida autorização dos participantes, lembrando para eles que as gravações não seriam divulgadas, e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com posterior transcrição das entrevistas.

4.5 Análise dos dados

Para o cálculo dos escores dos domínios, utilizou-se a sintaxe oferecida pelo grupo WHOQOL (Anexo 3) que foi usada no *Software Statistical Package for Social*

Science (SPSS). Com ele pôde-se checar e estabelecer os escores dos domínios e das questões de qualidade de vida geral.

Os escores finais de cada domínio calculados pela sintaxe, considerando as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultaram em escores finais numa escala de 4 a 20.

Foi realizada análise estatística descritiva escores dos seis domínios do WHOQOL-100 e da qualidade de vida geral, através da média, desvio-padrão e intervalo de confiança de 95%. É importante destacar que o instrumento WHOQOL foi desenvolvido a partir da premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional, portanto, há maior coerência em considerar cada domínio e seu respectivo escore individualmente (FLECK, 2000).

Foi realizada análise de correlação entre os domínios e entre as facetas de cada domínio, com o objetivo de avaliar em cada domínio a faceta que mais se correlacionava com a qualidade de vida das pessoas com DPOC. Utilizou-se para isso o coeficiente de correlação linear de Pearson (avaliação do grau de relação existente entre duas variáveis aleatórias). Considerando para todas as análises, o valor de p inferior a 0,05 como estatisticamente significativo.

Para análise qualitativa utilizei a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), e avaliação por triangulação de métodos proposta por Minayo (2005).

O processo englobou a coleta de informações, organização dos relatos das informações provindas das entrevistas, que foram transcritas logo após.

Após as transcrições das quinze entrevistas, li e reli para identificar as percepções das pessoas sobre sua qualidade de vida e a influência da fisioterapia.

A partir dessas leituras comecei a codificação dos dados reorganizando-os através de frases ou temas-chave semelhantes entre as informações expressas pelas pessoas com DPOC.

Após a codificação, ao invés de formar as categorias conforme um conjunto de expressões com características similares, foram definidos os seis domínios do instrumento WHOQOL-100 que compuseram o marco de referência utilizado, como sendo as categorias do estudo. Desse modo, os códigos foram incluídos em uma das categorias conforme sua proximidade com cada um dos domínios. Realizou-se logo após a interpretação incluindo três processos: a síntese, na qual se examinou subjetivamente as associações e variações das informações a fim de conseguir

completa familiaridade com elas; a teorização, na qual se desenvolveu um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese e que foi feita à luz da fundamentação teórico-filosófica do projeto; a transferência, na qual buscou-se dar significado aos achados da pesquisa e procurou-se contextualizá-los, de modo a socializar os resultados.

4.6 Aspectos éticos

Inicialmente o projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI, conforme a Resolução do CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e foi aprovado sob o parecer nº 90/07.

Foram considerados os aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos, sendo levados em conta os seguintes aspectos para a implementação da pesquisa, contemplando as determinações da Resolução:

- apresentação do projeto de pesquisa à coordenação do Curso de Fisioterapia da UNIVALI;
- autorização e consentimento dos sujeitos para o registro, utilização e divulgação das informações obtidas na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- explicação dos objetivos, metodologia e cronograma do estudo aos participantes;
- explicação acerca das contribuições do estudo e da sua relevância social;
- garantia de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos sujeitos;
- respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos;
- garantia da possibilidade de afastamento voluntário e espontâneo dos sujeitos.

O sigilo e o anonimato dos participantes do estudo foram garantidos, salientando que os nomes que aparecem expostos nos resultados são nomes fictícios, escolhidos pelos próprios participantes.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados primeiramente os resultados quantitativos resultantes da avaliação do instrumento WHOQOL-100, posteriormente os resultados qualitativos e finalmente as convergências e divergências dos resultados quantitativos e qualitativos.

5.1 Percepção das pessoas com DPOC sobre a qualidade de vida: uma abordagem quantitativa

A utilização do instrumento WHOQOL-100 permitiu apreender a avaliação que as pessoas com DPOC que se utilizam do tratamento da fisioterapia têm sobre sua qualidade de vida. Pode-se verificar dentro de uma perspectiva quantitativa o que mais interfere positiva ou negativamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Inicialmente, foram obtidos os escores médios nos seis domínios do WHOQOL-100 e nas questões que medem qualidade de vida geral (Tabela 2).

Tabela 2 - Média e desvio-padrão dos domínios e a qualidade de vida geral.

Domínio	Média	DP	IC95%
Físico	11,35	(3,59)	9,36-13,34
Psicológico	14,44	(1,32)	13,70-15,17
Nível de independência	11,45	(3,35)	9,59-13,30
Relações sociais	15,28	(1,81)	14,28-16,29
Ambiente	14,15	(2,26)	12,90-15,41
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	15,93	(2,34)	14,63-17,23
Qualidade de vida geral	14,60	(2,35)	13,29-15,90

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que os escores mais baixos foram os do domínio físico e nível de independência indicando maior comprometimento da qualidade de vida em tais domínios quando comparados à pontuação máxima dos escores para cada domínio.

O domínio relacionado aos aspectos espirituais/religião/crenças pessoais foi o que menos comprometeu a qualidade de vida das pessoas com DPOC.

Para maior compreensão do escore de qualidade de vida geral, quando perguntados como a pessoa avaliaria sua qualidade de vida, duas (13%) avaliaram como “muito boa”, oito (53%) pessoas avaliaram como “boa”, enquanto cinco (33%) avaliaram como “nem ruim nem boa”; portanto, observam-se avaliações bastante positivas, como constatado no escore médio do domínio que pende para o lado da avaliação positiva da qualidade de vida, cujo escore máximo é 20.

A validade do construto pode ser avaliada por meio das correlações entre os escores dos seis domínios, verificando-se valores satisfatórios e correlações de moderadas a fortes e estatisticamente significativas entre os domínios físico e psicológico ($r=0,53$), físico e nível de independência ($r=0,77$), físico e ambiente ($r=0,73$), e psicológico e ambiente ($r=0,69$).

Foi realizada a correlação de Pearson entre o domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais e a qualidade de vida geral. Os resultados são sumarizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Estimativa dos coeficientes de correlação entre os domínios e a qualidade de vida geral.

Domínios	Qualidade de vida geral	
	Correlação	p
Físico	0,44	0,098
Psicológico	0,79*	0,000
Nível de independência	0,45	0,089
Relações sociais	0,16	0,562
Ambiente	0,52*	0,044
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	0,64*	0,010

(*) A correlação é estatisticamente significante

Observa-se na Tabela 3, que três dos seis domínios se correlacionaram positiva e significativamente do ponto de vista estatístico com a qualidade de vida geral. O domínio que mais contribuiu na qualidade de vida geral das pessoas com a DPOC foi o psicológico fortemente correlacionado, seguido dos aspectos espirituais/religião/crenças pessoais e do ambiente moderadamente correlacionado.

Posteriormente, foi realizada a correlação entre as 24 facetas e o domínio global. Os resultados são sumarizados na tabela 4.

Tabela 4 - Estimativa dos coeficientes de correlação entre as facetas e a qualidade de vida geral.

Faceta avaliada	Correlação	p
2. Energia e fadiga	0,57*	0,025
6. Auto-estima	0,74*	0,001
9. Mobilidade	0,53*	0,039
10. Atividades da vida cotidiana	0,59*	0,020
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	0,63*	0,011
23. Transporte	0,53*	0,038

(*) A correlação é estatisticamente significante

A partir dos resultados mostrados na Tabela 4, observou-se que das 24 facetas contidas no instrumento WHOQOL-100, apenas sete delas se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global, apesar de as correlações serem de baixa intensidade. Apenas a faceta da auto-estima apresentou uma forte correlação com o domínio global da qualidade de vida.

Buscou-se ainda, identificar as facetas mais influentes para a qualidade de vida em cada um dos domínios do WHOQOL-100, através da correlação entre cada questão que compõem o domínio e seu escore médio.

Nas Tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 estão apresentados os resultados encontrados por domínio.

Tabela 5 - Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Físico.

Faceta avaliada	Correlação	p
1. Dor e desconforto	-0,90*	0,000
2. Energia e fadiga	0,90*	0,000
3. Sono e repouso	0,91*	0,000

(*) A correlação é estatisticamente significante

Os dados da Tabela 5 revelam que todas as facetas do domínio físico estão correlacionadas com o escore médio obtido em tal domínio, sendo que todas as facetas influenciaram fortemente, e de forma semelhante o escore médio do

domínio. A energia e fadiga nos participantes do estudo influenciaram na qualidade de vida, na mesma intensidade que a dor e o sono.

Tabela 6 - Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Psicológico.

Faceta avaliada	Correlação	p
4. Sentimentos positivos	0,46	0,080
5. Pensar, aprender, memória e concentração	0,06	0,817
6. Auto-estima	0,59*	0,020
7. Imagem corporal e aparência	0,56*	0,029
8. Sentimentos negativos	-0,55*	0,032

(*) A correlação é estatisticamente significativa

Os dados da Tabela 6 mostram que três dentre cinco facetas do domínio psicológico correlacionam-se positiva e significativamente com o seu escore médio na mesma intensidade das facetas da auto-estima e da imagem corporal e aparência. E correlacionou-se negativamente com a faceta sentimentos negativos, ou seja, quanto mais sentimentos negativos as pessoas com DPOC que participaram deste estudo apresentarem, pior vai ser a qualidade de vida destas. Esse foi o domínio com valores de correlação mais fracos.

Tabela 7 - Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Nível de Independência.

Faceta avaliada	Correlação	p
9. Mobilidade	0,89*	0,000
10. Atividades da vida cotidiana	0,95*	0,000
11. Dependência de medicação ou de tratamentos	-0,80*	0,000
12. Capacidade de trabalho	0,85*	0,000

(*) A correlação é estatisticamente significativa

Os dados da Tabela 7 indicam que as quatro facetas que compõem o domínio nível de independência estão fortemente correlacionadas com o escore médio obtido em tal domínio, sendo a faceta das atividades da vida cotidiana a mais influente na qualidade de vida das pessoas com DPOC que responderam ao instrumento.

Tabela 8 - Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Relações sociais.

Faceta avaliada	Correlação	p
13. Relações pessoais	0,57*	0,025
14. Suporte (Apoio) social	0,82*	0,000
15. Atividade sexual	0,81*	0,000

(*) A correlação é estatisticamente significativa

Os dados da Tabela 8 revelam que das três facetas do domínio relações sociais, duas apresentam positiva e forte correlação com o escore médio obtido nesse domínio, que foram as facetas suporte social e atividade sexual. Todavia, as três facetas influenciaram a qualidade de vida das pessoas com DPOC deste estudo.

Tabela 9 - Correlação entre cada faceta e o escore médio do Domínio Ambiente

Faceta avaliada	Correlação	p
16. Segurança física e proteção	0,76*	0,001
17. Ambiente no lar	0,72*	0,002
18. Recursos financeiros	0,43	0,104
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	0,55*	0,031
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	0,69*	0,004
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	0,76*	0,001
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	0,82*	0,000
23. Transporte	0,86*	0,000

(*) A correlação é estatisticamente significativa

Os dados da Tabela 9 mostraram que o transporte, o ambiente físico, a participação em atividades recreativas e de lazer, bem como, a oportunidade de obter tais atividades, a segurança física e ambiente no lar, nessa ordem, foram às facetas que mais influenciaram o escore médio desse domínio, porém, as facetas que mais fortemente influenciaram a qualidade de vida das pessoas que participaram do estudo foi a do ambiente físico e a do transporte. Observou-se que os recursos financeiros não tiveram importância na relação com a qualidade de vida para os participantes.

Na busca de estudos nas bases de dados, observamos que foi nos últimos sete anos que aconteceu o crescimento da pesquisa envolvendo qualidade de vida de pessoas com DPOC, porém, a abordagem tem sido quantitativa. Está evidente nos vários artigos publicados em literatura nacional e internacional que a utilização preferencial, é dos questionários específicos para doenças pulmonares. Não identificamos qualquer estudo semelhante relacionado à avaliação de qualidade de vida, utilizando-se o questionário WHOQOL-100, em pessoas com DPOC, dificultando comparar os índices obtidos neste estudo.

Por esta razão, utilizamos alguns estudos que fizeram uso de questionários específicos para doença pulmonar, no intuito de compreender a qualidade de vida das pessoas com DPOC, mais especificamente relacionada ao domínio físico.

Dessa forma, observamos em estudos nacionais, que utilizaram o instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pessoas com doença pulmonar, o *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), que os domínios que mais influenciam na qualidade de vida dessa população, por apresentar os piores escores, são os relacionados às atividades físicas e os sintomas (CAMELIER et al., 2006; ROSA et al., 2006; ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005; DOURADO et al., 2004; SOUSA; JARDIM; JONES, 2000).

Analisando estudos internacionais também apresentaram os piores escores na avaliação da qualidade de vida em pessoas com DPOC nos domínios referentes as atividades físicas e sintomas (ROSSI et al., 2005; FINNERTY et al., 2001; HAJIRO et al., 1999; BRESLIN et al., 1998).

Kerkoski, Bonilla e Chiodi (2007), realizaram uma análise descritiva da qualidade de vida de pessoas com DPOC na cidade de Itajaí/SC utilizando o SGRQ, e o domínio que apresentou o pior escore foi o referente às atividades do dia-a-dia, e relatam que quando comparam com outros estudos puderam evidenciar uma qualidade de vida mais comprometida em todos os domínios nas pessoas que participaram daquele estudo.

Essas análises nos permitem compreender que a maior queixa das pessoas com DPOC está relacionada à sintomatologia da doença e às restrições que a doença impõe nas atividades do dia-a-dia dessas pessoas, seja ela nas atividades mais corriqueiras do cotidiano ou em atividades mais complexas, por exemplo, as relacionadas ao trabalho.

A partir de uma abordagem global da qualidade de vida avaliada pelo instrumento WHOQOL-100, evidenciamos que as pessoas com DPOC que participaram desse estudo também referiram maior comprometimento da qualidade de vida no domínio físico e nível de independência, como demonstrado na Tabela 3.

Na questão que indagava sobre satisfação com a saúde no questionário, 27% sentiam-se “satisfeitos”, outros 27% estavam “nem satisfeitos nem insatisfeitos” com sua saúde, 40% “insatisfeitos”, e 7% estavam “muito insatisfeitos”. É provável que a tendência da insatisfação com a saúde dessas pessoas seja reforçada pelo maior comprometimento da qualidade de vida nos domínios físico e nível de independência. Isso gera uma maior preocupação das pessoas em relação a sua saúde, como o que foi referido na primeira questão do questionário, onde 20% têm extrema preocupação com a saúde, 60% se preocupa bastante, 13% mais ou menos, e 7% muito pouco.

A sintomatologia que a DPOC acarreta, além da tosse e produção de secreção é a dispnéia, que vai se manifestar em alguma fase de evolução da doença, constituindo o sintoma principal e representa a manifestação clínica que mais compromete a qualidade de vida dos indivíduos com a DPOC (HAJIRO et al., 1999).

