**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

BEATRIZ APARECIDA OZELLO GUTIERREZ

**TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS E DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO
"SEATTLE OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE QUESTIONNAIRE"**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tamara Iwanow Cianciarullo

**São Paulo
2000**

Dedico este trabalho com todo o meu amor e carinho a:

*Luiz e Elza
meus pais*

*José Daniel,
meu esposo*

*Leonardo Fábio (Léo)
e
Gustavo Augusto (Gu)
meus “grandes” filhos*

*Sirlei e Diogenes
meus irmãos*

*A uma pessoa muito especial que me acolheu e me protegeu em um momento instantâneo da
minha vida.*

Meus sinceros agradecimentos

À Prof^ª Dr^ª Tamara Iwanow Cianciarullo, pela amizade e pelos ensinamentos durante a execução deste estudo.

À Prof^ª Dr^a Dulce Maria Rosa Gualda pelo grande apoio e incentivo.

A minha Chefe e Prof^ª Fernanda Maria Togeiro Fugulin que sempre depositou muita confiança no meu potencial.

À grande amiga Diley Cardoso F. Ortiz pela paciência e colaboração durante a execução deste trabalho.

Às amigas Vera Lúcia Mira Gonçalves e Martha R. K. Hashimoto pela inesquecível amizade e grande colaboração.

Ao pequeno Bruno Yugi Hashimoto pela compreensão.

À grande amiga Felicia Hiromi Nomura pelo imenso apoio.

À amiga colombiana Alba Lucero López pelos ensinamentos.

Às amigas Marta M. Melleiro, Noemi M.B. Rogenski, Eliete S.C.Martins e Sandra Andreoni, pelo apoio.

Às amigas Jane, Elisabete e Erica pela colaboração.

Às enfermeiras da UTI de Clínica Médica por compreenderem a minha ausência e realizarem por mim algumas tarefas, no sentido de me pouparem, para que este estudo pudesse ser completado.

Aos enfermeiros e técnicos do setor de Hemodiálise pelo apoio.

Aos técnicos do setor de Métodos Gráficos pela colaboração.

Ao Gilberto e Alexandra que me acompanharam nesta caminhada.

Aos profissionais que participaram do comitê de juízes durante o desenvolvimento deste estudo.

Às Prof^ª Diná de A. L. M. da Cruz e Cibele A. de M. Pimenta pelos ensinamentos e incentivo.

À Prof^ª Miako Kimura pelos esclarecimentos científicos.

A todos os entrevistados que participaram deste estudo.

À inesquecível amiga Elisabete Laginestra pelo grande incentivo e lição de vida.

À querida Terezinha Campos pelos ensinamentos.

Aos amigos e parentes que compreenderam a minha ausência em muitos dos eventos.

A minha prima Cecília pelo inesquecível apoio.

Aos meus pais muito obrigado por tudo.

Aos meus grandes filhos pela compreensão nas minhas ausências, principalmente nas diversões aos domingos.

Ao meu companheiro, Daniel, obrigado.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Interesse pelo tema	01
1.2. A doença pulmonar obstrutiva crônica	02
1.3. Os pacientes portadores de DPOC	05
1.4. Profissionais que assistem aos pacientes portadores de DPOC	08
1.5. Qualidade de vida e o paciente portador de DPOC	10
1.6. Mensuração da qualidade de vida	16
1.7. Mensuração da qualidade de vida em pacientes portadores de DPOC	18
2. OBJETIVOS	25
3. MÉTODO	26
3.1. Caracterização do local de estudo	26
3.2. Operacionalização do estudo	27
3.2.1. Instrumento de coleta de dados	29
DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA	30
DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL	31
DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"	31
DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO	32
3.2.2. Tradução inicial do SOLDQ	33
3.2.3. Retrotradução do SOLDQ	33
3.2.4. Revisão por um comitê de juízes	34
3.2.5. Pré-teste do instrumento	36
3.2.6. Aplicação do instrumento	37
3.2.6.1. Constituição dos grupos	37
CONSTITUIÇÃO DO GRUPO 1	37
CONSTITUIÇÃO DO GRUPO 2	38
3.3. Coleta de dados	39
COLETA DE DADOS DO GRUPO 1	39
COLETA DE DADOS DO GRUPO 2	40
3.4. Tratamento estatístico dos dados	40
3.4.1. Confiabilidade	41
3.4.2. Validação discriminante	41
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1. Caracterização dos grupos	42
CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO 1	42
CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO 2	44
4.2. Análise das equivalências entre o instrumento original e o instrumento traduzido	45
4.2.2. Validação de conteúdo	48
DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA	48
DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL	49
DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"	50
DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO	51
4.3. Avaliação das propriedades de medida psicométrica do SOLDQ	52
4.3.1. Determinação dos escores do SOLDQ	53
4.3.2. Confiabilidade	55
AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA	56
AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL	57
AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"	58
AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM	

