

PERCEPÇÃO DE IDOSOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA^a

Perception of elderly people with chronic obstructive pulmonary disease on quality of life

Percepción de ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en relación a la calidad de vida

Edilaine Kerkoski¹

Miriam Süsskind Borenstein²

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

RESUMO

Objetivou analisar a percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. Os dados foram coletados com 24 idosos aplicando o instrumento World Health Organization Quality of Life-100, orientado pelo conceito de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, composto pelos domínios Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais e Religiosidade. A análise descritiva demonstrou média e desvio-padrão dos escores para tais domínios, respectivamente: 11,15±2,58, 13,94±1,65, 11,57±3,02, 14,02±2,03, 13,72±2,03 e 15,45±2,26. Os Domínios Físicos e Nível de Independência foram os mais influentes na avaliação negativa da qualidade de vida. A correlação demonstrou que os elementos mais influentes são: dor, energia, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento, e capacidade para o trabalho. O instrumento utilizado mostrou-se sensível ao objetivo pretendido, permitindo verificar consonância com outros estudos em relação às facetas que mais influenciam a qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Enfermagem. Fisioterapia. Idoso. Qualidade de Vida

Abstract

It aimed to analyze the perception of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. Data were collected among 24 elderly people using World Health Organization Quality of Life-100, oriented by the concept of quality of life at the World Health Organization, composed by physical and psychological aspects, level of independence, social relations and religiosity. Descriptive analysis revealed the average and the standard deviation of scores for these aspects, respectively: 11,15±2,58, 13,94±1,65, 11,57±3,02, 14,02±2,03, 13,72±2,03 e 15,45±2,26. The physical aspects and level of independence were the most influent into a negative evaluation at the quality of life. The correlation showed the most influent elements were: pain, energy, sleep, mobility, daily activities, dependence on medication or treatment and capacity for work. The instrument used showed sensitive to the objective wanted, allowing to verify interconnection with other studies regarding aspects that most influenced the quality of life in this population.

Key words: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive. Nursing. Physiotherapy. Aged. Quality of Life

Resumen

El objetivo es analizar la percepción de ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en relación a la calidad de vida. Los datos fueron obtenidos con la participación de 24 ancianos, utilizando el instrumento World Health Organization Quality of Life-100, compuesto por los dominios Físico, Psicológico, Nivel de independencia, Relaciones sociales y Religiosas. El análisis demostró que los parámetros estadísticos media y desvío padrón fueron respectivamente 11,15±2,58, 13,94±1,65, 11,57±3,02, 14,02±2,03, 13,72±2,03 y 15,45±2,26. Los dominios Físico y el Nivel de independencia fueron los más influentes en la evaluación negativa de la calidad de vida. La correlación demostró que los elementos más influentes son: dolor, energía, sueño, movilidad, actividades de la vida cotidiana, dependencia de medicación o de tratamiento y capacidad para el trabajo. El instrumento utilizado respondió sensiblemente a los objetivos pretendidos, permitiendo comprobar coherencia con otros estudios en relación a los aspectos que más influyeron en la calidad de vida de esta población.

Palabras claves: Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica. Enfermería. Fisioterapia. Anciano. Calidad de Vida

¹Doutoranda do PEN/UFSC. Professora do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Membro do Núcleo de Estudos e Assistência de Enfermagem às Pessoas em Situação Crônica de Saúde (NUCRON). Itajaí-SC. Brasil. E-mail: edilaine@univali.br;²Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-Líder do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES). Bolsista de produtividade do CNPq. Florianópolis-SC. Brasil. E-mail: miriam@nfr.ufsc.br;³Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do grupo de pesquisa NUCRON. Bolsista de produtividade do CNPq. Florianópolis-SC. Brasil. E-mail: denise_guerreiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 80 comentava-se sobre as mudanças que vêm ocorrendo no perfil da população mundial, destacando-se o aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na composição populacional. O declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, somado ao desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas, têm propiciado o envelhecimento populacional em um curto espaço de tempo.¹

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 20 anos a população idosa do Brasil poderá representar quase 13% da população. A proporção de idosos vem crescendo acima das demais faixas etárias, especialmente das crianças. O grupo de pessoas com 75 anos ou mais de idade foi o que teve maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa.²