Cronicamente, todo o processo fisiopatológico da DPOC inicialmente vai reduzir a capacidade física aos grandes esforços e, posteriormente, ao repouso. Essas alterações tendem a agravar e desencadear sintomas limitantes nas pessoas, diminuindo suas atividades de vida diária e prejudicando sua qualidade de vida (PAULIN; BRUNETTO; CARVALHO, 2003).

Na ficha de informações das pessoas com DPOC que participaram deste estudo havia, um item que os questionava sobre a não realização de atividades físicas, e também sobre quais e o quanto de atividades físicas eles realizavam não incluindo a fisioterapia semanal. Aproximadamente 54% das pessoas responderam que não realizam nenhum tipo de atividade física pelo cansaço que sentem, e o restante dos entrevistados, relataram realizar caminhada leve, desenvolver exercício em casa de baixa intensidade como foi ensinado na fisioterapia. Isso demonstra que se trata de pessoas com DPOC que reduziram drasticamente sua capacidade física, no mínimo aos grandes esforços.

Segundo a escala *Medical Research Council* (MRC) modificada pela ATS que avalia a dispnéia de zero a quatro graus, reduzir a capacidade física aos grandes esforços, significa que a pessoa passou a ter cansaço ao executar uma atividade anteriormente feita sem qualquer desconforto. Por exemplo, subir escadas sem provocar “falta de ar”, não conseguir andar depressa, subir uma rampa, executar trabalhos costumeiros ou praticar um esporte para o qual estava treinado (BROOKS, 1982).

Alguns autores como Martins, França e Kimura (1996), verificaram que na maioria das pessoas com doença crônica, a alteração da qualidade de vida ocorre quando há uma limitação na sua capacidade física e a pessoa passa a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes dessa limitação. No estudo realizado por estes autores em doenças crônicas de qualquer natureza, aproximadamente 68% das pessoas tiveram interferência da doença na capacidade física, e as limitações mais citadas foram andar, realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas e correr.

Trentini et al. (1990), mostraram que acima de 50% das pessoas com doenças crônicas avaliadas no seu estudo apresentavam incapacidade física para praticar esportes e correr, e 27% apresentavam dificuldade de subir escadas.

Segundo García et al. (2005) a idade avançada está associada a piores escores de qualidade de vida, causando maior impacto pelo prejuízo das atividades de vida diária e trabalho. Quando associados dois fatores ou mais, esse impacto parece ser ainda maior.

Num estudo realizado por Trentini et al (2006) na investigação da percepção sobre sua qualidade de vida em idosos dependentes com média de idade de 75 anos, utilizando o WHOQOL-100, também encontram escores mais baixos no domínio físico e nível de independência e grande parte da amostra apresentava depressão.

A qualidade de vida dos idosos tem sido muitas vezes associado às questões de dependência-autonomia; a dependência resulta das alterações biológicas e por consequência das mudanças sociais. Jóia, Ruiz e Donalísio (2007) descreveram os fatores associados ao grau de satisfação com a vida numa população de idosos e enfatizam que a saúde e a independência são os principais determinantes de uma melhor qualidade de vida. Outros fatores mencionados foram: sistema de apoio, ser

aceito pela comunidade, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar.

Nesta perspectiva, Moraes e Souza (2005) buscaram identificar fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos e constataram que a independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amizades, são fatores preditivos para melhor qualidade de vida.

Cardoso e Gonçalves (1998) estudaram a qualidade de vida em idosos portadores de multipatologias crônicas e destacaram que a insatisfação na vida está relacionada aos problemas de saúde e apontam que a satisfação é relativa ao relacionamento pessoal com familiares e amigos, atividades sociais, e desenvolvimento e realização pessoal.

Gonçalves, Dias e De Liz (1999) avaliaram a qualidade de vida de idosos freqüentadores de uma universidade aberta da terceira idade e identificaram escore médio mais baixo no item sobre saúde e acreditam que a preocupação pelas perdas físicas decorrentes de condições crônicas de saúde conjuntamente com o processo de envelhecimento, refletem no comprometimento da qualidade de vida pela saúde física.

Embora não tenha sido realizado um teste comparativo entre idosos e adultos para avaliar a influência da idade na qualidade de vida das pessoas com DPOC, por não ser o objetivo deste estudo, observou-se que a maior parte das pessoas apresentou idade superior a 60 anos, somando-se em torno de 66,66% do total, comparando com os achados em outros estudos com populações idosas assemelham-se a percepção da qualidade de vida como podemos observar nas tabelas 5, 7, e 8. A questão física da saúde, as atividades da vida cotidiana, o apoio social apresentaram forte correlação com a qualidade de vida dessas pessoas.

Todas as facetas do domínio físico se correlacionaram fortemente com a qualidade de vida, como podemos observar na tabela 6. Devido ao processo fisiopatológico da doença, como já foi descrito anteriormente, espera-se que a maior influência no domínio físico seja somente pelo cansaço que é acompanhado pelo grau de dispnéia que a pessoa com DPOC apresenta, afetando principalmente sua energia (disposição) na vida cotidiana, inclusive no sono e repouso pela dificuldade respiratória dessas pessoas na posição deitada.

No entanto, a dor também foi um sintoma que se destacou bastante no domínio físico. Das 15 pessoas com DPOC que responderam ao WHOQOL, 11 (73,33%) apresentaram co-morbidades como: diabetes mellitus, hérnia de disco, doença arterial coronariana, fibromialgia, doença vascular, artrose e hipertensão arterial sistêmica. Essa associação de doenças crônicas pode explicar a forte influência de todas as facetas do domínio físico na qualidade de vida.

No estudo realizado por Martins, França e Kimura (1996) cuja população estudada apresentava vários tipos de doenças crônicas entre elas a pulmonar, os sinais e sintomas citados como os mais freqüentes naquela população foi: cansaço, dor em diferentes partes do corpo e cefaléia; capazes de interferir no trabalho e atividades do lar, pela mudança de horário na carga horária e tipo de trabalho, pelo afastamento temporário e pela dificuldade na realização de atividades laborativas.

Com o objetivo de verificar a qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas, entre elas a diabetes mellitus e cardiovasculares, Trentini et al. (1990), listaram o cansaço, a dor e a insônia como os sinais e sintomas mais mencionados no comprometimento negativo da qualidade de vida dessas pessoas. Embora essas doenças pertençam a outro grupo das crônicas, a doença crônica pulmonar compromete a qualidade de vida da mesma forma no que se refere às questões físicas como relataram as pessoas que participaram desta pesquisa.

No trabalho de Kawakami (2005) avaliando a co-morbidade em pessoas com DPOC e a sua influência na qualidade de vida, ele constatou que 84% das pessoas com DPOC avaliadas em seu estudo apresentaram pelo menos uma co-morbidade, sendo as mais freqüentes a insônia e a hipertensão arterial sistêmica, concluindo que quanto maior o número de co-morbidades, pior era a qualidade de vida e alerta que a co-morbidade é um fator relevante na qualidade de vida das pessoas com DPOC.

Num estudo realizado anteriormente por Ferrer et al. (1997) comparando dois grupos de pessoas com DPOC, um grupo sem co-morbidades e outro grupo com, já haviam concluído que o grau e a presença ou não de co-morbidade prejudica a qualidade de vida das pessoas com DPOC, em maior grau quando nos estágios mais graves da doença e quando existe um número maior de co-morbidade.

Embora o domínio físico e nível de independência tenham apresentado os piores escores em relação aos seis domínios avaliados, tais domínios não

apresentaram uma forte correlação com a qualidade de vida geral, conforme apresentado na Tabela 7. Isto evidencia que a qualidade de vida nas pessoas com DPOC participantes desse estudo, além da saúde física, é afetada por outros fatores.

O domínio que mais fortemente correlacionou-se com a qualidade de vida geral foi o psicológico. Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000) revendo os aspectos relativos ao conceito de qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas, chegam a questões em que o estado funcional e a gravidade da doença têm efeito importante, mas indireto na qualidade de vida das pessoas com DPOC, e que os aspectos psicológicos decorrentes dos efeitos da doença influenciaria na percepção da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas.

A faceta que mais influência teve na qualidade de vida geral foi a da auto-estima (Tabela 4), faceta esta que compõe o domínio psicológico. No trabalho realizado por Martins, França e Kimura (1996) foi mencionado bastante sobre a interferência da doença crônica na auto-estima; alteração do estado emocional, caracterizado por tristeza, desânimo, desmotivação, nervosismo, aborrecimentos, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem foi relacionada como interferência negativa na qualidade de vida de pessoas com diversas doenças crônicas.

Verifica-se na Tabela 6, que as facetas auto-estima, imagem corporal e sentimentos negativos tiveram interferência na qualidade de vida das pessoas com DPOC. Os sintomas de ansiedade e depressão são freqüentes em pessoas com DPOC, independente da idade e gravidade da doença. A doença crônica apresenta maior predisposição a estes sintomas. As pessoas com DPOC têm sido repetidamente caracterizadas como uma população de doentes crônicos com a mais alta prevalência de sintomas depressivos (CARVALHO et al., 2007, EDE; YZERMANS; BROUWER, 1999).

Em um estudo, foi diagnosticado, numa população com média de idade de 63 anos participantes de um programa de reabilitação pulmonar que constava de sessões de fisioterapia, ansiedade em torno de 70% , e depressão em torno de 60%, (GODOY; GODOY, 2002).

O estudo de Fleck et al. (2002) avaliando a associação entre a depressão e função social, reforçam que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com a pior qualidade de vida e funcionamento social.

Os sintomas de ansiedade e depressão se manifestam mais nos momentos das exacerbações pulmonares agudas, principalmente se a exacerbação levar a pessoa a procurar um departamento de emergência médica. Além disso, esses sintomas estão correlacionados ao risco de maiores eventos de exacerbações pulmonares agudas (DAHLÉN; JANSON, 2002).

Um dos raros estudos utilizando o questionário da OMS em pessoas com DPOC foi realizado por uma equipe da enfermagem em 2006. O propósito do estudo foi descrever a qualidade de vida em pessoas DPOC na exacerbação pulmonar aguda e examinar as possíveis relações entre a qualidade de vida, o estado de saúde e a angústia psicológica. A qualidade de vida foi avaliada através do WHOQOL-breve em 51 pessoas na faixa de idade de 48 a 87 anos. Os autores concluíram que existe uma associação entre o estado de saúde e os níveis de angústia psicológica que interferem na qualidade de vida destas (ANDENAES et al., 2006).

O domínio ambiente também apresenta forte influência na qualidade de vida, como demonstrado na tabela 9. Os itens de qualidade de vida apontados como os mais altos no estudo de Gonçalves, Dias e De Liz (1999) foram relacionados ao domínio ambiente, tais como: oportunidades de aprendizagem, entretenimento, e recreação, e o domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais como o autoconhecimento com ênfase na espiritualidade.

Segundo Pereira et al. (2006), um dos domínios que mais contribui para a piora da qualidade de vida de idosos com baixa renda e escolaridade é o ambiental e relata que essa influência tem grande relação com a situação socioeconômica, pois um grande percentual de idosos no Brasil recebe aposentadoria de um salário mínimo, que representa um baixo ganho para sustentar uma doença crônica.

As características das pessoas com DPOC em nosso estudo demonstraram o predomínio de aposentados e com baixa renda mensal, porém, não encontramos influência significativa da faceta recurso financeiro na qualidade de vida.

Os fatores de melhor satisfação com a vida no estudo de Jóia, Ruiz e Donalísio (2007) com o mesmo tipo de população, foram relacionados com o

conforto domiciliar, oportunidades de lazer, realizar suas refeições, acordar bem e não sentir solidão. Estes resultados sugerem, segundo os autores, que os fatores associados à satisfação com a vida, de alguma maneira, estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente da renda mensal ou estrato social.

O domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (Tabela 3) apresentou uma moderada influência na qualidade de vida das pessoas com DPOC, e seu escore foi o maior dentre os seis analisados (15,93), o que demonstra a importância desse aspecto na vida dessas pessoas.

Quando as pessoas se deparam com a doença crônica ou a descompensação, que traz fatores limitantes como dor, a fadiga, e até mesmo o medo da morte, é comum apegar-se as práticas religiosas, tornando-se muitas vezes uma estratégia para o enfrentamento daquela condição (PIMENTA, CRUZ, 1994).

Segundo Fleck et al. (2003) o desenvolvimento do módulo "espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais" para compor o instrumento WHOQOL através da participação de profissionais da saúde, pacientes agudos, crônicos e terminais, católicos, evangélicos, afro-brasileiros, espíritas e ateus pode-se evidenciar a importância da dimensão espiritual na vida dos pacientes. Acrescenta que a religiosidade e a espiritualidade sempre foram aliadas importantes principalmente no momento da doença e que as evidências são crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental.

5.3 Percepção das pessoas com DPOC sobre a qualidade de vida: uma abordagem qualitativa

O processo de análise qualitativa dos dados teve como base o marco de referência proposto, cujo foco esteve voltado para a identificação dos elementos que influenciam a qualidade de vida das pessoas com DPOC, sendo desenvolvida a partir dos seis domínios do instrumento WHOQOL-100, dada a natureza subjetiva e ao peso de cada domínio para avaliação da qualidade de vida, possibilitando uma compreensão ampliada pertinente à população em questão.

Percebi neste processo a aderência do marco de referência escolhido, pois todos os participantes do estudo perceberam a sua qualidade de vida dentro de uma natureza multidimensional, sendo muitas vezes extrapoladas as facetas que compõem cada domínio.

A análise qualitativa será descrita conforme a ordem de colocação dos domínios relacionados no quadro 1 no capítulo marco de referência baseado no estudo de Fleck (2000).

5.3.1 Domínio Físico

Foram identificadas as informações a respeito da qualidade de vida relacionadas ao domínio físico, e os elementos que influenciam na qualidade de vida das pessoas com DPOC foram: dor de origem variada; “falta de ar” e cansaço; dificuldade para dormir; tosse e catarro.

A dor foi um sintoma relatado muito mais do que o esperado para a população em estudo, já que se tratava de doença pulmonar. Apenas dois dos participantes sentiam desconforto no ato de respirar, o que não quer dizer que esta dor esteja totalmente relacionada à doença respiratória.

Grunspun (1997) explica que a dor torácica classificada como funcional pode ocorrer no contexto de um episódio de ansiedade e geralmente é desencadeada por hiperventilação. Após 3 minutos de hiperventilação forçada, a maior parte das pessoas sentem dor torácica.

As outras dores relatadas pelas pessoas foram de diversas origens, dor relacionada às co-morbidades existentes como dor na coluna devido à presença de uma hérnia de disco; dor no peito ocasionada por uma angina de peito; dor no braço pela inflamação do tendão; dor nas pernas por uma insuficiência vascular; dor de cabeça por alterações vasculares e deficiência visual pela diabete. Algumas dessas queixas podem ser visualizadas através das falas:

[...] tenho bronquite e duas hérnias de disco. Então como é que eu vou enfrentar minha saúde no trabalho uma dor assim [...] minha saúde é precária, porque além dessa bronquite que não é fácil, que

quando ataca, a gente fica ruim, ainda tem mais essas hérnias (Carlos).