O TRATAMENTO	60
4.4. Validação discriminante.....	60
5. CONCLUSÕES	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de coleta de dados	64
Anexo II - Autorização do autor	67
Anexo III - Primeira versão traduzida para o português do SOLDQ.....	68
Anexo IV - Versão original do SOLDQ	70
Anexo V - Avaliação da equivalência semântica / idiomática e cultural da versão traduzida do SOLDQ	72
Anexo VI - Segunda versão traduzida do SOLDQ	77
Anexo VII - Validação de conteúdo do instrumento.....	79
Anexo VIII - Termo de consentimento de pacientes portadores de DPOC	83
Anexo IX - Termo de consentimento de indivíduos "sadios"	84
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização do estudo.....	28
Quadro 2 - Distribuição dos itens do domínio função física em relação às questões	30
Quadro 3 - Distribuição dos itens do domínio função emocional em relação às questões	31
Quadro 4 - Distribuição dos itens do domínio habilidade de "coping" em relação às questões.....	31
Quadro 5 - Distribuição dos itens do domínio satisfação com o tratamento em relação às questões.....	32
Quadro 6 - Valores dos escores brutos da variáveis do SOLDQ. São Paulo, 2000	53
Quadro 7 - Variação dos escores na recodificação do SOLDQ original. São Paulo, 2000.....	54
Quadro 8 - Recodificação dos itens.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes do grupo 1 segundo faixa etária. São Paulo, 2000	42
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes do grupo 1 segundo sexo. São Paulo, 2000.....	43
Tabela 3 - Distribuição das variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo do grupo 1. São Paulo, 2000.....	43
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes do grupo 2 segundo faixa etária. São Paulo, 2000	44
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes do grupo 2 segundo sexo. São Paulo, 2000.....	44
Tabela 6 - Distribuição das variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo do grupo 2. São Paulo, 2000.....	45
Tabela 7 - Índices percentuais de concordância segundo a avaliação semântica / idiomática / cultural e sugestões dos juízes nas versões original e primeira versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	46
Tabela 8 - Índices de concordância entre os juízes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio função física, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	49
Tabela 9 - Índices de concordância entre os juízes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio função emocional, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.....	50
Tabela 10 - Índices de concordância entre os juízes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio habilidade de "coping", da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	51
Tabela 11 - Índices de concordância entre os juízes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio satisfação com o tratamento, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	52
Tabela 12 - Índices de consistência interna do domínio função física, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	56
Tabela 13 - Índices de consistência interna do domínio função emocional, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	58
Tabela 14 - Índices de consistência interna do domínio habilidade de "coping", da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	58
Tabela 15 - Índices de consistência interna do domínio habilidade de "coping", excluída a questão 7, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	59
Tabela 16 - Índices de consistência interna do domínio satisfação com o tratamento, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000	60
Tabela 17 - Comparação entre as médias de escores obtidos dos domínios função física, função emocional e habilidade de "coping" segundo os indivíduos "sadios" e portadores de DPOC. São Paulo, 2000	61

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença progressiva e, que interfere na qualidade de vida (QV) de seus portadores. Foi identificado na literatura internacional um instrumento específico para medir a QV de pacientes com DPOC, o Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ). É um instrumento com 29 itens que abordam quatro domínios: a função física, a função emocional, a habilidade de "*coping*" e a satisfação com o tratamento. Para o processo de tradução e validação do instrumento, foi utilizado o modelo proposto por GUILLEMIN (1995), que consiste das seguintes fases: tradução inicial do instrumento original; retrotradução; revisão por comitê de juízes, pré teste e validação transcultural realizado por meio de análise da consistência interna e validação discriminante. O SOLDQ foi aplicado a 47 pacientes portadores de DPOC, assistidos no Ambulatório de Clínica Médica do HU-USP e em 48 indivíduos referidos como "sadios". Os resultados obtidos por meio do coeficiente alfa de Cronbach, para a verificação da consistência interna em cada domínio foram: função física $\alpha = 0,94$; função emocional $\alpha = 0,64$; habilidade de "*coping*" $\alpha = 0,63$, nesse domínio foi excluída uma questão do instrumento original e satisfação com o tratamento $\alpha = 0,72$. O teste "*t*" de Student mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios: função física; função emocional e habilidade de "*coping*" entre os dois grupos estudados, definindo sua função discriminante em pacientes portadores de DPOC. O instrumento final SOLDQ validado para o português constitui-se de seis questões e 28 itens.