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde do idoso. Esse prolongamento da vida significou uma piora da qualidade de vida, com importantes consequências no nível de saúde da população, com modificações nos padrões de morbimortalidade e de seus determinantes da população, pois não houve uma atenção adequada para esta sobrecarga de doenças crônicas ou não.³

Essa transformação caracterizando uma predominância de doentes crônicos, no contexto de uma população mais envelhecida, acabou por aumentar o período de morbidade dos idosos, repercutindo em aspectos sociais, pessoais e de saúde. Para quem vive com a doença crônica, este prolongamento pode representar uma maior convivência com o sofrimento físico e psicológico, somado a outros problemas como, por exemplo, dificuldades financeiras.⁴

Existem doenças crônicas de grande impacto social e econômico, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Nas últimas três décadas essa doença tornou-se uma importante causa de morbimortalidade. No mundo inteiro, milhões de pessoas sofrem desta enfermidade e morrem prematuramente devido a suas complicações. Atualmente, a DPOC é a 12ª doença mais prevalente no mundo, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que será a quinta no ano 2020. Da sexta causa de morte hoje, passará nesse mesmo período de tempo para a segunda causa.⁵

A DPOC foi a quinta maior causa de internamento no sistema público de saúde do Brasil, em pessoas com mais de 40 anos de idade, com 196.698 internações e gasto aproximado de 72 milhões de reais, segundo os registros do banco de dados do sistema único de saúde de 2003.⁶

A relevância científica e social justifica a realização de estudos para conhecer melhor as condições que interferem no

bem-estar e fatores associados à qualidade de vida de pessoas com doença crônica, esta no intuito de criar alternativas de programas de intervenção e propor ações na área da saúde, buscando atender às demandas, especialmente da população que envelhece com uma doença crônica.⁷ Este tipo de estudo permite aos profissionais de saúde adquirir maior conhecimento sobre o impacto físico e psicossocial que a DPOC acarreta na vida das pessoas, e estimular a incorporação deste tipo de avaliação no trabalho do dia-a-dia dos serviços de saúde, sendo capaz de influenciar nas decisões e na assistência das equipes de saúde.

A percepção de qualidade de vida transcende a esfera da saúde física, incluindo uma variedade de condições que podem afetar as pessoas, tais como o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, os valores culturais, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente onde se vive.³

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (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.⁸ Assim, a OMS apresenta uma abordagem mais ampla e integradora, propondo uma visão global que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de sua qualidade de vida.⁷

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. Inicialmente o grupo da OMS desenvolveu o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto de cem questões.⁸

Diversos trabalhos publicados na última década demonstram a vasta utilização deste instrumento na avaliação da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, como um estudo realizado na Índia em 2006 para avaliar o impacto do câncer de pulmão, outro realizado na China em 2005 na aplicação de tratamento medicamentoso em pessoas com pneumonia, outro na Alemanha em 2000 para avaliar o impacto social de pessoas com fibrose pulmonar idiopática. Um trabalho pioneiro foi desenvolvido por Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) investigando a qualidade de vida em pessoas soropositivas brasileiras e destacaram a importância desse tipo de estudo para apreender, compreender e atender as demandas de doentes crônicos, norteados as ações, fortalecendo o vínculo do paciente com a equipe de saúde, visando à integralidade e à melhor qualidade da atenção em saúde.⁹

Diante dessas colocações, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de idosos com DPOC sobre a qualidade de vida, utilizando para isso o instrumento WHOQOL-100 validado para utilização no Brasil, além de correlacionar seus respectivos domínios com suas facetas a fim de verificar quais facetas tem maior influência na qualidade de vida desta população.

METODOLOGIA

Este estudo teve caráter exploratório, descritivo transversal, de natureza quantitativa, envolvendo 35 pessoas com DPOC, acompanhadas pelo programa de tratamento de DPOC de uma clínica de fisioterapia de um município de Santa Catarina no período de 2007 a 2008. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI, parecer número 90/07.