[...] eu gosto muito de leitura, eu leio bastante, escrever eu não gosto muito porque já dói muito meu tendão eu tenho epicondilite também (Doris).

A maioria das pessoas deste estudo além de apresentarem co-morbidades, eram idosas e cada um desses fatores pode manifestar essa sensação e impor graus variados de restrições ao processo de viver.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, complexa e multidimensional que envolve alterações psicológicas, neurofisiológicas, bioquímicas, cognitivas e culturais. É um problema de saúde considerada de maior prevalência, pois grande parte das doenças provoca dor, muitas vezes intensa e de difícil controle. Ela compromete a qualidade de vida, pois com dor as pessoas evitam as atividades sociais, apresentam alterações funcionais, alteração nutricional, insônia, ansiedade, depressão, desesperança, desorganização familiar, dependência, falta de prazer em geral e, muitas vezes, vivem em função da dor (SAKATA; GIRALDES; AOKI, 2006).

A vulnerabilidade da dor na pessoa idosa é maior e se constitui um fator importante de sofrimento. Nessa fase da vida, a pessoa é afetada frequentemente por numerosos males simultâneos, que geram dor, prejudicando as condições físicas e a qualidade de vida. As causas mais freqüentes são os distúrbios do aparelho de locomoção, as doenças reumáticas, as fraturas de origem osteoporótica, as afecções do sistema nervoso central e periférico (dor neurogênica), as afecções de origem vascular (enxaqueca, angina de peito) e as neoplasias (HERMAN; SCUDDS, 1998).

Uma das queixas mais relatadas pelas pessoas com DPOC que participaram do estudo foi a dispnéia, e atribuíram as suas dificuldades do dia-a-dia relacionadas principalmente às atividades físicas, às alterações emocionais e sociais, ao grau da dispnéia que eles apresentam como: não poder caminhar com mais rapidez; realizar atividades que exigem mais fôlego como passar pano na casa e limpar o jardim; brincar com os netos; atividades de lazer mais complexas como acampar, pescar no

período noturno; ajudar as pessoas como ir à casa de seus vizinhos mais próximos e mais distantes, oferecerem apoio para a saúde ou levar os ensinamentos religiosos.

Neste item tratarei mais do aspecto físico como proposto, mas abordarei sobre a dispnéia também nos outros domínios dada a complexidade da sua influência na qualidade de vida das pessoas com DPOC.

A dispnéia e fadiga são os dois sintomas mais comuns experimentados pelas pessoas com DPOC. A dispnéia é considerada o sintoma primário que mais causa impacto na qualidade de vida dessas pessoas, por ser resultante das diminuições das atividades de vida diária. Mais adiante, se estes sintomas continuam limitando as atividades diárias e a intensidade do sintoma aumentar, maior será o potencial para as pessoas se tornarem sem condicionamento. Essa relação entre o sintoma e as atividades de vida diária acaba se tornando um ciclo vicioso, pois quanto mais as pessoas ficam paradas por causa da dispnéia mais elas se tornarão limitadas para realizar as simples tarefas do dia-a-dia, como cuidar de si própria (MEEK; LAREAU, 2003, BRESLIN et al., 1998, SASSI-DAMBROWN et al., 1995).

Essas situações podem ser visualizadas através dos depoimentos a seguir:

[...] não posso andar ligeiro, descer uma escada ligeira, se tiver uma coisa pra pegar correndo já não posso porque dá cansa, as minhas pernas também não ajudam (Vera).

[...] eu não posso fazer nada, se eu ando 100 metros já estou com falta de ar, dores nas pernas, nos músculos (Oscar).

A dificuldade para dormir foi colocada pelas pessoas como estando totalmente atrelada aos sintomas de dispnéia e fadiga.

Tenho dificuldade para dormir, já teve noite de eu dormir sentado [...] porque tranca tudo, quando fico pouquinho cansado é difícil dormir (Carlos).

[...] tem dia que eu tenho dificuldade para dormir, me dá aquela fadiga, eu quero levantar fazer as coisas, daí eu quase não durmo (Sofia).

O sono é uma das funções fisiológicas que está estreitamente relacionada à idade, e apresentam mudanças significativas ao longo da vida como aumento dos despertares durante a noite e diminuição da quantidade total de sono noturno. Essas mudanças comprometem o desempenho diurno, pois surge a sonolência diurna, perda do ânimo, baixa concentração nas atividades rotineiras e possibilidades de alteração do humor. Uma qualidade ruim e quantidade do sono inferior à necessidade de cada pessoa, estão intrinsecamente ligadas à qualidade de vida (TUFIK; MELLO; ESTEVES, 2006).

A dificuldade de sono no DPOC também pode ser explicada pela hipoxemia e hipercapnia que acontecem pela hipoventilação alveolar, diminuição da capacidade residual funcional e distúrbio da relação ventilação-perfusão. Além disso, a fragmentação do sono pode ser sugerida pelo aumento do trabalho respiratório (GAIO, 2003).

Outras dificuldades podem comprometer o sono como a manutenção da pessoa na posição deitada, em dorsal ou lateral, pela dificuldade respiratória que estas posições impõem ao músculo diafragma, tendo que dormir muitas vezes na posição semi-sentada ou sentada para melhor conforto respiratório (KERKOSKI et al., 2007).

A tosse persistente e a presença da secreção também influenciam na qualidade de vida das pessoas com DPOC. Parece que além do cansaço, da dor abdominal, da irritação nas vias aéreas superiores que uma crise de tosse pode gerar, essas pessoas sentem-se envergonhadas e muitas vezes manifestam incômodo por estes episódios.

[...] sempre tosse, sempre catarro, é difícil lidar, é tosse, tosse. Agora parece que vem no peito um catarro eu tusso, tusso, demora pra vir e se vem sempre é pouquinho, eu tusso bastante, me falta ar, dá um negócio na garganta, vem mais tosse e menos catarro (Zilda).

[...] só desci do carro ali pra vir aqui, já dei uma tossida ali, uma expectorada [...] a gente tem vergonha de dizer que eu sofro do pulmão, que antigamente uma pessoa não podia conversar com a outra assim né, se tinha problema de pulmão, era com máscara (Oscar).

O aumento da quantidade de secreção e a disfunção no transporte mucociliar são fatores importantes na fisiopatologia da DPOC, principalmente nos períodos de exacerbação. A retenção de muco pode ser resultado de sua produção excessiva, da perda de suas propriedades reológicas, e das dificuldades de sua eliminação, disfunção mucociliar e ineficiência da tosse (BORGES; VIANNA; TERRA FILHO, 2003).

Deve ser lembrado que a tosse é uma ação reflexa de defesa do organismo, se há tosse persistente está indicando uma disfunção mucociliar, e neste caso a probabilidade de a pessoa com DPOC adquirir infecção é maior, podendo acarretar um episódio de exacerbação pulmonar aguda (REBELATTO; MORELLI, 2004).

No entanto, a tosse persistente induz uma série de complicações, como mudanças no estilo de vida, sensação de esgotamento, insônia, rouquidão, cefaléia, dores musculares, sudorese excessiva, distúrbios urinários e até quadros de síncope, fazendo com que a tosse seja uma grande causa mais comum de procura de assistência (JACOMELLI; SOUZA; PEDREIRA JÚNIOR, 2003).

Observou-se nas entrevistas, que as pessoas com DPOC desconhecem as alterações que a doença causa no seu organismo e as mudanças que ela impõe na sua vida. Esse desconhecimento é prejudicial, pois além de desencadear sentimentos negativos, como os relatados, poderão piorar o seu quadro clínico por não saber o que está acontecendo, e o que fazer, quando se tem aumento da quantidade de secreção e tosse persistente.

O conhecimento sobre sua doença é capaz de encorajar a participação ativa no cuidado da sua saúde e levar a uma melhor compreensão das alterações físicas e psicológicas que acontecem com a enfermidade crônica. Ajuda tanto as pessoas com DPOC como os seus familiares a explorarem *caminhos* para lidar com as mudanças, tornando-os mais qualificados no gerenciamento da doença e mais aderentes aos planos do cuidado (ATS, 1999).

5.3.2 Domínio Psicológico

A influência de aspectos negativos como tristeza, medo, ansiedade, depressão e arrependimento; da imagem corporal como a vergonha; e da auto-estima como viver em função do outro, afetam a vida cotidiana das pessoas com DPOC prejudicando sua qualidade de vida.

A partir da fala dessas pessoas percebe-se que a tristeza está diretamente relacionada com as limitações impostas pela doença pulmonar crônica, como não poderem realizar tudo que gostariam e planejar atividades para o dia seguinte nem para um futuro próximo.

[...] às vezes a gente tá bom pensando num plano, em mais alguma coisinha na vida e de repente a gente fica ruim, já fica mais triste, já não pode ir mais lá e ali [...] (Paulo).

A tristeza se caracteriza por estados emocionais intrínsecos a todo e qualquer ser humano, privado de determinada satisfação pessoal e emocional. É uma reação do organismo quando ele mesmo se depara profundamente com a sua fragilidade. Na maioria das vezes, a tristeza tem relação direta com as limitações físicas enfrentadas pela pessoa no seu cotidiano, restringindo as atividades simples. Quando vivenciada por tempo prolongado, pode contribuir para o estabelecimento de quadros depressivos (KERKOSKI et al., 2007).

A revisão sistemática de Ede, Yzermans e Brouwer (1999) mostrou que é característico na população de DPOC a associação com a depressão, embora não seja evidente quais são os riscos de depressão que as pessoas com DPOC apresentam.

Um fator que parece estar comumente associado à depressão é a perda da saúde. Sensações como a tensão, que pode estar associada à incapacidade física, e a dor que causam alterações no estilo de vida, podem resultar na resposta psicológica à depressão. Outros sentimentos podem vir acompanhados como a desesperança, apatia, baixa auto-estima, culpa excessiva e sensação de inutilidade. A pessoa deprimida tende ao isolamento pela dificuldade de se relacionar com a

família e amigos e negligencia às atividades que seriam agradáveis (WILLIAMS, 2002).

O arrependimento foi pelo uso do tabaco por muitos anos. Quando as pessoas começam a se confrontar com as limitações que a doença trouxe para realizar as atividades diárias, profissionais, de lazer, sociais e as sexuais, elas se sentem arrependidas de terem fumado ao descobrirem que a causa disso tudo foi o cigarro, conforme pode ser visto a seguir:

[...] eu só me arrependo de não ter parado de fumar mais cedo, só isso, nisso eu tenho arrependimento muito grande, eu podia ter parado mais cedo, tive condição de ter parado.

Outro sentimento exposto foi o medo das crises, pois a exacerbação intensifica a “falta de ar”, aumenta a tosse e expectoração, e pode causar outras queixas inespecíficas como indisposição, insônia, sono, fadiga e depressão. É um estado que intensifica o sofrimento físico e a necessidade de hospitalização pode acontecer (GOLD, 2001).

[...] tem hora que dá aquela crise a gente se preocupa bastante [...] eu tenho medo de parar e voltar tudo (Sofia).

O medo e a ansiedade são sentimentos que acompanham a doença crônica, pois ela altera o ritmo de vida, impõem restrições e é preciso redobrar os cuidados para não provocar uma exacerbação dos sintomas e piorar o quadro. A prioridade se torna a doença e o medo aparece, pois ela pode agravar-se de uma hora para outra (VIEIRA; LIMA, 2002).

O medo constitui uma resposta a uma causa desconhecida, pressentimento dos riscos potenciais de uma situação; é um medo antecipado em que as pessoas se imaginam num risco que é derivado da experiência de fatos passados e com lembranças penosas da última crise, ou hospitalização etc. (MUÑOZ et al., 2003).

A doença pulmonar crônica parece uma ameaça continua à vida das pessoas. A ansiedade relaciona-se principalmente à intensa dispnéia e lembrar do quanto sentiu intensa falta de ar na última crise. Lembrando que cada crise que ocorre o

aproxima da morte, faz com que essas pessoas muitas vezes fiquem centradas no temor da “falta de ar”, que evitem qualquer esforço físico, e principalmente sair de casa, por causa do tempo ou poluição, estabelecendo-se um ciclo vicioso de agravamento constante da dispnéia e medo (GODOY; GODOY, 2002).

A vergonha também é um sentimento comum entre essas pessoas. O fator psíquico não está separado do corpo, a pessoa precisa assimilar a idéia de que um órgão ou parte de seu corpo não funciona mais, como antes, e é sempre muito difícil o ser humano aceitar as perdas. As modificações corporais ocorridas por conta da doença, fazem com que a pessoa com doença crônica, passe a ter fisionomia característica não de si mesmo, mas da doença que ele tem. Como consequência surgem sentimentos relacionados à estigmatizações e representações de imagem corporal, podendo ocasionar uma baixa da auto-estima (DINIZ; LEVENSTEINAS, 2006).

A vergonha está relacionada com a preocupação do que as outras pessoas vão pensar a seu respeito em dois sentidos. O primeiro em relação às condições físicas que a pessoa tinha anteriormente à doença, permitindo, um convívio social ativo com as pessoas próximas, posteriormente a doença com as limitações físicas impostas; ela não consegue acompanhar da mesma forma, tornando-se motivo de vergonha.

O segundo está relacionado à questão de ser doente pulmonar. Antigamente o doente pulmonar, lembrando da tuberculose, era isolado para não disseminar a doença, isso causava repercussões negativas como a repulsa e medo do contato com a tuberculose (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

O que se percebeu nessas pessoas com DPOC é que elas mesmas têm vergonha da sua doença, principalmente do ato de tossir, pois esperam reações negativas das outras pessoas e preferindo então o isolamento, conforme a fala a seguir:

[...] a gente tem vergonha de dizer não tenho condições físicas [...] a gente tem vergonha de dizer que eu sofro do pulmão [...] me sinto inibido porque toda vida eu tive saúde de uns anos para cá que vem acontecendo isso aí [...] (Oscar).

A baixa da auto-estima observada nas entrevistas estava relacionada à sua valorização pessoal. Percebe-se nos relatos das mulheres que antes da preocupação pela sua saúde, elas devem dar conta de exercer o serviço da casa, cuidar do marido, dos filhos e dos netos.

Em cidades pequenas como Itajaí, predominantemente em famílias com condições socioeconômicas e culturais mais baixas, a questão cultural em relação ao papel da mulher na sociedade, de que ela é responsável pelo suporte familiar e pelas atividades domésticas ainda é muito forte.

No caso de serem pessoas com DPOC, as mulheres podem vivenciar uma incapacidade de auxiliar a família e, não havendo suporte familiar, elas são obrigadas a realizar todas as atividades domésticas, vivenciando mais dispnéia e piorando sua qualidade de vida (PAULIN; BRUNETTO; CARVALHO, 2003).