ABSTRACT

Translation for the portuguese and description of the process of validation of Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire - SOLDQ

The chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive disease and interferes in the quality of life (QoL) of the patients with disease. There is in the international literature a specific instrument to measure the patients' QoL. with COPD, the Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ). It is an instrument with 29 items that approaches four domains: the physical function, the emotional function, the coping skills and treatment satisfaction. The model proposed by GUILLEMIN was used (1995) for the translation process and validation of the instrument. That consists of the following phases: translation of the original instrument, the back-translation, committee review, pre-testing and cross-cultural validity accomplished by means of analysis of the consistency interns and its validation discriminate. SOLDQ was applied to two different groups: 47 patient with COPD, attended in the out-standing patients of internal medicine of University Hospital, University of Sao Paulo and to 48 individuals referred as "healthy." The results obtained by means of the coefficient alpha of Cronbach, for the verification of the consistency intern in each domain were: physical function $\alpha = 0,94$; emotional function $\alpha = 0,64$; coping skills $\alpha = 0,63$. In the domain coping skills were excluded one question of the original instrument and treatment satisfaction $\alpha = 0,72$. The test "t" of Student showed that there is a significant statistical difference in the averages of the domains: physical function, emotional function and coping skills between the two studied groups, defining its function discriminate in patients with COPD. The final instrument SOLDQ validity for the Portuguese idiomatic was of questions and 28 items.

Key words: Obstructive lung disease; Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Interesse pelo tema

Desde o início da minha carreira profissional presto assistência em Unidade de Clínica Médica, onde cuido de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Meu contato com estes pacientes é bastante freqüente porque apresentam várias reinternações. Tal proximidade, no início, foi dificultosa pois, com pouca experiência profissional, sentia-me insegura ao lidar com indivíduos acometidos por patologias que causavam sofrimento. Com o passar do tempo, fui vencendo as dificuldades e a insegurança e transformando esta experiência, em fonte de aprendizado. A primeira impressão que eu tive em relação à vida daqueles doentes era que, embora a enfermidade não lhes tivesse tirado a vida, tinha-lhes estabelecido importantes limitações.

A tristeza, muitas vezes presente e estampada em seus rostos, acrescida do inconformismo, eram freqüentemente ressaltados em suas falas, tais como: *"... hoje, dependo do dinheiro de minha esposa, para mim isto é muito ruim, pois antes eu que mantinha as despesas da casa..."; "... não consigo mais andar, a minha vida está sendo da cama para esta poltrona, onde passo a maior parte do dia e depois da poltrona para a cama..."; "... não consigo fazer mais nada..."*.

Durante a realização do curso de pós-graduação, em nível Mestrado, realizei um estudo intitulado "Demanda Terapêutica e Déficits de Autocuidado em Pacientes Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica", baseado na Teoria de Dorothea E. Orem. Verifiquei que esta doença provoca alterações estruturais na vida

desses pacientes, acarretando uma série de problemas de ordem física, psicológica, econômica e sócio-cultural (GUTIERREZ, 1997).

Neste contexto, senti que não poderia perder a oportunidade de transformar este interesse em necessidade de pesquisar a qualidade de vida destas pessoas.

1.2. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A condição crônica é definida por BIRCHENALL; STREIGHT(1993) como tendo uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa uma incapacidade residual, é causada por uma alteração patológica irreversível, requer treinamento especial do paciente para sua reabilitação e requer período de supervisão, observação e cuidado.