A clínica possui a capacidade de realizar até 240 atendimentos diários nas diversas áreas de atuação da Fisioterapia. Atende gratuitamente a comunidade, englobando os municípios vizinhos, desenvolvendo programas de promoção, prevenção e reabilitação à comunidade.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram os seguintes: pessoas com diagnóstico de DPOC em qualquer estágio da doença de acordo com o padrão internacional Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, de ambos os sexos, em tratamento na clínica há, pelo menos, seis meses, apresentando estado clínico estável e sem episódios de agudização nos últimos 30 dias, idade igual ou superior a 60 anos, ausência de doença cardíaca grave ou instável, em condições cognitivas e mentais para responder o instrumento da pesquisa e que concordassem e possuíssem disponibilidade em participar do estudo. A amostra final foi composta por 24 idosos.

Ao convidar as pessoas, foi-lhes prestado esclarecimento quanto aos objetivos do estudo, assegurando o sigilo da sua identidade e o direito de interromper sua participação, caso julgassem necessário, sem qualquer tipo de repercussão desse fato sobre seu atendimento na clínica e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se dois instrumentos. A ficha de caracterização dos aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com DPOC, incluindo: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação, hábitos de fumo, doenças associadas, tempo de manifestação da DPOC, função pulmonar e gravidade da doença.

O segundo instrumento foi o World Health Organization Quality of life – WHOQOL - 100, em sua versão adaptada e validada para o português. É composto por cem questões que agrupam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e

espirituais/religião/crenças pessoais. Cada domínio é 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.

A escolha do WHOQOL-100 para avaliação da qualidade de vida é justificada pelo fato de o instrumento ter valor transcultural, possibilitando comparações sobre a qualidade de vida em diferentes culturas ou grupos sociais, de indivíduos enfermos, sadios e idosos, e utilizado entre diferentes profissionais da saúde que se preocupam com o cuidado. Outra justificativa para sua escolha é o fato de haver ainda um número reduzido de estudos utilizando o instrumento em idosos com DPOC.

As entrevistas foram realizadas, pela primeira autora, em uma das salas de atendimento da clínica de fisioterapia, em situação de privacidade, sem o acompanhamento de familiar, cônjuge e outros. O instrumento em questão é autoaplicável, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e/ou a baixa escolaridade que foi comum nos integrantes do estudo. Foi aplicado em apenas um encontro, enfatizando que as respostas deveriam ser relativas às duas últimas semanas. Cada entrevista durou em média uma hora, registrada no próprio instrumento.

Para o cálculo dos escores dos seis domínios do WHOQOL-100, utilizou-se a sintaxe oferecida pelo grupo WHOQOL que foi usada no Software Statistical Package for Social Science (SPSS). Os escores finais de cada domínio calculados pela sintaxe, considerando as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultaram em escores finais em uma escala de 4 a 20, onde os maiores valores representam melhor qualidade de vida.

Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra em relação aos dados sociodemográficos, clínicos e os escores dos domínios. 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.

O teste de correlação de Pearson foi aplicado entre os domínios e as facetas, o valor de p inferior a 0,05 foi considerado como estatisticamente significativo. O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou os escores dos domínios com distribuição normal. A confiabilidade das medidas da qualidade de vida para a amostra do estudo foi analisada pelo coeficiente alfa de Cronbach que mostrou resultados considerados satisfatórios para atestar a consistência interna do instrumento para este estudo (valores $\geq 0,60$ foram considerados aceitáveis).

RESULTADOS**Tabela 1** - Características sociodemográficas e clínicas dos idosos com DPOC que participaram do estudo.

| Variáveis | n | % |
|-------------------------------|---------------|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 11 | 45,84 |
| Masculino | 13 | 54,16 |
| Idade | | |
| Média (Desvio-padrão) | 70,37 (5,95) | - |
| Máximo | 82 | - |
| Mínimo | 60 | - |
| Estado civil | | |
| Casado | 18 | 75,0 |
| Divorciado | 02 | 08,3 |
| Viúvo | 04 | 16,7 |
| Escolaridade | | |
| Ensino médio incompleto | 04 | 16,7 |
| Ensino médio completo | 05 | 20,8 |
| Ensino fundamental incompleto | 11 | 45,8 |
| Ensino fundamental completo | 04 | 16,7 |
| Renda | | |
| Sem rendimento | 04 | 16,7 |
| De 1/2 a 1 SM | 09 | 37,5 |
| Mais de 1 a 2 SM | 07 | 29,1 |
| Mais de 2 a 3 SM | 04 | 16,7 |
| Ocupação | | |
| Não | 15 | 62,5 |
| Sim | 09 | 37,5 |
| Hábitos de fumo | | |
| Não | 05 | 20,84 |
| Sim | 19 | 79,16 |
| Tempo de fumo | | |
| Média (Desvio-padrão) | 32,73 (19,91) | - |
| Máximo | 58 | - |
| Mínimo | 01 | - |
| Doenças associadas | | |
| Não | 08 | 33,3 |
| Sim | 16 | 66,7 |
| Tempo de DPOC | | |
| Média (Desvio-padrão) | 9,46(5,73) | - |
| Máximo | 20 | - |
| Mínimo | 03 | - |
| Grau da DPOC | | |
| Leve | 10 | 41,7 |
| moderado | 14 | 58,3 |
| Grave/muito grave | | |
| VEF1 | | |
| Média (Desvio-padrão) | 48,26(12,97) | - |
| Máximo | 79,17 | - |
| Mínimo | 17,10 | - |