[...] é muito corre, corre na minha vida, tudo é eu, tudo é eu, tudo depende de mim, então eu tava me sentindo muito cansada por causa da correria [...] até trabalho que eu fazia pra Jeová eu tive que diminuir (Doris).

[...] tudo é passado para minha mão, tenho que ir no banco, hoje mesmo eu sai cedo de casa, fui lá comprar um remédio pro véio, cheguei em casa meio dia, meti um pão, fui tomar banho e saí correndo de novo [...] a gente cansa (Sofia).

5.3.3 Domínio Nível de Independência

Relacionados a este domínio foram relatados três fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas com DPOC. O fator que mais foi destacado estava relacionado à impossibilidade para o trabalho, o segundo à dependência do tratamento para ter uma vida melhor e por fim a dependência de outras pessoas para auxiliar nas atividades de vida diária.

A maior parte dos participantes desse estudo era aposentada. Embora seja uma população onde a maioria tinha acima de 60 anos de idade, o que pode justificar a aposentadoria. As manifestações foram no sentido de que elas foram obrigadas a se afastar das atividades de trabalho em função da doença.

As queixas desse afastamento foram variadas, desde o baixo custo de renda mensal pela aposentadoria, a perda de prazer que tinham em fazer trabalho voluntário e a vontade de ter um emprego. Percebe-se que eles se acham excluídos da sociedade por não realizarem nenhuma atividade que seja reconhecida pelos outros, provocando sentimento de impotência e incapacidade. Eles se acham improdutivos já que não conseguem trabalhar e vivem para o tratamento da doença. As expressões às mudanças de trabalho de alguns participantes foram:

[...] eu gostaria de fazer muitas coisas e não posso, eu gostaria de ser aquela pessoa que eu era. Ajudar o próximo, trabalhar, caminhar e não ter medo de nada (Beatriz).

[...] talvez se não tivesse ficado doente eu estaria trabalhando ainda, não estaria parado (Aldo).

O trabalho sempre esteve presente nas atividades das pessoas, desde os primórdios da civilização; por exemplo, o *Homo sapiens*, se diferenciou de outros primatas mostrando que podia transformar seu meio através de uma atividade física e lúdica, que hoje se denomina trabalho (MARX apud CARREIRA; MARCON, 2003).

Além de o trabalho representar um vínculo entre as pessoas e a comunidade, também constitui uma das formas mais ativas de as pessoas conviverem no meio familiar e no meio social, sem o qual elas perdem o equilíbrio e desagregam-se (CARREIRA; MARCON, 2003).

As limitações para o trabalho estão diretamente relacionadas ao grau de dispnéia que essas pessoas apresentam o que acaba por reduzir sua capacidade física. As atividades mais simples também são afetadas como o trabalho doméstico. Isso provoca a perda da autonomia da pessoa porque algo modificou seu processo de viver e elas passam a ter que contar com a família ou amigos para realizar algumas tarefas que exigem maior capacidade física e se estabelece uma relação de dependência com outras pessoas.

Esta problemática é referida por Laura a seguir:

[...] para mim fazer um serviço eu canso muito, as vezes vai minha irmã, as vezes vai minha sobrinha me ajudar.

Essa relação de dependência traz a tona outros sentimentos, como a ira, pois elas não conseguem realizar as atividades que antes realizavam, sentem-se inúteis, anuladas e impotentes. Este evento estressante faz com que essas pessoas fiquem ansiosas e tristes que culmina com o sentimento do medo (MUÑOZ et al., 2003).

A pessoa percebe-se em situação de que ela perdeu a condição de sujeito da própria vida, como não poder ser sujeito de seu desejo e de suas necessidades. Torna-se passivo diante do outro, perde as expectativas de dirigir a própria vida e vive apenas a doença (DINIZ; LEVENSTEINAS, 2006).

A dependência também acontece em relação ao tratamento, eles sentem uma necessidade de utilizar os medicamentos e dizem que sem eles não conseguem viver bem, pois voltam a ter exacerbação com mais facilidade. A procura pelo médico é constante uma vez que o medo dessas crises é intenso, então eles adotam como rotina as visitas médicas para quaisquer sintomas que venham a surgir.

Outro tratamento relatado como dependência é a fisioterapia. Percebi que as pessoas que relataram esta dependência foram as que por mais tempo fazem uso desse tratamento e que por algum motivo e em algum momento pararam de realizar. Quando isso ocorreu as pessoas sentiram extrema vontade de voltar pela piora do quadro clínico e emocional, pois ir à fisioterapia se constitui em um processo mais amplo como sair de casa, encontrar com outras pessoas que utilizam o serviço e realizam o tratamento e conseqüentemente manter uma vida física mais ativa e feliz.

Se eu fosse bem rica teria uma fisioterapeuta pra mim o dia inteiro, todo dia (Luiza).

Se eu fico sem bombinha eu não consigo fazer nada (Doris).

A grande procura pelos serviços de saúde, principalmente na população de idosos é um reflexo do aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Em geral essa população costuma utilizar muitas visitas médicas e ter mais gastos com medicamentos (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Apesar disso, essa dependência de tratamento pode ser vista de forma positiva, pois ela se relaciona fortemente com alguns fatores, como melhor controle

da dispnéia, redução de períodos de exacerbação e redução nas taxas de procura aos serviços de urgência hospitalar (DÍEZ et al., 2004).

A percepção das pessoas sobre a importância do tratamento é fundamentada pela consciência que passaram a ter sobre a doença, como resultado da sua vivência e a necessidade de reconstrução diante do um novo desafio que ela lhe impõe, olhando-o como possibilidade de viver mais e com qualidade de vida (PEREIRA; MERCADANTE, 2004).

5.3.4 Domínio Relações Sociais

Os elementos sociais influenciam a qualidade de vida das pessoas com DPOC, como foi relatado pelos participantes desse estudo através da restrição ao lar, relações com a família e apoio social.

Restrição ao lar foi uma fala comum entre as pessoas do estudo. O isolamento se dá pelas limitações físicas que a doença impõe como a dispnéia que gera uma dificuldade de conversar com as outras pessoas, de praticar exercícios como uma atividade de lazer e da caminhada para chegar ao supermercado; pela vergonha de ficar em locais fechados com muitas pessoas, pelos ataques de tosse e modificação do aspecto corporal; e o medo de entrar em contato com fumantes, com a poluição e com o frio.

Essas situações podem ser melhor visualizadas a seguir:

[...] eu não tenho condições de sair pra diversões, lazer, nada (Oscar).

[...] agora me acomodei em casa, não consigo sair de casa, pra sair é um trabalho (Roberto).

O isolamento e a solidão parecem ser sentimentos mais assustadores do que a presença da própria doença. Martins, França, Kimura (1996) ressaltavam este fato quando avaliaram a qualidade de vida em pessoas com doença crônica, dizendo que a problemática vivenciada pela doença podia levar ao isolamento social,

aumentando a depressão e diminuindo as expectativas de melhora, fator que contribuiria para sentimentos como desesperança e solidão.

Para minimizar esses sentimentos, o apoio da família é fundamental, elas esperam por isso, e se têm esse apoio, sentem-se seguras, como pode ser observado na fala seguinte:

A família ta em cima pra eu não andar me preocupando, não fazer as coisas, pedir pra eles o que eu quero que eles trazem, então isso tudo ta me ajudando, vivo mais descansado. O apoio da família é muito grande (Paulo).

O contrário também acontece, a família pode trazer motivos de mais preocupações, e não receber esse apoio para melhorar o seu estado emocional. Isso pode contribuir para levar ao isolamento, como mostra a fala de uma pessoa sobre a percepção de sua família:

Tem tempo que eu to meio pra baixo, às vezes meu problema é em casa porque eu me incomodo muito com filho. O problema são os filhos, a gente não tem paz por causa dos filhos, porque é sempre incomodando (Doris).

A vivência em família é influenciada pelo comportamento dos outros, sendo este conjunto de relações que define o comportamento familiar. Quando há uma pessoa com doença crônica na família, existe a preocupação com a gravidade da doença, com o sofrimento e a possível morte, e como consequência, os sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão também são sentidos pela família. E ainda, a família sofre rupturas do seu estilo de vida, desde a privacidade até os rendimentos (SANTOS, 2003).

O apoio familiar transmite à pessoa com doença que ela não está sozinha, que ela possui outras pessoas com quem possa compartilhar seus sentimentos, sendo eles de alegria, tristeza, medos e perdas. Podendo evitar o isolamento físico e social tão comum, permitindo usufruir de uma visão mais aberta do mundo que os rodeia. Essas pessoas necessitam ser cuidadas, escutadas e apoiadas, ajudando a

lidar com uma situação de doença crônica que torna-se altamente dispendioso, em termos de ordem física, emocional e econômica (SANTOS, 2003).

O apoio social também demonstrou importância para essas pessoas. Percebe-se que na região onde essas pessoas vivem elas conhecem umas as outras e tem o costume de conviver em comunidade e esperam o apoio também das pessoas dessa comunidade, como podemos observar no seguinte depoimento:

[...] é a esperança que eu tenho de ficar mais forte junto com meus amigos, a amizade e o apoio que eu tenho das pessoas dá muita coragem pra nós (Paulo).

O apoio recebido de diferentes grupos é importante (família, amigos, equipe de saúde) para o enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano da pessoa com doença crônica. É a partir das redes de apoio e da troca de experiência que o doente e a família desenvolvem meios para superar as dificuldades que encontram. Inicialmente, elas podem enfrentar sozinhos a doença e o que ela traz consigo: a dependência da atenção contínua, tratamento medicamentoso e a constante preocupação com o estado clínico do doente. Mas o contexto que as envolve vai além dos limites do lar. A rede social mostra-se como fonte necessária para os enfrentamentos cotidianos (FURTADO; LIMA, 2003).

Bellaguarda (1999, p. 47) destaca que “as necessidades do ser humano ultrapassam os valores materiais”. As pessoas têm necessidade de afeto, de sentirem-se amadas e amar, de atenção e de respeito. E são esses valores associados às suas crenças e fé, que trazem os sentimentos de esperança para uma vida melhor.

5.3.5 Domínio Ambiente

As informações identificadas que influenciam a qualidade de vida das pessoas com DPOC relacionadas ao domínio ambiente, foram: dificuldades financeiras, baixas temperaturas e poluição do ar.

Considerando que mais de 50% das pessoas que participaram desse estudo tem mais de 60 anos, são aposentadas e ganham menos de um salário mínimo, elas vivenciam um problema financeiro, sendo este um fator que compromete a sua qualidade de vida. Em algumas falas podemos identificar isso:

To preocupado com o déficit no banco. Eu nunca fiquei devendo nada e agora [...] me preocupo com a saúde, pois tenho um ganho baixo (Aldo).

Eu tava gostando de fazer fisioterapia, o problema é que ta ficando muito oneroso (Doris).

Segundo Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) em relação aos indicadores da condição de saúde e função física, idosos com menor renda são os que com mais frequência percebem sua saúde como pior, e algumas das suas atividades cotidianas são comprometidas por problemas de saúde. E ainda, três condições crônicas como artrite, asma/bronquite e doença renal crônica são relatadas com mais frequência entre os idosos mais pobres.

Nesse sentido, Pereira et al. (2006) destacaram que cerca de 50% dos idosos no Brasil têm renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo, e comparando com o gasto médio mensal com medicamentos, este gasto compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) da metade da população idosa brasileira.

Segundo a OMS (2001) à medida que a população envelhece, aumenta-se a demanda de medicamentos usados para diminuir e tratar as doenças crônicas, aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida.

Foi possível observar que em virtude da condição financeira, essas pessoas passam por grandes dificuldades para realizar o tratamento da DPOC. Para comparecerem no mínimo duas vezes por semana na Clínica de Fisioterapia, metade dessa clientela utiliza o transporte oferecido pela prefeitura, uma pequena parte reside próximo à clínica e outra parte apresenta condições de condução através de auxílio de parentes e amigos, ou ainda por transporte coletivo.

O tratamento clínico é realizado em sua maior parte nos postos de saúde ou no ambulatório da Universidade; em decorrência disso ocorre um intervalo maior nas

consultas, pois as filas de espera por atendimento pelo SUS são grandes, na região onde essas pessoas residem.

Outro fator bastante relatado foi a dificuldade em adquirir medicamentos para o tratamento pulmonar, pois os medicamentos utilizados são de última geração, broncodilatadores modernos de custo elevado. Embora as pessoas consigam os medicamentos nos postos de saúde, o tempo de espera, supera o da necessidade.

Essa longa espera por consultas e medicamentos, culmina em deterioração da função pulmonar, pois o tempo entre as crises diminuí, e normalmente no período de exacerbação essas pessoas não conseguem sair de casa e comparecer à fisioterapia, tornando-se difícil manter a sua capacidade funcional por diminuição da dispnéia.

A questão do ambiente é fundamental para as pessoas com problemas respiratórios no que tange principalmente à temperatura e à qualidade do ar.

De acordo com a OMS (2001), o ambiente físico que o idoso está inserido é um determinante da sua dependência ou não. Por exemplo, é mais provável que idosos que estejam fisicamente e socialmente ativos, tem maior possibilidade de andar com segurança às compras, à casa de seus vizinhos, utilizarem o transporte local, irem ao parque, cinema, festas, entre outros. Idosos que vivem em ambientes inseguros ou poluídos, estão menos propensos a saírem sozinhos; conseqüentemente, terão maior propensão ao isolamento, depressão, piora do estado físico e problemas de mobilidade.

Para idosos com doença crônica, como a população deste estudo, esta afirmação é bastante pertinente. O ambiente físico é um grande comprometedor da qualidade de vida, como foi exposto pelas pessoas com DPOC em relação à qualidade do ar e temperaturas baixas:

Eu moro na beira da BR, é muito barulho e ao redor só tem firmas de pneu e caminhão, muito cheiro forte e poluição é um lugar difícil [...] dificulta muito a minha vida (Laura).

Tomo cuidado com chuva, frio, porque tenho medo de dar uma gripe forte, uma crise e ser internado (Roberto).

Viver em ambientes poluídos constitui-se em sofrimento para aqueles que apresentam idade superior a 60 anos, pelas alterações mecânicas ou senescência do sistema imune. A presença de doença crônica associada ao envelhecimento é fator preponderante relacionado com o risco de morbidade e mortalidade por infecção respiratória, especialmente àquelas relacionadas ao sistema pulmonar (GOMES, 2001).

As pessoas com DPOC idosas têm maior número de hospitalizações por doença respiratória quando estão em contínuo contato com a poluição atmosférica, sendo este um significativo e independente fator de risco para admissão hospitalar por pneumonia. A grande amplitude térmica diária, assim como a elevada umidade relativa do ar, também predispõe à pneumonia (GOMES, 2001).