IDE e CHAVES (1992), referem que algumas doenças crônicas já eram identificadas na antigüidade e que não são exclusivas do homem contemporâneo. Ressaltam, no entanto, que houve um crescimento mundial fantástico destes tipos de doenças nos últimos 100 anos, acentuando-se nas últimas quatro décadas, em decorrência da aceleração do desenvolvimento industrial e urbano.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela presença de obstrução do fluxo de ar em decorrência de bronquite crônica ou enfisema pulmonar. A obstrução do fluxo de ar é geralmente progressiva e parcialmente reversível acompanhada de hiper-reatividade de vias aéreas. A American Thoracic Society (1995) define a bronquite crônica pela presença de tosse produtiva durante mais de três meses, por dois anos consecutivos, e que são

características específicas dessa doença. O enfisema pulmonar, descrito por PRIDE; STOCKLEY (1996), caracteriza-se pelo aumento do espaço distal do bronquíolo terminal, acompanhado da destruição da parede do bronquíolo sem fibrose aparente.

Segundo HIGGINS; THOM (1990), o perfil epidemiológico de DPOC não é totalmente conhecido. Estima-se que aproximadamente 14 milhões de pessoas nos EUA são acometidas por DPOC, sendo que destas, cerca de 12,5 milhões eram, anteriormente, portadoras de bronquite crônica 1,65 milhão de enfisema pulmonar. A DPOC, de acordo com FEINLIEB et al (1989), representava nesta época a 5ª causa mais comum de morte nos EUA.

GOLDSTEIN et al (1997) apontam a DPOC como sendo o maior problema de saúde pública, pois sua história natural é progressiva para a incapacidade e morte, devido à falência respiratória, às vezes, num curto espaço de tempo.

Na Suíça, de 5 a 8% de todos os pacientes portadores de DPOC são tratados anualmente em programas multidisciplinares de reabilitação para pacientes com disfunção pulmonar. É considerada como o maior problema de saúde e a principal causa de morbimortalidade (BUCHI et al, 1997).

No Brasil, não existem dados disponíveis em relação a morbimortalidade da DPOC. O único dado existente publicado pelo IBGE (1997), corresponde ao ano de 1995, quando aproximadamente 9,3% da população morreu em decorrência de doenças do aparelho respiratório.

Os fatores de risco mais importantes para a DPOC são: o uso de cigarros, a exposição a ambientes poluídos, os danos ocupacionais e a deficiência da enzima Alfa I - antitripsina (AAT) (STANDARDS, 1995). Corroborando esta afirmação a American Thoracic Society (1995), refere que os fumantes apresentam um alto

coeficiente de mortalidade por bronquite crônica e enfisema pulmonar, também apresentam alta prevalência de anormalidades das funções pulmonares, sintomas respiratórios e predisposição para a doença pulmonar obstrutiva crônica. Refere ainda, que o alto nível de poluição na região urbana é prejudicial para pessoas com doença cardíaca e pulmonar. Entretanto, o papel da poluição ambiental é pequeno, quando comparado aos efeitos do cigarro sobre a etiologia da DPOC. Quanto aos fatores ocupacionais, estes podem aumentar o nível de prevalência da obstrução crônica do fluxo de ar, pois diminuem a taxa do volume expiratório forçado (FEV₁) e aumentam a mortalidade de pacientes com DPOC. A interação entre fumantes e riscos ocupacionais, devido às substâncias aéreas existentes no ambiente de trabalho, aumentam o risco para DPOC, sendo que, o efeito do cigarro prevalece também sobre os danos ocupacionais. A deficiência da enzima Alfa I - antitripsina (AAT) acomete menos de 1% dos pacientes portadores de DPOC, nos EUA .

Para JONES (1991) e HARPER et al (1997), a DPOC é uma condição associada a um alto nível de incapacidade, sendo o seu tratamento paliativo, direcionado apenas para reduzir a exacerbação aguda e para o impacto da limitação na vida destes pacientes.

Considero que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental de apoio e assistência, aos portadores de DPOC, uma vez que é ela quem detecta, com maior frequência, os problemas e as limitações descritas pelos autores. Os enfermeiros e os pesquisadores interessados nos cuidados com a saúde centram cada vez mais, sua atenção na medida dos efeitos e das conseqüências que estes cuidados têm sobre a saúde dos pacientes.

1.3. Os pacientes portadores de DPOC

Segundo REMEN (1993), a doença provoca a interrupção dos padrões de hábitos vivenciados pelos indivíduos, podendo despertar em algumas pessoas, uma maior necessidade de autocompreensão e a redefinição daquilo que é mais importante para elas, valorizando assim os hábitos mais simples.