Os dados da Tabela 1 mostram que a amostra foi constituída predominantemente por idosos do sexo feminino (54,16%), situação conjugal com companheiro (75%), baixa escolaridade (62,5%) e renda mensal (54,2%), sem trabalho atual (62,5%) e com doença grave/muito grave (58,3%). Além

da DPOC, 16 idosos (66,7%) informaram ter outras doenças associadas, sendo as mais citadas diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doença vascular.

Os dados da Tabela 2 mostram os escores médios obtidos nos seis domínios do WHOQOL-100.

Tabela 2 - Média e desvio-padrão e intervalo de confiança dos seis domínios obtidos pelo instrumento WHOQOL-100.

| Domínio | Média | DP | IC95% |
|--|-------|--------|-------------|
| Físico | 11,15 | (2,58) | 10,06-12,24 |
| Psicológico | 13,94 | (1,65) | 13,24-14,64 |
| Nível de independência | 11,57 | (3,02) | 10,29-12,85 |
| Relações Sociais | 14,02 | (2,03) | 13,16-14,88 |
| Ambiente | 13,72 | (2,03) | 12,86-14,58 |
| Aspectos Espirituais /Religião /Crenças pessoais | 15,45 | (2,26) | 14,50-16,41 |

Os dados apresentados demonstram que os escores que mais se distanciaram do maior valor (vinte) da escala foram os do domínio físico e nível de independência, indicando maior interferência de tais domínios na qualidade de vida de idosos com DPOC. O domínio relacionado aos aspectos espirituais/religião/crenças pessoais foi o que mais se

aproximou do maior valor da escala.

A partir dos resultados obtidos, 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 (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação entre cada faceta e o escore médio dos domínios que obtiveram correlações fortes e significativas

| Domínio | Faceta avaliada | Correlação | P |
|------------------------|---|------------|-------|
| Físico | 1. Dor e desconforto | -0,90* | 0,000 |
| | 2. Energia e fadiga | 0,90* | 0,000 |
| | 3. Sono e repouso | 0,91* | 0,000 |
| Psicológico | 4. Sentimentos positivos | 0,46 | 0,080 |
| | 5. Pensar, aprender, memória e concentração | 0,06 | 0,817 |
| | 6. Autoestima | 0,59* | 0,020 |
| | 7. Imagem corporal e aparência | 0,56* | 0,029 |
| | 8. Sentimentos negativos | -0,55* | 0,032 |
| Nível de Independência | 9. Mobilidade | 0,89* | 0,000 |
| | 10. Atividade do cotidiano | 0,95* | 0,000 |
| | 11. Dependência de medicação ou de tratamento | -0,80* | 0,000 |
| | 12. Capacidade de trabalho | 0,85 | 0,000 |
| Capacidade de Trabalho | 13. Relações Pessoais | 0,57* | 0,025 |
| | 14. Suporte(apoio) pessoal | 0,82* | 0,005 |
| | 15. Atividade sexual | 0,81* | 0,005 |
| Ambiente | 16. Segurança Física e proteção | 0,76* | 0,001 |
| | 17. Ambiente do lar | 0,72* | 0,002 |
| | 18. Recursos Financeiros | 0,43* | 0,104 |
| | 19. Cuidados de saúde e social: disponibilidade e qualidade | 0,55* | 0,031 |
| | 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades | 0,69* | 0,004 |
| | 21. Participação em oportunidades de recreação e lazer | 0,76* | 0,001 |
| | 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) | 0,82* | 0,000 |
| | 23. Transporte | 0,086* | 0,000 |

(*) A correlação é estatisticamente significativa

Os dados da Tabela 3 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.