O isolamento das pessoas com DPOC também se dá por estes motivos, como foi exposto pelos participantes. A preocupação em adquirir uma infecção seguida de uma exacerbação e internação hospitalar faz com que eles optem por ficar em casa, principalmente em dias de chuva e temperaturas muito baixas; foi unânime esta colocação. Aqueles que moram em lugares mais poluídos, relataram não poderem ao menos abrir as janelas de casa para entrar o ar, e muito menos sair de casa. Esta é mais uma das limitações que traz ansiedade e depressão a essa população.

5.3.6 Domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

Os aspectos de fé e religiosidade inerente à cultura e as crenças individuais contribuem grandemente na qualidade de vida dessas pessoas. Os participantes do estudo relataram a sua fé no sentido de alimentar-se da religião como esperança de dias melhores e mais dias de vida, até mesmo como sentimento de aceitação e consolação quando se expressam da seguinte forma: "... se Deus quis assim...", ou "... a hora que Deus quiser...". Percebeu-se nas suas falas o elemento religião como algo que traz conforto, interferindo positivamente na qualidade de suas vidas.

A gente tem uma esperança maravilhosa [...] que a gente lê a bíblia (Doris).

Eu agradeço só a Deus, eu to alcançando essas alturas de idade porque a esperança que eu tenho é grande (Paulo).

Se não fosse Deus estava pior (Luiza).

A WHO (1998) incluiu o domínio religiosidade por ser um construto que tem um valor intrínseco na avaliação em saúde, oferece um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença.

Fleck, Chachamovich, Trentini (2003) na descrição do desenvolvimento do módulo “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”, colocam que a espiritualidade traz questões referentes ao significado da vida e à razão de viver, e que ela não é limitada aos tipos de crenças ou práticas. A religiosidade é uma extensão onde a pessoa que acredita segue e pratica uma religião. A crença pessoal é qualquer crença ou valor que uma pessoa sustenta e torna-o como base do seu estilo de vida e comportamento

Ross (apud FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003) explica que a espiritualidade depende de três componentes que é a necessidade de encontrar significado, a razão e o preenchimento na vida. São necessidades de esperança, de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A necessidade de encontrar significado é considerada uma condição essencial à vida de uma pessoa, quando ela se sente incapaz de encontrar um significado, sofre em função de sentimentos de vazio e desesperança, e não se prende a vida.

5.4 Percepção das pessoas com DPOC sobre a influência da fisioterapia na qualidade de vida

A fisioterapia faz parte da vida dessas pessoas em média aproximada de três anos. Entre duas a três vezes por semana elas reservam uma hora da sua vida para realizarem esse tratamento. Até então, a fisioterapia, era desconhecida da maioria, mas pelas mudanças impostas pela doença crônica pulmonar e a vontade de melhora, esta passou a fazer parte fundamental do seu tratamento. Digo isso, pois a maioria das pessoas entrevistadas já fazia fisioterapia há mais de um ano, tempo

suficiente para que as mudanças positivas fossem evidenciadas, e se tornassem marcantes no processo de procura para uma vida com mais capacidade de realizar atividades cotidianas com mais qualidade.

Atualmente, essas pessoas revelam não poderem mais deixar de fazer a fisioterapia, alguns por medo do retorno das piores condições da doença que já enfrentaram, outros pelas amizades que se criaram, ou pela dependência do tratamento. Enfim, pode haver vários motivos envolvidos, mas o importante foi a consciência que passaram a ter a respeito de sua condição de saúde. O início ao auto-cuidado, a insistência por melhor saúde, a continuidade no tratamento, as informações importantes para sua vida, e o estímulo para as mudanças de hábitos de vida.

Lembrando que as pessoas estavam sendo entrevistadas por uma fisioterapeuta, fato que pode influenciar as respostas. Foi questionado a respeito da contribuição da fisioterapia para sua qualidade de vida, eles responderam:

Contribuiu muito, quando eu comecei aqui, eu cheguei aqui ruim, hoje eu to bem melhor (Laura).

*A contribuição é que ta prolongando meus anos de vida (Beatriz).
Foi muito boa, muito boa, ajudou em tudo (Carlos).*

Esse depoimento de Carlos remete a reflexões sobre o que significaria essa contribuição em tudo na vida de uma pessoa. Então a partir dos depoimentos relacionados ao tratamento da fisioterapia e baseados no marco de referência utilizado, identificamos que a fisioterapia influenciou em todos os domínios que retratam a qualidade de vida das pessoas com DPOC de uma forma multidimensional.

No domínio físico a contribuição da fisioterapia acontece da seguinte forma: promoveu diminuição do cansaço, melhora na higiene brônquica, diminuição das exacerbações, alívio das dores, e um sono mais tranquilo.

A melhora da dispnéia com sessões regulares de fisioterapia já foi amplamente discutida na literatura. Berry et al. (1999), relataram que o treinamento físico realizado na fisioterapia beneficia todos os doentes pulmonares crônicos independente da gravidade da doença. Os benefícios se refletem na melhora da

capacidade funcional, melhora da dispnéia, redução da fadiga e conseqüente melhora da qualidade de vida das pessoas com DPOC.

Melhorou no fôlego, na força pra caminhar, no plano eu não tenho dificuldade, só na subida e carregar peso (Paulo).

[...] eu faço exercício, me movimento, eu me sinto mais resistente (Zilda).

O treinamento físico tornou-se amplamente preconizado para o tratamento da DPOC, pelo enfoque que ele proporciona na capacidade física da pessoa, na força muscular respiratória, dispnéia e qualidade de vida, mostrando resultados satisfatórios proporcionando melhores condições físicas para as atividades de vida diária (ZANCHET; VIEGAS, LIMA, 2005).

Com os exercícios começou a soltar aquele catarro, ficava cansada, agora depois da fisioterapia to bem melhor (Lucia).

A fisioterapia através da terapia de higiene brônquica é uma das intervenções mais aplicadas para aumentar a mobilização do muco e reduzir a sua retenção nas vias aéreas. Essa terapia pode ser definida como a aplicação externa de técnicas manuais diretamente no tórax ou a utilização de aparelhos com bocais geradores de oscilação de alta frequência durante o fluxo expiratório (VAN DER SCHANS et al., 1999).

Oermann, Swank e Sockrider (2000) demonstraram que pessoas com doenças obstrutivas que acarretam em hipersecreção broncopulmonar, sentem-se extremamente satisfeitas com a realização das técnicas de higiene brônquica pela ajuda que ela oferece na mobilização das secreções mais espessas de difícil deslocamento das vias aéreas mais distais, poupando maiores gastos energéticos e promovendo melhora da dispnéia.

A fisioterapia é tanto realizada no tratamento de manutenção quanto nas exacerbações da DPOC. Intervenção fisioterápica associada à farmacológica pode melhorar o transporte e eliminação do muco das vias aéreas das seguintes formas:

restabelecendo as propriedades reológicas do muco; estimulando a atividade ciliar; utilizando mecanismos físicos compensatórios, como a gravidade (drenagem postural), interação ar/muco (expiração forçada), vibração, oscilação, percussão e compressão da vias aéreas (BORGES; VIANNA; TERRA FILHO, 2003).

[...] comecei a fazer fisioterapia aqui fui melhorando, agora não me dá mais aquelas crises fortes (Carlos).

A fisioterapia realizada rotineiramente permite uma estabilização do quadro da DPOC, pela melhora da capacidade física com redução da dispnéia proporcionando maior mobilidade das pessoas. Isso reduz significativamente as exacerbações da DPOC, as admissões hospitalares, e o tempo entre as exacerbações aumenta. Quando a pessoa é internada, por ela estar melhor condicionada, a permanência no hospital é reduzida em número de dias (PUSHPARAJAH et al., 2006).

Embora o programa de tratamento fisioterápico para a pessoa com DPOC seja direcionado para o alívio dos sintomas respiratórios, percebe-se uma melhora no estado geral de quem realiza como o alívio da dor, que foi relatada pela Sofia e algumas pessoas, principalmente as que apresentavam co-morbidades:

[...] tinha problema das pernas, dores dos braços, melhorou tudo, era tudo duro (Sofia).

Como estratégia do combate à dor, a fisioterapia também pode ser utilizada, como uma alternativa a parte ou como complemento do tratamento medicamentoso. A realização de exercícios é a principal estratégia terapêutica na reabilitação da pessoa que refere dor, prevenindo ou compensando os efeitos nocivos da falta de uso pela incapacidade progressiva que as pessoas com doença crônica adquirem (HERMAN; SCUDDS, 1998).

Se todos esses efeitos citados acima são conseguidos nas sessões de fisioterapia, é provável que além do relaxamento pelo exercício físico e da melhor oxigenação dos tecidos, a pessoa sinta uma sensação de bem-estar e consiga uma boa noite de sono, conforme relatam:

[...] quando faço fisioterapia eu durmo a noite toda, durmo tranqüilo, parece que limpa tudo (Carlos).

A contribuição da fisioterapia no domínio psicológico esteve relacionada aos sentimentos positivos que foram gerados como: sentir-se bem e satisfeito, mais animado e alegre, expressadas das seguintes formas:

[...] me sinto tão bem com a fisioterapia, sem exceção (Oscar).

[...] a fisioterapia contribui para me dar esse ânimo (Luis).

[...] sou uma pessoa mais alegre, uma pessoa conformada e muito bem sucedida, isso pra mim é muita coisa (Benta).

O programa de treinamento físico para o DPOC na fisioterapia, além de melhorar a capacidade de realização de exercícios, reduz os níveis de ansiedade e depressão de maneira significativa. Essa melhora observada provavelmente se dá pelo somatório de vários ganhos, como alguns já citados aqui, nos seguintes aspectos: capacidade aeróbica, motivação, dessensibilização da dispnéia, treinamento da musculatura respiratória e aprimoramento das técnicas de desempenho das atividades da vida diária (GODOY; GODOY, 2002).

Acredito que a fisioterapia é uma grande fonte de satisfação, principalmente pela redução da ansiedade e depressão que vai acontecer por aquele somatório colocado anteriormente, o que justifica os numerosos sentimentos positivos expressados pelas pessoas com DPOC neste estudo.

A intervenção da fisioterapia contribui para o nível de independência da pessoa com DPOC. Se a pessoa está bem psicologicamente, ela é capaz de se encorajar no sentido de enfrentar alguns limites impostos pela doença. Isso é bem evidente quando a pessoa não mais se isola em casa e apresenta maior disposição para viver a vida da melhor forma possível.

Alguns depoimentos reforçam essa percepção:

[...] hoje eu ando mais, já vou até no mercado, vou na farmácia, antes eu não fazia nada disso (Roberto).

[...] às vezes no banho, tinha falta de ar, pra fazer a barba, agora não sinto mais (Carlos).

Dificuldades nas atividades de vida diária aparecem à medida que a doença progride, chegando a afetar atividades como pentear os cabelos, trocar de roupa etc. Para muitas pessoas com DPOC que apresentam baixa tolerância ao exercício, realizar atividades com os braços provoca mais dispnéia, resultando em maior limitação nessas atividades do que com as pernas (RODRIGUES, SOUZA, 2003).

Segundo Regueiro et al. (2006), essa limitação acontece pela diminuição significativa da reserva metabólica e ventilatória na execução das atividades de vida diária em relação ao repouso e sugere estar associada com o grau de dispnéia e fadiga relatada durante essas atividades.

Se Carlos e Roberto que apresentam um grau mais avançado da doença não fossem capazes de enfrentar as dificuldades, entrariam no ciclo vício da inatividade por incapacidade física, e incapacidade física por inatividade, que é comum nas doenças crônicas pulmonares.

Skumlien et al. (2006) relatam que os limites para as habilidades nas atividades de vida diária nas pessoas com DPOC que realizam treinamento físico através da fisioterapia são semelhantes no homem e na mulher. Quando se refere às atividades relacionadas ao lar, o nível de dificuldade para as mulheres é maior em relação aos homens, mas em particular para as atividades mais pesadas como passar aspirador de pó na casa, arrumar as camas, lavar a calçada, cortar a grama e limpar o jardim. Mas as atividades mais leves são realizadas com maior facilidade por homens e mulheres que realizam fisioterapia.

A meta primária da fisioterapia e o programa de reabilitação pulmonar é restabelecer o possível do nível mais alto de independência funcional, ajudando as pessoas com DPOC a ficarem mais educadas sobre seu próprio cuidado de saúde, mais independência nas atividades de vida diária e menos dependência inclusive dos profissionais da saúde (RIES et al., 1995).

A contribuição da fisioterapia no domínio relações sociais repercutiu na melhor possibilidade de relacionar-se com as pessoas, manter relações estreitas com elas, desejar o apoio e o amor das outras pessoas, enfim de compartilhar

momentos de tristezas e alegrias, como pode ser percebido nas falas dos participantes do estudo:

[...] antes eu não podia conversar contigo como eu estou conversando agora, cansava muito atender telefone era difícil pra mim então [...] poder conversar e demonstrar pra pessoa do outro lado que eu estou feliz, ou ser simpática (Luiza).

[...] Eu hoje brinco com as pessoas, que era coisa que eu não fazia contar piada, eu era um cara muito fechado, era muito envergonhado, hoje eu não tenho mais vergonha (Luis).

O valor do programa de treinamento físico na fisioterapia se estende além da melhora na capacidade aeróbica das pessoas com DPOC. Embora sejam fatores interligados, a melhoria conseguida na execução das atividades de vida diárias realizadas com menor cansaço, traduz-se em melhoria na autonomia física e também social; a pessoa torna-se mais independente, mais ativo fisicamente, mais seguro de si, refletindo principalmente nos relacionamentos sociais (RODRIGUES; VIEGAS; LIMA, 2002).

A oportunidade de adquirir maiores informações é a contribuição no domínio ambiente da fisioterapia. Percebe-se que estas pessoas desejam adquirir novos conhecimentos principalmente relacionados à sua doença.

Por se tratar de uma população mais carente e idosa, observo que mesmo com todo avanço técnico-científico, a facilidade em conseguir informações de forma digital, ainda é muito limitada para eles. A forma que eles têm para conseguir essas informações é pelas consultas clínicas, e muitas informações são repassadas nas sessões de fisioterapia.

A educação em saúde é uma das formas de adquirir novas informações e habilidades. E acontece a cada sessão de fisioterapia realizada. Uma habilidade adquirida que obteve bastante destaque foi o aprendizado do autocontrole principalmente num momento de bastante ansiedade que é a exacerbação, utilizando os exercícios que aprenderam durante as sessões de fisioterapia para sua defesa e isso acaba por interferir na auto-estima dessas pessoas, aumentando a confiança em si mesma, como pode ser observado através das falas da Beatriz e Luiza.

O conhecimento que eu adquiri aqui eu faço uso, porque quando dá a crise e não souber se defender é fatal. No caminho do hospital vou sabendo me controlar até lá, chegando lá eu não falo, só respiro, se não fosse o trabalho aqui eu não estava mais aqui (Beatriz).

Me ensinou a controlar numa falta de ar, a fazer exercícios, na hora da crise tens que saber fazer (Luiza).