Outro aspecto que se torna presente na vida dessas pessoas é a iminência da morte ou a "morte anunciada". No entanto, os indivíduos reagem de maneiras diferentes diante do processo de adoecer. Alguns se retraem e experienciam o medo, outros porém, começam a valorizar o tempo que ainda dispõem e passam a enxergar a vida e o ato de viver de maneira mais plena e adaptada.

SILVA (1990), realizou um estudo com indivíduos em condição crônica de doença, onde todos os participantes revelaram mudanças na sua maneira de viver, decorrentes desta condição. Os pacientes entrevistados referiram-se à condição crônica como sendo uma ameaça para suas vidas e sua aparência. A ameaça, segundo a autora, implica na antecipação de um evento perigoso para o indivíduo, cuja ocorrência poderia causar sofrimento físico ou mental.

Citados por HERBERT; GREGOR (1997), STRAUSS et al (1984) discutem o processo que os doentes crônicos vivenciam para normalizar suas vidas aceitando as restrições no estilo de vida, no decorrer do tempo. Para os autores, a instalação gradual da doença, como a DPOC, favorece o ajustamento às perdas das funções corporais e as mudanças da auto imagem. É o processo contínuo de avaliação e reavaliação, significação e resignificação que leva o indivíduo a uma mudança de identidade, para o qual lança mão de estratégias intrínsecas e extrínsecas, que conduz a um estado de adaptação - "*coping*". Todo esse processo acontece sob a influência

da visão de mundo herdada e adquirida, por meio da experiência, na história de vida de cada um, sob a influência das crenças, dos valores e das predisposições.

Para OLIVIERI (1985), a doença constitui uma ruptura entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto. Existem certas doenças que são passageiras e outras crônicas. Na presença da cronicidade, observa-se que a pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver, fato este bastante marcante no paciente portador de DPOC.

A forma pela qual os indivíduos enfrentam as suas experiências de saúde e doença são profundamente marcadas por suas crenças e valores (KLEINMAN et al, 1978; LEININGER, 1978; HELMAN, 1994).

LEA (1993), considera que as pessoas percebem, experimentam e lidam com a doença com base em suas próprias percepções e nas percepções dos outros e, que tais percepções, são afetadas pelas dimensões emocionais, sociais, comportamentais e religiosas do indivíduo.

ALBERT (1976), afirma que, nós escolhemos nossos problemas, avaliamos as soluções e optamos por uma das alternativas, processo este influenciado por componentes de caráter valorativo. Este autor, salienta ainda, que "novas idéias e novas experiências podem levar-nos a reestruturar, de alguma forma, o nosso sistema cognitivo, e do mesmo modo, a modificar o nosso sistema de valores".

Considerando que a DPOC é uma doença crônica que impõe mudanças na vida das pessoas, ALONSO et al (1992), verificam que os pacientes com DPOC apresentam uma importante deterioração do seu estado de saúde, quando

comparados à população em geral. Esta deterioração é marcada por alterações de energia, por distúrbios do sono e por dificuldades de mobilidade.

OSMAN et al (1997), constataram uma qualidade de vida precária nos pacientes com DPOC, pelo risco aumentado para a hospitalização, principalmente, naqueles que já tiveram uma internação hospitalar, devido a diminuição dos seus níveis fisiológicos e pela utilização de oxigenioterapia no domicílio. Neste estudo observaram que as mulheres com DPOC, sofreram maior impacto, conviveram com mais restrições em suas atividades e apresentaram, significativamente, mais sintomas da doença que os homens. Os autores afirmam que pesquisas com pacientes com DPOC são importantes e sugerem que evidências científicas fundamentem a conduta clínica.

Para NARETTO (1994) e GOLDSTEIN et al (1997), os pacientes com doenças pulmonares crônicas constituem um grande número de pessoas que procuram repetitivamente os serviços de saúde, ocasionando forte pressão assistencial. Isto se deve às freqüentes exacerbações da patologia de base e ao controle inadequado do problema saúde, acarretando reincidência nas suas consultas.

NARETTO (1994) esclarece que um dos fatores mais importantes nesta situação é a falta de educação aos pacientes, pois estes não seguem as orientações de forma correta, o que leva à inadequação no uso de medicamentos, resultando numa maior procura dos serviços médicos e requerem hospitalizações mais freqüentes devido ao agravamento de suas moléstias.