Dentre as cinco facetas do domínio psicológico somente correlacionam-se positiva e significativamente com o seu escore médio as facetas da autoestima e da imagem corporal e aparência. Houve correlação negativa com a faceta sentimento negativo, ou seja, quanto mais sentimentos negativos os idosos com DPOC que participaram deste estudo manifestassem, mais comprometida seria sua qualidade de vida. Esse foi o domínio com valores de correlação mais fracos.

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 dos idosos com DPOC.

Das três facetas do domínio relações sociais, duas apresentaram positiva e forte correlação com o escore médio obtido nesse domínio, que foram as facetas: suporte social e atividade sexual. A faceta relação pessoal apresenta-se estatística e fracamente correlacionada com o escore médio obtido no domínio

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 as facetas que se correlacionaram moderadamente com o escore médio do domínio ambiente; porém, as facetas que mais influenciaram a qualidade de vida dos idosos que participaram do estudo foram o ambiente físico e o transporte. Observou-se que os recursos financeiros não tiveram importância na avaliação da qualidade de vida da população deste estudo.

DISCUSSÃO

A partir de uma abordagem multidimensional da qualidade de vida avaliada pelo instrumento WHOQOL-100, verificou-se que os idosos com DPOC que participaram desse estudo referiram maior influência na qualidade de vida dos domínios físico e nível de independência, com suas diversas facetas que apresentaram valores significantes e fortemente correlacionados com o escore médio obtido em tais domínios, como mostrado nas Tabelas 1 e 3.

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 poucos trabalhos envolvendo a utilização do instrumento WHOQOL em pessoas com DPOC.

Um dos estudos avaliou as dimensões funcionais e emocionais da qualidade de vida após um programa de

reabilitação pulmonar relatando melhora nos escores com o programa e reforçando a importância da avaliação multidimensional.¹⁰

Outro estudo avaliou o impacto da DPOC em pessoas com câncer de pulmão, concluindo que pacientes com câncer de pulmão têm uma baixa qualidade de vida afetada pela gravidade do perfil respiratório.¹¹

A qualidade de vida na exacerbação aguda da DPOC foi avaliada em outro estudo com o WHOQOL breve demonstrando um grande comprometimento da qualidade de vida nesta situação.¹²

Estudos que se utilizaram do questionário específico Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) para avaliar a qualidade de vida de pessoas com DPOC, como o de Camelier *et al.* (2006), analisaram que os domínios que mais influenciam na qualidade de vida dessas pessoas são os relacionados às atividades físicas e os sintomas.¹³

Essa análise permite 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, seja ela nas atividades mais corriqueiras do cotidiano ou em atividades mais complexas, por exemplo, as relacionadas ao trabalho.

A sintomatologia que a DPOC ocasiona, além da tosse excessiva e produção de secreção é a dispneia, 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 das pessoas com DPOC. Cronicamente, todo o processo fisiopatológico da DPOC inicialmente vai reduzir a capacidade física a atividades de grandes esforços e, posteriormente, ao repouso. Essas alterações tendem a agravar e desencadear sintomas limitantes nas pessoas, diminuindo suas atividades de vida diária.¹⁴

Outros pesquisadores mencionam que a qualidade de vida é prejudicada pela presença de doenças associadas, destacando que, no presente estudo, além da DPOC, 66,7% da amostra relataram apresentar outras doenças associadas, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença vascular, doença arterial coronariana, artrose e fibromialgia.

Na avaliação da presença de doenças associadas em pessoas com DPOC e a sua influência na qualidade de vida, um estudo constatou que 84% das pessoas com DPOC avaliadas apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo as mais frequentes a insônia e a hipertensão arterial sistêmica, concluindo que quanto maior o número de doenças associadas, pior era a qualidade de vida, e alerta que a presença de doenças associadas é um fator relevante na qualidade de vida das pessoas com DPOC.¹⁵

Ao se estabelecer comparação entre os achados da qualidade de vida de idosos com DPOC obtidos nesta pesquisa com outros estudos publicados analisando a qualidade de vida de idosos somente, pode-se verificar consonância das facetas que mais influenciam a qualidade de vida desta população.