Na prática assistencial² com o propósito de educação em saúde através de um grupo de convivência com pessoas com DPOC, pude perceber a carência de informações a respeito da doença e o benefício que elas trazem a vida do doente crônico e da sua família. Eles buscam incessantemente novas formas de conviver melhor com a doença. E com a educação em saúde houve uma motivação que se refletiu em vários sentidos, na maior alegria e felicidade na vida destas pessoas e suas famílias, na maior adesão ao tratamento fisioterápico pela diminuição das faltas e dedicação durante as sessões e também maior adesão aos tratamentos necessários como o maior cuidado na alimentação, uso correto de medicamentos, manter-se ativo do ponto de vista físico e cognitivo o máximo possível nas atividades de vida diária (KERKOSKI; BORENSTEIN, 2006).

A maioria das pessoas que participaram deste estudo utiliza outros tipos de serviços disponíveis além da fisioterapia como: consulta médica, fonoaudióloga, psicológica, odontológica, nutricional e exames laboratoriais. E outro aspecto revelado nos depoimentos foi o valor que eles atribuem ao serviço assistencial oferecido pela Universidade, como mostra o depoimento de Doris:

[...] e olha essa Univali vale a pena, que coisa maravilhosa atender as pessoas necessitadas, isso é maior grandeza que a gente tem, até me emocionei, é uma coisa muito boa isso aí que vocês estão fazendo (Doris).

Outro aspecto interessante é conferido com a crença que essas pessoas têm na fisioterapia. Os depoimentos denotam um sentimento de que se não fosse o

² Disciplina do Mestrado denominada Projetos Assistenciais em Enfermagem que tem como propósito a aplicação e avaliação de projetos assistenciais de enfermagem e de saúde, em abordagem individual, familiar ou a grupos da comunidade, fundamentado em uma teoria de enfermagem e/ou de outras áreas do saber.

tratamento da fisioterapia eles já teriam morrido, e expressam sentirem-se satisfeitos.

[...] eu acho muito importante o trabalho de vocês aqui, que se eu não tivesse aqui na fisioterapia eu não estaria mais aqui, eu já tinha ido (Beatriz).

[...] se eu não caprichasse de vir aqui não sei se a gente estava proseando (Paulo).

[...] talvez eu já tivesse muito pior se não fizesse fisioterapia (Luis).

A fisioterapia traz para eles o retorno da esperança, pois ela ajuda a enfrentar as dificuldades de sua vida e possibilita um viver com mais qualidade, e acabam se apegando a esse sentimento e conseguem enxergar novas perspectivas trazendo uma sensação de bem-estar e felicidade, e em decorrência adquirem melhor qualidade de vida.

5.5 A convergência e divergência dos dados quantitativos e qualitativos

A análise quantitativa do instrumento WHOQOL-100, demonstrou que os aspectos físicos e o nível de independência foram os piores escores dos seis domínios avaliados. Os elementos que apresentaram influência negativa na qualidade de vida das pessoas com DPOC, foram: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; capacidade de mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento; e capacidade para o trabalho.

A dificuldade nas atividades cotidianas, a presença de dor, a falta de energia, e a dificuldade no sono, foram os elementos destaques na pior qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-100.

A análise qualitativa permitiu explorar mais a influência dos aspectos físicos e o nível de independência, permitindo compreender, o que exatamente, desses elementos prejudica a qualidade de vida dessas pessoas.

Os elementos relacionados aos aspectos físicos foram: dor, dispnéia dificuldade para dormir e presença de tosse e catarro. A princípio parece não haver diferença da influência dos elementos da análise quantitativa. Porém, a diferença aparece quando da análise qualitativa; pudemos evidenciar que a dor é de origem variada, ou seja, não está atrelada somente à disfunção pulmonar, mas se relaciona principalmente às co-morbidades que as pessoas com DPOC participantes do estudo apresentaram.

Isso demonstra que a influência do domínio físico na qualidade de vida também pode acontecer por outras doenças crônicas associadas, advindas pelo avançar da idade e/ou da própria doença pulmonar.

Somente este fato possibilita atentar para a importância dos profissionais da área da saúde, com um outro olhar para essas pessoas, um olhar para o todo, pois se trata de um ser humano, e não de um órgão que está sendo avaliado ou tratado.

Pode-se perceber que a dispnéia é o elemento que mais influência negativa tem sobre a qualidade de vida das pessoas com DPOC, pois ela impõe limites físicos, que acarretam alterações nas atividades da vida diária e social, culminando em comprometimento emocional.

A dificuldade para dormir também foi relacionada à dispnéia. Percebeu-se que quanto mais grave é a doença pulmonar, maior é a queixa da dispnéia; os relatos expuseram a dificuldade das pessoas em permanecer na deitada, havendo a necessidade de buscar outros posicionamentos para dormir.

Algo específico da doença, que o instrumento WHOQOL-100 limitou a análise, foi a influência da tosse e secreção na qualidade de vida das pessoas com DPOC. Pode-se compreender através da análise qualitativa que a presença da tosse e o excesso de secreção são capazes de gerar incômodo, além do sentimento de vergonha ao tossirem e escarrarem na frente de outras pessoas, pois se preocupam em não incomodar por isso, ou também no que irão pensar a respeito de sua doença.

No domínio nível de independência, diferente da análise quantitativa, a qualitativa, mostrou destaque de três elementos que influenciam negativamente a qualidade de vida das pessoas com DPOC como a impossibilidade para o trabalho, a dependência do tratamento e a dependência de outras pessoas.

O fato de não poder trabalhar incomoda essas pessoas por se sentirem improdutivas e inúteis, sendo o motivo mais relatado. Alguns relacionaram o fato de não poder trabalhar com a dificuldade financeira que vivenciam. Essa dificuldade faz com que eles se tornem mais dependente financeiramente de outras pessoas.

As questões sobre recursos financeiros estão contidas no domínio ambiental, e não se observou grande interferência deste elemento na avaliação da qualidade de vida pelo instrumento WHOQOL-100.

A dependência medicamentosa e de tratamento para melhorar a qualidade de vida das pessoas com DPOC, apareceu nas duas abordagens, quantitativa e qualitativa. Através dos depoimentos das pessoas, percebeu-se que a dependência acontece porque elas sentem resultados favoráveis com o tratamento, como também pelo medo das exacerbações.

As dificuldades da vida cotidiana que apareceram como destaque na interferência da qualidade de vida, como visualizado na análise quantitativa, pôde ser melhor analisada quando as pessoas relataram a dependência que elas têm de familiares ou amigos. Essa dependência é física, pois eles não conseguem dar conta das tarefas mais pesadas do dia-a-dia e passam a ter que contar com outras pessoas. Neste item podemos perceber que uma abordagem complementou a outra.

Embora já tenha ficado esclarecido que o motivo das dificuldades da vida cotidiana esteja relacionado com a dispnéia, é importante compreender que eles se tornam dependentes de várias formas, pois isto vai refletir-se no estado psicológico da pessoa com DPOC.

Pelo instrumento WHOQOL-100, pudemos verificar que o domínio psicológico foi o que obteve correlações mais fracas como interferindo na qualidade de vida na população deste estudo, principalmente os elementos relacionados à auto-estima, aos sentimentos negativos e à imagem corporal. Por outro lado, na análise qualitativa, evidenciou-se que os aspectos psicológicos interferem sobremaneira na qualidade de vida, e os mesmos elementos relacionados no instrumento foram evidenciados nas entrevistas semi-estruturadas, destacando-se a presença de sentimentos negativos.

Através da análise qualitativa, foi possível nomear os sentimentos negativos que mais se manifestaram nestas pessoas com doença crônica, como a ansiedade e a depressão que culminam em tristeza e arrependimento. Pôde-se conhecer que a

interferência da imagem corporal é pela vergonha das transformações que a doença trás fisicamente, e que a auto-estima é, contudo, afetada pela desvalorização da própria pessoa sobre si mesma, esquecendo de cuidar de si, para cuidar dos outros.

No domínio relações sociais avaliado pelo WHOQOL-100, o suporte social e atividade sexual mostraram-se importantes na qualidade de vida das pessoas com DPOC. Na avaliação qualitativa não só receber apoio social, mas como o bom relacionamento com a família foi manifestado como importante para a melhora da qualidade de vida, porém, não foi relatado sobre a interferência das relações sexuais.

Um elemento que só foi possível avaliar como interferindo na qualidade de vida através da avaliação qualitativa, foi o isolamento social. Grande parte dos entrevistados relatou que preferem ficar a maior parte do dia em casa por vários motivos que se entrelaçam, como por exemplo, a dispnéia que dificulta as atividades físicas impedindo de acompanhar os amigos em atividades de lazer ou caminharem até o supermercado para fazer compras.

No domínio ambiente, baseando-se pelo instrumento WHOQOL-100 observou-se que o transporte, o ambiente físico, a participação em atividades recreativas e de lazer, bem como, a oportunidade de obter tais atividades, a segurança física e ambiente no lar, foram os elementos que mais se correlacionaram com a qualidade de vida. Em contrapartida, na análise qualitativa, dois elementos tiveram bastante destaque, as baixas temperaturas e a poluição do ar, apresentando-se como facetas de influencia negativa na qualidade de vida dessas pessoas, pois, ambas têm uma relação direta de agressão ao aparelho respiratório.

Os aspectos espirituais tiveram uma fraca correlação com a qualidade de vida pela análise quantitativa, embora a fé tenha sido bastante exposta como alimento de esperança de mais anos de vida e com melhor qualidade quando tiveram a oportunidade de se posicionarem quanto a sua percepção sobre a qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender como as pessoas com DPOC que realizam fisioterapia avaliam a sua qualidade de vida, e os elementos que influenciam positiva ou negativamente no viver com uma condição crônica de saúde.

A utilização do instrumento WHOQOL-100 para avaliar a qualidade de vida em uma perspectiva multidimensional, demonstrou uma escolha apropriada, pois através dele pudemos entender que os aspectos que influenciam a qualidade de vida dessas pessoas vão além da questão física, psicológica e social. O nível de independência, o meio ambiente e as crenças pessoais, também demonstraram grande influência.

Pôde ser constatada no relato dos sujeitos do estudo, que a aplicação do instrumento WHOQOL-100 e a proposta do estudo, foi uma oportunidade para eles pensarem acerca dos importantes aspectos de suas próprias vidas.

O presente estudo não foi desenhado para testar nenhuma hipótese de comparação entre estágios da doença, sexo, idade, pessoas sem doença etc., mas apenas para compreender através da análise descritiva sobre a percepção das pessoas com DPOC sobre a qualidade de vida. Porém, mais dados da realidade brasileira são necessários, tornando-se importante investir em outras análises estatísticas. E com o conteúdo do banco de dados que este estudo construiu futuramente novas análises poderão ser realizadas.

Apesar da limitada casuística e mesmo da ausência na exploração das análises quantitativas, este estudo certamente contribuiu para uma reflexão acerca da qualidade de vida das pessoas com DPOC. Além disso, possibilitou ratificar as importantes características da qualidade de vida como a subjetividade e a multidimensionalidade, ainda, apesar da doença foram verificados escores bastante positivos da qualidade de vida.

A avaliação através do instrumento WHOQOL-100 mostrou-se sensível ao diagnóstico pretendido, permitindo destacar os elementos que mais influenciam a qualidade de vida das pessoas com DPOC; todavia, sua complementação por meio da análise qualitativa possibilitou o aprofundamento e particularização das pessoas.

Foi possível compreender a interferência da fisioterapia na qualidade de vida através dos depoimentos. Esta melhora a condição física das pessoas, permitindo

maior dependência para as atividades cotidianas, impulsionando-os às relações sociais, melhorando o estado emocional, permitindo-lhes esperança de manter uma vida mais saudável, e com mais qualidade de vida.

É importante ressaltar que, apesar da prevalência e sobrecarga física e emocional da doença pulmonar obstrutiva crônica sobre as pessoas, suas famílias, seus amigos e sociedade, existem poucas informações acerca da qualidade de vida dessa clientela na abordagem qualitativa.

As pesquisas com esta abordagem possibilitam obter conhecimentos que podem ajudar os profissionais da área da saúde a atentarem para o fortalecimento do vínculo profissional, e também auxiliar as pessoas e seus familiares na tomada de decisões, assim, toda equipe de saúde deve estar preparada para encorajar as pessoas a falar sobre seus sentimentos, situação que poderá ajudá-los a aceitar as várias mudanças que atravessam ou irão atravessar por causa da doença crônica.

Com esse estudo, percebeu-se que há necessidade de compreender essas pessoas, não só nas suas condições físicas, mas como, nas de independência, nas psicológicas, sociais, ambientais e religiosas, pois viver com uma condição crônica de saúde, especificamente a DPOC traz uma série de modificações à vida das pessoas e seus familiares.

As pessoas com DPOC vivenciam muitos momentos junto à equipe multiprofissional, e desta maneira, exigem destes profissionais da área da saúde uma abordagem mais ampla, no que diz respeito à própria vivência da pessoa na condição crônica, seus significados e suas representações e devem aproveitar todos os momentos de interação para que sejam exploradas escolhas e mudanças possíveis de serem realizadas por estas pessoas, na busca de melhor qualidade de vida.

Diante de tantas implicações e dependências com as quais as pessoas em condição crônica de saúde se defrontam, requer dos profissionais da área da saúde a interdisciplinaridade para o desenvolvimento de um cuidado global, pois a qualidade de vida dessas pessoas está amplamente comprometida.

O estudo pode ter implicações na prática profissional, pela importância de apreender, compreender e atender as necessidades dos usuários dos sistemas de saúde. No decorrer do desenvolvimento deste trabalho, percebeu-se que este possibilita uma visão mais ampliada durante a prática profissional, no cuidado a

estas pessoas, no sentido de olhar as pessoas com DPOC como sujeitos complexos e com sentimentos.

Este estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão de outros profissionais da área da saúde, pois melhorar a qualidade de vida das pessoas é um dever de todos que estão envolvidos com o cuidado de doentes crônicos. E ainda, a proposta do trabalho não visou somente à melhora no tratamento, mas a uma mudança na estrutura do cuidado, de modo a estimular a busca por interpretações das pessoas com DPOC sob o contexto pessoal.

A investigação qualitativa permitiu essa busca, e a aproximação dessas pessoas, fortalecendo o vínculo entre profissional e cliente, passo importante para o processo do cuidado.

Ressalta-se, ainda, que o tema é complexo e instigante para permitir ou indicar a realização de estudos mais abrangentes, além de referendar o uso do WHOQOL-100 em nosso meio e junto à clientela de pessoas com DPOC.

REFERÊNCIAS

ATS - AMERICAN THORACIC SOCIETY. Pulmonary Rehabilitation. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 159, n. 5, p. 1666-682, May. 1999.

_____. Quality of life resource. New York, 2005. Disponível em: <<http://www.atsqol.org/>> Acesso em: 10 jun. 2005.

_____. Statement: standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 152, n.1, suppl, 77-120, Jan. 1995.

ANDENAES, R.; MOUM, T.; KALFOSS, M. H.; WAHL, A. K. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. **Qual Life Res**, v. 16, n. 2, p. 357-358, Mar. 2006.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 367-379, abr./maio 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: 70, 2004. 223 p.

BELLAGUARDA, M. L. R. Solidão como qualidade de vida no repensar valores. **Rev Texto Contexto**, Florianópolis, v.8, n.3, p. 44-52, set./dez. 1999.

BERRY, M. J.; REJESKI, W. J.; ADAIR, N. E.; ZACCARO, D. Exercise rehabilitation and chronic obstructive pulmonary disease stage. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 160, n. 4, p. 1248-1253, Oct. 1999.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; ALVES FILHO, G.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 732-734, maio 2004.

BORGES, M. C.; VIANNA E. S. O.; TERRA FILHO, J. Abordagem terapêutica na exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 1, p. 241-247, abr./dez. 2003.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: indicadores de morbidade e fatores de risco. 2006. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/>> Acesso em: 13 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil. 1997. <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/>> Acesso em: 13 jul. 2007.

BRESLIN, E.; VAN DER SCHANS, C.; BREUKINK, S.; MEEK, P.; MERCER, K.; W VOLZ, W.; LOUIE, S. Perception of fatigue and quality of life in patients with COPD. **Chest**, v. 114, n. 4, p. 958-964, Oct. 1998.

BROOKS, S. M. Surveillance for respiratory hazards. **ATS News**. v. 8, p.12–16, 1982.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, v. 2, n. 6, p. 451-459, Dec. 1993.

CAMELIER, A.; ROSA, F. W.; SALMI, C.; NASCIMENTO, O. A.; CARDOSO, F.; JARDIM, J. R. 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, mar./abr. 2006.

CARDOSO, V.; GONÇALVES, L. H. T. Qualidade de vida de pacientes geriátricos ambulatoriais portadores de multipatologias crônicas. **Rev Cien Saúde**, Florianópolis, v. 17, n. 2, jul./dez. 1998.

CARVALHO, N.S.; RIBEIRO, P. R.; RIBEIRO, M.; NUNES, M. P. T.; CUKIER, A.; STELMACH, R. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-6, jan./fev. 2007.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823-831, nov./dez. 2003.

CELLI, B.R. Standards for the optimal management of COPD. **Chest**, v. 113, n. 4, suppl, p. 283-287, Apr. 1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 89-106.

DAHLÉN, I.; JANSON, C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. **Chest**, v. 122, n. 5, p.1633-1637, Nov. 2002.

DE VRIES, J.; SEEBREGTS, A.; DRENT, M. Assessing health status and quality of life in idiopathic pulmonary fibrosis: which measure should be used? **Respir Med**, v.94, n.3, p.187-189, Mar. 2000.

DÍEZ, J. M.; ALONSO, J. L. I.; GONZÁLEZ-MORO, J. M. R.; RAMOS, P. L.; CANO, J. M. B.; PARÍS, J. M. Calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Influencia del nivel de asistencia de los pacientes. **Arch Bronconeumol**, v. 40, n. 10, p. 432-437, Oct. 2004.

DINIZ, D. P.; LEVENSTEINAS, I. Transplantes e repercussões psíquicas. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2006. p.115-129.

DOURADO, V. Z.; ANTUNES, L. C. O.; CARVALHO, L. R.; GODOY, I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 207-214, maio/jun. 2004.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, Eloísa; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Rev Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 199-212, maio/ago. 2004.

DWEIK, R.; STOLLER, J. K. Doenças pulmonares obstrutivas: DPOC, asma e doenças relacionadas. In: SCANLAN, C. L.; WILKINS, R. L.; JAMES, K. S. **Fundamentos da terapia respiratória de EGAN**. 7 ed. São Paulo: Manole; 2000. p. 457-478.

EDE, L. V.; YZERMANS, C. J.; BROUWER, H. J. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. **Thorax**, v. 54, n. 8, p. 688-692, Aug. 1999.

EMERY, C.F.; LEATHERMAN, N.E.; BURKER, E.J.; MACINTYRE, N. R. Psychological outcomes of a pulmonary rehabilitation program. **Chest**, v. 100, n. 3, p. 613-617, Sept. 1991.

FERNANDES, A. C.; BEZERRA, O. M. P. A. Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 461-471, set./out. 2006.

FERRER, M.; ALONSO, J.; MORERA, J.; MARRADES, R. M.; KHALAF, A. M.; AGUAR, C.; PLAZA, V.; PRIETO, L.; ANTO, J. M. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1072-1079, Dec. 1997.

FINNERTY, J. P.; KEEPING, I.; BULLOUGH, I.; JONES, J. The effectiveness of outpatient pulmonary rehabilitation in chronic lung disease: a randomized controlled trial. **Chest**, v. 119, n. 6, 1705-1710, June 2001.

FISHMAN, A. P. Chronic obstructive lung disease:overview. In: FISHMAN, A. P. et al. **Fisshman's pulmonary diseases and disorders**. 3. ed. v. 1, Switzerland: Mc Graw-Hill, 1998. p. 645-658.

FLECK, M. P. A. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq>> Acessado em: 03 set. 2006.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Cien Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, jun. 2003.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, F.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999a.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.198-205, abr. 1999b.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S.; GRUPO LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, ago. 2002.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V., KERKOSKI, E., MARCHI, C., COELHO, M. S. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas de uma comunidade pesqueira do sul do Brasil. **Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Salvador, v.1, p. 1-1, 2006. Disponível em: <<http://www.abenbahia.org.br/resumo58cben/resumos/2894.htm>> Acesso em: 03 jul. 2007.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.11, n. 1, p. 66-73, jan-fev, 2003.

GAIÓ, E. V. Sono e respiração. In: RODRIGUES, L. R. **Reabilitação pulmonar: conceitos básicos**. São Paulo: Manole, 2003. p. 37-54.

GARCIA, E. L.; BANEGAS, J. R.; PEREZ-REGADERA, A. G.; CABRERA, R. H.; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Qual Life Res**, v. 14, n. 2, p. 511-520, Mar. 2005.

GODOY, D. V.; GODOY, R. F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica participantes de um programa de reabilitação pulmonar. **J Pneumol**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 120-124, maio/jun. 2002.

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease updated**. Washington (EUA): National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization workshop report, 2001.

GOMES, F. B. C. **Conseqüências do tabagismo para a saúde**. Consultoria Legislativa de Sanitarismo – Saúde Pública. Agosto de 2003. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/publicacoes/estnottec/tema19/pdf/309518.pdf>>. Acessado em: 30 abr. 2005.

GOMES, L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. **J Pneumol**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 97-114, mar./abr. 2001.

GONÇALVES, L. H. T.; DIAS, M. M.; DE LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 214-220, jul./ago. 1999.

GONZALEZ, P. Epidemiologia da DPOC na América Latina. In: 30^a Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, 1^o Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia. **II Curso de Atualização em DPOC**. Fascículo 1. Gramado, RS. p. 4-5, 2000.

GRUNSPUN, H. Dor torácica. **Rev Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 8-10, dez, 1997.

HAJIRO, T.; NISHIMURA, K.; TSUKINO, M.; IKEDA, A.; OGA, T.; IZUMI, T. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD. **Chest**, v. 116, n. 6, p. 1632-1637, Dec. 1999.

HERMAN, E.; SCUDDS, R. Dor. In: PICKLES, B.; COMPTON, A.; COTT, C.; SIMPSON, J.; VANDERVOORT, A. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998. p. 289-304.

JACOMELLI, M.; SOUZA, R.; PEDREIRA JÚNIOR, W. L. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não tabagistas. **J Pneumol**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 413-420, nov./dez. 2003.

JAMAMI, M.; PIRES, V. A.; OISHI, J.; COSTA, D. Efeitos da intervenção fisioterápica na reabilitação pulmonar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Fisioter Univ São Paulo**, São Paulo, v. 6, n.2, p.140-153, jul./dez. 1999.

JARDIM, J. R. **DPOC mata três brasileiros por hora**. Provocada pelo fumo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é um dos males mais graves da atualidade, que afeta cerca de três milhões de brasileiros. Revista ISTOÉ Gente 2005. 304 ed. Disponível em <<http://www.istoegente.com.br>> Acesso em: 11 jun. 2005.

JARDIM, J. R.; SANTOS, S. R.; DOMINGUES, M. S. G. F. Como Diagnosticar e Tratar DPOC e tabagismo. **Rev Bras Med**, p. 91-96, set. 2006.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, fev. 2007.

KAWAKAMI, L. Avaliação dos fatores de co-morbidade e sua relação com a qualidade de vida em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Bras Fisioter**, São Paulo, v. 9, n.2, p. 145-150, maio/ago. 2005.

KERKOSKI, E.; BONILLA, A. F.; CHIODI, S. **Mensuração da qualidade de vida em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica através do *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Curso de Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

KERKOSKI, E.; BOREINSTEIN, M. S. **Promovendo a qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica através de grupos de convivência**. Trabalho desenvolvido na disciplina Projeto articulado de Pesquisa, Florianópolis: UFSC, nov. 2006.

KERKOSKI, E.; BOREINSTEIN, M. S.; GONÇALVES, L. O.; FRANCIONI, F. F. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Rev Texto Contexto**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 225-232, abr./jun. 2007.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-532, maio/jun. 2004.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998. 284p.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de

Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

MACHADO SENIOR, R.; SHAPIRO, S. D. Chronic obstructive pulmonary disease: epidemiology, pathophysiology, and pathogenesis. In: FISHMAN, A. P. et al. **Fishman's pulmonary diseases and disorders**. 3 ed. v. 1. Switzerland: Mc Graw-Hill, 1998. p. 659-681.

MANNINO, D. M. Epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. **Chest**, v. 121, n. 5, suppl, p. 121-126, May. 2002.

MAHLER, D. A. Pulmonary rehabilitation. **Chest**, v. 113, n. 4, suppl, p. 263-268, Apr. 1998.

MARIN, J. M. DPOC – Conseqüências respiratórias: dispnéia. In: 30ª Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, 1º Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia. **II Curso de Atualização em DPOC**. Fascículo 2. Gramado, RS. p. 4-5, 2000.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p. 31-39.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n.3, p. 5-18, dez. 1996.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 288p.

MEEK, P. M.; LAREAU, S. C. Critical outcomes in pulmonary rehabilitation: Assessment and evaluation of dyspnea and fatigue. **J Rehabil Res Development**, v. 40, n. 5, p. 13-24, suppl. 2, Sept./Oct. 2003.

MENEZES, A. M. B.; JARDIM, J. R.; PÉREZ-PADILLA, R.; CAMELIER, A.; ROSA, F.; NASCIMENTO, O.; PLATINO, P. C. H. Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados: Estudo PLATINO em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565-1573, set./out. 2005.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 875-883, nov./dez. 2004.

MILLER, J. F. **Coping with chronic illness**. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2000. p. 3-17.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. 269p.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. São Paulo: Fiocruz, 2005. p. 19-32.

MOHAN, A.; MOHAN, C.; BHUTANI, M.; PATHAK, A. K.; PAL, H.; DAS, C.; GULERIA, R. Quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer in a developing country: is it important? **Eur J Cancer Care**, v. 15, n.3, p. 293-298, July 2006.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Rev Bras Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, dez. 2005.

MORENO, A. B.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S.; CHOR, D. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, dez. 2006.

MORRIS, J.; PEREZ, D.; McNOE, B.; The use of quality of life data in clinical practice. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 1, p. 85-91, Jan. 1997.

MUÑOZ, L. A.; PRICE, Y.; GAMBINI, L.; STEFANELLI, M. C. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 77-84, out./dez. 2003.

NARIMANIAN, M.; BADALYAN, M.; PANOSYAN, V.; GABRIELIAN, E.; PANOSSIAN, A.; WIKMAN, G.; WAGNER, H. Impact of Chisan (ADAPT-232) on the quality-of-life and its efficacy as an adjuvant in the treatment of acute non-specific pneumonia. **Phytomedicine**, v. 12, n. 10, p. 723-729, Nov. 2005.

NORDENFELT, L. **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Netherlands: Kluwer, 1994. p.1-15.

NUCRON - NÚCLEO DE ESTUDOS E ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM E SAÚDE À PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS. Regulamento interno. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, jul. 2007.

O'CARROLL, R. E.; SMITH, K.; COUSTON, M.; COSSAR, J. A.; HAYES, P. C. A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. **Qual Life Res**, v. 9, n. 1, p. 121-124, fev. 2000.

OERMANN, C. M.; SWANK, P. R.; SOCKRIDER, M. M. Validation of an instrumental measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. **Chest**, v. 118, n. 1, p. 92-97, July 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva, 2000. 71p. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/pautas_generales_para_la_investigacion_en_mnt.pdf> Acesso em: 04 jul. 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Salud y envejecimiento: um documento para el debate. Boletín sobre el envejecimiento, Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001. 36p. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>> Acesso em: 20 jul. 2007.

PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de vida. Reflexão de enfermeiras. **Rev Texto Contexto**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 11-26, set./dez. 1999.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: PAPALÉO, M. N. et al. **Epidemiologia do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 79-84.

PAULIN, E.; BRUNETTO, A. F.; CARVALHO, C. R. F. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 52-63, set./out. 2003.

PEREIRA, L. C.; MERCADANTE, E. F. Doença pulmonar obstrutiva crônica no idoso: relato de caso. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2004.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; Ribeiro, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n.1, p. 27-34, jan./mar. 1994.

PUSHPARAJAH, S.; MCCLELLAN, R.; HENRY, A.; KUITERT, L. M. E. Use of a chronic disease management programme in COPD to reduce hospital admissions. **Chronic Respiratory Disease**, v. 3, n. 4, p. 187-193, Nov. 2006.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 207-213, jul./ago. 2000.

REGUEIRO, E. M. G.; LORENZO, V. A. P.; PARIZOTTO, A. P. D.; NEGRINI, F.; SAMPAIO, L. M. M. Análise da demanda metabólica e ventilatória durante a execução de atividades de vida diária em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 41-47, jan./fev. 2006.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**. A prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole, 2004. p. 363-418.

RENNARD, S. I. COPD: Overview of definitions, epidemiology, and factors influencing its development. **Chest**, v. 113, n. 4, suppl, 235-241, Apr. 1998.

RIES, A. L.; KAPLAN, R. M.; LIMBERG, T. M.; PREWITT, L. M. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Ann Intern Med**, v. 122, n. 11, p. 823-832, June 1995.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran patologia**: bases patológicas das doenças. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.

RODRIGUES, S. L. **Reabilitação pulmonar**: conceitos básicos. São Paulo: Manole, 2003. p. 55-65.

RODRIGUES, S. L.; SOUZA, G. F. Recondicionamento físico do pneumopata. In: RODRIGUES, S. L. **Reabilitação pulmonar**: conceitos básicos. São Paulo: Manole, 2003. p. 67-83.

RODRIGUES, S. L.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Pneumol**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 65-70, mar./abr. 2002.