Passamos a discutir os resultados encontrados à luz desses trabalhos.

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.¹⁶

Similarmente, em um estudo que realizou uma investigação da percepção sobre a qualidade de vida em idosos dependentes com média de idade de 75 anos, utilizando-se o WHOQOL-100, também encontraram-se escores mais baixos no domínio físico e nível de independência e grande parte da amostra apresentava depressão.¹⁷

A qualidade de vida dos idosos tem sido muitas vezes associada às questões de dependência-autonomia; a dependência resulta das alterações biológicas e por consequência das mudanças sociais. Em um estudo descrevendo os fatores associados ao grau de satisfação com a vida em uma população de idosos, os autores 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.¹⁸

Na identificação dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos, através do uso do WHOQOL-100, outro estudo trouxe conclusões semelhantes 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.²

CONCLUSÕES

A avaliação através do instrumento WHOQOL-100 mostrou-se sensível ao objetivo pretendido, permitindo destacar os elementos que mais influenciam a qualidade de vida de idosos com DPOC.

Apesar da limitada casuística e de comparações, este estudo certamente contribuiu para uma reflexão acerca da qualidade de vida de idosos com DPOC. Além disso, possibilitou ratificar achados de outros estudos que evidenciam que os domínios físicos e de independência são os que mais influenciam negativamente na qualidade de vida de pessoas idosas. De modo geral, no entanto, mesmo com a DPOC foram verificados escores bastante positivos da qualidade de vida.

É importante ressaltar que, apesar da prevalência e sobrecarga física e emocional da DPOC sobre as pessoas, suas famílias, seus amigos e sociedade, existem poucas informações acerca da qualidade de vida dessa população na abordagem multidimensional.

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, situação que poderá ajudá-los a aceitar as várias mudanças que atravessam ou irão atravessar por causa da doença crônica.

REFERÊNCIAS

1. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. Esc Anna Nery 2009 jun; 13(2): 372-77.
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. [on-line] 2002 jul; [citado 2010 mar 17]; [aprox.4 telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>
3. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005 set; 8(3): 246-52.
4. Pereira LC, Mercadante EF. Doença pulmonar obstrutiva crônica no idoso: relato de caso. Textos sobre Envelhecimento. 2004; 7(1): 1-16.
5. Yaksic MS, Tojo M, Cukier A, Stelmach R. Prolife of a brazilian population with severe chronic obstructive pulmonary disease. J Pneumol. 2003 Mar/Apr; 29(2): 64-68.
6. Consenso Brasileiro sobre doença pulmonar obstrutiva crônica, 2. J Bras Pneumol. 2004 nov; 30(5): S1-S52.
7. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev Saude Publica. 2003; 37(6): 793-99.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment -WHOQOL: position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 nov; 41(10): 1403-410.
9. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicol Reflex Crit. 2005 maio/ago; 18(2):188-15.
10. Moullec G, Ninot G. An integrated programme after pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: effect on emotional and functional dimensions of quality of life. Clin Rehabil. 2010 Feb; 24(2): 122-36.
11. Mohan A, Mohan C, Pathak AK, Pandey RM, Guleria R. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on respiratory status and quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer. Respirology. 2007 Mar; 12(2): 240-47.
12. Andenaes R, Moum T, Kalfoss MH, Wahl AK. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. Qual Life Res. 2006 Mar; 15(2): 249-57.

13. Camelier A, Rosa FW, Salmi C, Nascimento AO, Cardoso F, Jardim JR. Avaliação da qualidade de vida pelo questionário do Hospital Saint George na doença respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *J Bras Pneumol*. 2006 mar; 32(2): 114-22.

14. Paulin E, Brunetto AF, Carvalho CRF. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Pneumol* 2003 set; 29(5): 52-63.

15. 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*. 2005 maio; 9(2): 145-50.

16. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005 mar; 14(2): 511-20.

17. Trentini CM, Chachamovich E, Figueiredo M, Hirakata VN, Fleck MPA. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estud Psicol*. 2006 maio; 11(2): 191-97

18. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saude Publica*. 2007 fev; 41(1): 131-38.

NOTA

^aTrabalho elaborado a partir da dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o título Qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, apresentada em setembro de 2007