ROSA, F. W.; CAMELIER, A.; MAYER A.; JARDIM, J. R. Avaliação da capacidade de exercício em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: comparação do teste de caminhada com carga progressiva com o teste de caminhada com acompanhamento. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 106-113, mar./abr. 2006.

ROSSI, G.; FLORINI, F.; ROMAGNOLI, M.; BELLANTONE, T.; LUCIC, S.; LUGLI, D.; CLINI, E. Length and clinical effectiveness of pulmonary rehabilitation in outpatients with chronic airway obstruction. **Chest**, v. 127, n. 1, p. 105-109. Jan. 2005.

SAKATA, R. K.; GIRALDES, A. L. A.; AOKI, S. S. Síndromes dolorosas crônicas e qualidade de vida. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2006. p. 79-89.

SANJUAS, C. Disnea y calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crônica. **Arch Bronconeumol**, v. 38, n. 10, p. 485-488, Oct. 2002.

SANTOS, P. A. L. A Doença crônica incapacitante e dependente na família. Escola Nacional de Saúde Pública. 6º curso de mestrado em saúde pública. Módulo de sociologia da saúde. Lisboa, fev, 2003. Disponível em: <http://www.cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/0_resumo_indice.pdf> Acessado em: 25 jul. 2007.

SASSI-DAMBROWN, D. E.; EAKIN, E. G.; RIES, A. L.; KAPLAN, R. M. Treatment of dyspnea in COPD. **Chest**, v. 107, n. 3, p. 724-729, Mar. 1995.

SAXENA, S.; CARLSON, D.; BILLINGTON, R.; ORLEY, J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. **Quality of Life Research**, v. 10, n. 8, p. 711-721, Nov. 2001.

SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **J Pneumol**, v. 26, suppl, p. 1-52, abr. 2000.

SCHESTATSKY, P.; ZANATTO, V. C.; MARGIS, R.; CHACHAMOVICH, E.; RECHE, M.; BATISTA, R. G. et al. Qualidade de vida de uma amostra de pacientes brasileiros portadores da doença de Parkinson e seus cuidadores. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 3, p. 209-211, set. 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia Reflex Crit**, Porto Alegre, v.18, n. 2, p.188-195, maio/ago. 2005.

SILVA, A. L.; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Rev Texto Contexto**. Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, 1993.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Rev Texto Contexto**, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

SILVA, D. M. G.V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a

contribuição de um grupo de convivência. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 7-14, jan./fev. 2005.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. **Qual Life Res**, v. 11, n. 2, p. 135-144, Mar. 2002.

SKEVINGTON, S. M.; SARTORIUS, N.; AMIR, M. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, n. 1, p. 1-8, Jan. 2004.

SKUMLIEN, S.; HAAVE, E.; MORLAND, L.; BJØRTUFT, Ø.; RYG, M. S. Gender differences in the performance of activities of daily living among patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Chronic Respiratory Disease**, v. 3; n. 4, p. 141-148, Nov. 2006.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, set./dez. 2003.

SOUSA, T. S.; JARDIM, J. R.; JONES, P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **J Pneumol**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.119-128, mai./jun. 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

TORRES, J. P.; PINTO-PLATA, V.; INGÊNITO, E.; BAGLEY, P.; GRAY, A.; BERGER, R. et al. Power of outcome measurements to detect clinically significant changes in pulmonary rehabilitation of patients with COPD. **CHEST**, v. 121, n. 4, p. 1092-98, Apr. 2002.

TRENTINI, C. M.; CHACHAMOVICH, E.; FIGUEIREDO, M.; HIRAKATA, V. N.; FLECK, M. P. A. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estud Psicol**, Natal, v.11, n.2, p.191-197, maio/ago. 2006.

TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Rev Texto Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, 1992.

TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V.; MARTINS, C. R.; ANTÔNIO, M. C.; TOMAZ, C. E.; DUARTE, R. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 20-27, jul. 1990.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev. 2005.

TUFIK, S.; MELLO, M. T.; ESTEVES, A. M. Sono, distúrbios do sono e qualidade de vida. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2006. p.55-63.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 552-560, jul./ago. 2002.

VAN DER SCHANS, C.P.; POSTMA, D. S.; KOËTER, G. H.; RUBIN, B. K. Physiotherapy and bronchial mucus transport. **Eur Respir J**, v. 13, n. 6, p. 1477-1486, June 1999.

WEST, J. B. **Fisiologia respiratória**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 89-116.

WILLIAMS, A. K. Depressão e função no idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 151-159.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. **JAMA**, v. 273, n. 1, p. 59-65, Jan. 1995.

WHO. World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva, 1998.

YAKSIC, M. S.; TOJO, M.; CUKIER, A.; STELMACH, R. Prolife of a Brazilian population with severe chronic obstructive pulmonary disease. **J Pneumol**, v. 29, n. 2, p. 64-68, Mar./Apr. 2003.

ZANCHET, R. C.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 118-124, mar./abr. 2005.

ZUWALLACK, R. L. Outcome measures for pulmonary rehabilitation. Chapter 15. In: DONNER, C. F.; DECRAMER, M. Pulmonary rehabilitation. **Eur respir mon**, v. 5, n. 13, p. 177-200, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1
Instrumento WHOQOL-100

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz* ou *bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	Nem feliz/nem infeliz	feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

nunca	raramente	as vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

nunca	raramente	as vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	raramente	as vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *"quão bem você é capaz de se locomover"* referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	ruim	Nem ruim/nem boa	boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Fonte: FLECK, M. P. A. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq>

ANEXO 2
Procedimentos para aplicação do instrumento WHOQOL-100

PROCEDIMENTOS PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO WHOQOL-100

- 1) O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
- 2) Uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes.
- 3) Uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou companheiro de quarto.
- 4) O instrumento deve ser respondido em somente um encontro.
- 5) O preenchimento da folha de dados demográficos deve ser realizado pelo entrevistador.
- 6) Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se **às duas últimas semanas**, independente do local onde o indivíduo se encontre.
- 7) O questionário a princípio é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do paciente da pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica...) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo serem redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.
- 8) Caso o paciente por algum motivo não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas descritas em 7 ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio (p. ex. código 8). Este código diferencia as questões que eventualmente o paciente possa ter esquecido de responder (código 9).
- 9) Ao término do questionário, verificar se o paciente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

ANEXO 3

Sintaxe do instrumento WHOQOL-100

Sintaxe SPSS - WHOQOL-100 ITEM QUESTIONNAIRE

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

(SPSS syntax files are available on diskette from WHO, Geneva)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
1. Check all 100 items from questionnaire have a range of 1-5	<p>RECODE F11 F12 F13..(add all 100 items with a space between each)...G1 G2 G3 G4... (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</p> <p>(This recodes all data outwith the range 1-5 to system missing).</p>
2. Reverse 18 items	<p>RECODE F22 F24 F32 F34 F72 F73 F93 F94 F102 F104 F131 F154 F163 F182 F184 F222 F232 F234 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).</p>
3. Compute facets, domains and general scores	<p>COMPUTE FACET1=(MEAN.3(F11,F12,F13,F14))*4. COMPUTE FACET2=(MEAN.3(F21,F22,F23,F24))*4. COMPUTE FACET3=(MEAN.3(F31,F32,F33,F34))*4. COMPUTE FACET4=(MEAN.3(F41,F42,F43,F44))*4. COMPUTE FACET5=(MEAN.3(F51,F52,F53,F54))*4. COMPUTE FACET6=(MEAN.3(F61,F62,F63,F64))*4. COMPUTE FACET7=(MEAN.3(F71,F72,F73,F74))*4. COMPUTE FACET8=(MEAN.3(F81,F82,F83,F84))*4. COMPUTE FACET9=(MEAN.3(F91,F92,F93,F94))*4. COMPUTE FACET10=(MEAN.3(F101,F102,F103,F104))*4. COMPUTE FACET11=(MEAN.3(F111,F112,F113,F114))*4. COMPUTE FACET12=(MEAN.3(F121,F122,F123,F124))*4. COMPUTE FACET13=(MEAN.3(F131,F132,F133,F134))*4. COMPUTE FACET14=(MEAN.3(F141,F142,F143,F144))*4. COMPUTE FACET15=(MEAN.3(F151,F152,F153,F154))*4. COMPUTE FACET16=(MEAN.3(F161,F162,F163,F164))*4. COMPUTE FACET17=(MEAN.3(F171,F172,F173,F174))*4. COMPUTE FACET18=(MEAN.3(F181,F182,F183,F184))*4. COMPUTE FACET19=(MEAN.3(F191,F192,F193,F194))*4. COMPUTE FACET20=(MEAN.3(F201,F202,F203,F204))*4. COMPUTE FACET21=(MEAN.3(F211,F212,F213,F214))*4. COMPUTE FACET22=(MEAN.3(F221,F222,F223,F224))*4. COMPUTE FACET23=(MEAN.3(F231,F232,F233,F234))*4. COMPUTE FACET24=(MEAN.3(F241,F242,F243,F244))*4. COMPUTE FACET25=(MEAN.3(G1,G2,G3,G4))*4. COMPUTE DOM1=MEAN.2(24-FACET1),FACET2,FACET3). COMPUTE DOM2=MEAN.4(FACET4,FACET5,FACET6,FACET7,(24-FACET8)). COMPUTE DOM3=MEAN.3(FACET9,FACET10,(24-FACET11),FACET12). COMPUTE DOM4=MEAN.2(FACET13,FACET14,FACET15). COMPUTE DOM5=MEAN.6(FACET16,FACET17,FACET18,FACET19,FACET20,FACET21, FACET22,FACET23). COMPUTE DOM6=FACET24.</p> <p>(These equations calculate the total item scores within each facet. For domains, they calculate the mean of all facets within the domain. The'.3' in 'mean.3' allows facets with one item missing to be computed based on the remaining three items).</p>

4.	Delete cases with >20% missing data	<p>COUNT TOTAL=F12 TO F244 (1 THRU 5).</p> <p>(This command creates a new column 'total'. 'Total' contains a count of the WHOQOL-100 items with the values 1-5 that have been endorsed by each subject. The 'f12 to f244' means that consecutive columns from 'f12', the first item, to 'f244', the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the questionnaire).</p> <p>FILTER OFF. USE ALL. SELECT IF (TOTAL>=80). EXECUTE.</p> <p>(This second command selects only those cases where 'total', the total number of items completed, is greater or equal to 80. It deletes the remaining cases from the data set).</p>
5.	Check facet and domain scores	<p>DESCRIPTIVES</p> <p>VARIABLES=FACE1 FACET2 FACET3..(include all facets and domains)..DOM6</p> <p>/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.</p> <p>(Running descriptives should display values of all facet and domain scores within the range 4-20).</p>
6.	Save data set	Save data set with a new file name so that the original remains intact.

Fonte: FLECK, M. P. A. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Edilaine Kerkoski, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Minha professora Miriam Süssskind Borenstein e eu estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem como título: "QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA". O objetivo desta pesquisa é compreender como as pessoas com problema pulmonar crônica que realizam fisioterapia percebem sua qualidade de vida. A avaliação da qualidade de vida permite aos profissionais de saúde uma melhor elaboração do tratamento e seus resultados. Um estudo mais aprofundado sobre as variáveis que comprometem sua vida permite elaborar estratégias para promover a melhora da qualidade de vida. Neste sentido gostaria de contar com a sua participação numa entrevista envolvendo perguntas sobre como é viver com uma doença crônica, que irá durar aproximadamente uma hora. Se você tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, a qualquer momento do seu desenvolvimento, ou querer desistir de fazer parte dele, sem haver prejuízo no seu tratamento com a fisioterapia, poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa, pessoalmente ou nos telefones citados abaixo sem que haja obrigação de esclarecimentos. Você será resguardado pelo sigilo absoluto de seus dados pessoais e de sua participação nessa pesquisa. As informações fornecidas por você serão confidenciais e utilizadas em minha dissertação de mestrado, bem como em publicação da pesquisa em livro, artigo ou eventos científicos.

Eu,.....
declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa, com ciência das informações contidas neste "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido".

Diante do exposto, declaro que minha participação foi aceita espontaneamente.

Assinatura:.....

RG:.....

Itajaí, ___/___/___

.....
Edilaine Kerkoski
Mestranda

.....
Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Orientadora

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho, poderá ser obtida junto à responsável, Edilaine Kerkoski, UNIVALI, Curso de Fisioterapia, Telefone: (47) 3341 7743 ou com sua orientadora: Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein – Departamento de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Telefones: (48) 3721.9480.

APÊNDICE 2

Ficha de informações sobre o respondente

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

DATA: ____/____/____

NOME: _____

SEXO: Masculino ()
 Feminino ()

PESO: _____ Kg

ESTATURA: _____ metros

IDADE (em anos completos): ____/____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NÍVEL EDUCACIONAL Analfabeto ()
 I grau incompleto ()
 I grau completo ()
 II grau incompleto ()
 II grau completo ()
 III grau incompleto ()
 III grau completo ()
 Pós-Graduação incompleto ()
 Pós-Graduação completo ()

ESTADO CIVIL Solteiro (a) ()
 Casado (a) ()
 Vivendo como casado (a) ()
 Divorciado (a) ()
 Viúvo (a) ()

RENDA MENSAL
Até 1/2 SM ()
De 1/2 a 1 SM ()
Mais de 1 a 2 SM ()
Mais de 2 a 3 SM ()
Mais de 3 a 5 SM ()
Mais de 5 a 10 SM ()

PROFISSÃO: _____

OCUPAÇÃO ATUAL: _____

DATA DE DESCOBERTA DA DOENÇA: _____

DATA DE INÍCIO DA FISIOTERAPIA: _____

FREQÜÊNCIA NA FISIOTERAPIA: _____

MEDICAMENTOS: Broncodilatador ()

Corticóide ()

Antiinflamatório ()

Analgésico ()

Outro _____

ACOMPANHAMENTO DE OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS): Não ()

Nutricionista ()

Psicólogo ()

Médico ()

Enfermeiro ()

Outro _____

TABAGISMO: Não

Nº maços: _____

Anos de fumo: _____

Tempo de cessação: _____

DOENÇAS ASSOCIADAS: Diabetes ()

HAS ()

Depressão ()

DAC ()

Doença Vascular ()

Outra _____

TIPO DE DPOC: Bronquite crônica ()

Enfisema pulmonar ()

ATIVIDADES FÍSICAS: Não realiza () Porque? _____

Realiza () Qual a atividade: _____

Regularmente (2 ou 3 vezes por semana mais de 30 minutos) ()

ESPIROMETRIA: VEF1 _____ %

CVF _____ %

VEF1/CVF _____ %

ESTADIO: Leve ()

Moderado IA ()

Moderado IIA ()

Grave ()

APÊNDICE 3
Entrevista Semi-estruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual a sua percepção a respeito de sua saúde?

2. Qual é o seu entendimento sobre qualidade de vida?

3. Como a doença interfere na sua qualidade de vida?

4. O que você acha que deveria fazer para melhorar sua qualidade de vida?

5. Qual a contribuição da fisioterapia na sua qualidade de vida?