MURATA et al (1992), referem que o objetivo da hospitalização do paciente portador de DPOC é controlar a descompensação aguda e as condições de

morbidade, bem como prevenir futuras complicações e readmissões, que ocorrem em 7% dos pacientes, num período de duas semanas pós-hospitalização. Enfatizam ainda, que estes pacientes demandam educação sobre a natureza de sua patologia, bem como, sobre o uso correto de medicação, a adaptação das atividades rotineiras e a adoção de condutas em situações de emergência.

No estudo de SEEMUNGAL et al (1998), 16% dos 70 pacientes estudados, portadores de DPOC moderada e severa, foram reinternados no intervalo de doze meses, devido a exacerbação da doença.

O cuidado prestado a estes pacientes deve incluir o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado, visando prevenir ou minimizar as complicações decorrentes da patologia.

1.4. Profissionais que assistem aos pacientes portadores de DPOC

Os médicos, as enfermeiras, os fisioterapeutas, os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, as assistentes sociais e os pesquisadores interessados nos cuidados a pacientes portadores de doenças crônicas, centram cada vez mais sua atenção na medida dos efeitos e nas conseqüências destes cuidados sobre a saúde. A conceituação e a medida destas conseqüências são ainda controvertidas. Atualmente, há um consenso que medidas válidas de qualidade de vida relacionada à saúde, devam ser usadas para avaliar as intervenções sanitárias. Muitos dos indicadores existentes refletem o modelo da "doença". Este trata da concepção biomédica na qual a anormalidade é definida por um conjunto de sinais e sintomas. A "má saúde" de um indivíduo está indicada pela presença da dor, pelo mal estar e pelas alterações das funções habituais. As doenças são, na verdade, o resultado das

anormalidades biológicas, porém não exclusivamente. Há que se considerar a experiência da doença. Por outro lado, uma pessoa pode sentir-se enferma sem que haja uma condição capaz de ser detectada por meio de medidas clínicas. Assim sendo, as respostas sintomáticas não são suficientes, quando os pacientes são tratados por condições crônicas. A terapia deve valorizar além das condições físicas, as condições psicológicas e sociais (BOWLING; 1994).

Esta concepção pressupõe uma alteração na abordagem terapêutica por parte dos profissionais da área de saúde, e sugere uma reformulação no conceito do processo de saúde-doença e do cuidar.

FEI; MURATA (1994), salientam outro aspecto que se refere à prevenção. Consideram que é de responsabilidade médica tratar as doenças respiratórias e estabelecer ou reverter os eventos pulmonares agudos para prevenir a DPOC. Esses autores consideram que a educação tem papel primordial na interrupção do avanço da doença ao lado da terapêutica e da reabilitação. Restaura-se assim a capacidade funcional do paciente e proporciona-se-lhe um aumento na qualidade de vida.

Ao acreditar que o indivíduo em condição crônica consegue ser saudável, na medida que, atinja resultados efetivos e desejados no alcance de seus objetivos, devemos salientar a importância do papel do enfermeiro na repadronização dos comportamentos destes indivíduos diante da vida e do ser doente.

Segundo GUALDA (1998), a condição crônica do cliente propicia circunstâncias de interação e convívio com os profissionais. Assim sendo, todos os momentos devem ser aproveitados para se explorar as possibilidades de escolha e criar condições de mudanças quando e onde necessárias, em busca de uma melhor qualidade de vida, apesar da doença.

PINCKNEY; GERBER; LAFAVE (1991) afirmam que a qualidade de vida é um elemento importante na avaliação e no planejamento da assistência, podendo contribuir para a efetivação de uma prática direcionada para o atendimento das necessidades reais do indivíduo acometido pela doença.

GALERA; TEIXEIRA (1997) ressaltam que o relacionamento interpessoal doente-profissional de saúde é considerado um fator importante para a qualidade de vida, na opinião de doentes e de seus familiares. Reforçam a idéia de que profissionais envolvidos na assistência direta devem estar atentos e preparados para avaliar ou modificar a qualidade de suas interações com o cliente.

1.5. Qualidade de vida e o paciente portador de DPOC

A qualidade de vida é determinada tanto objetiva quanto subjetivamente, em mais que uma dimensão, envolvendo componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual.

MEEBERG (1993) refere que na revisão da literatura estão evidentes quatro atributos que compõem o conceito de qualidade de vida: o sentimento de satisfação com a vida em geral; a capacidade mental do indivíduo de avaliar se sua vida é satisfatória ou não; as referências do indivíduo demonstrando aceitação do seu estado de saúde física, mental, social e emocional; e a avaliação objetiva, por outra pessoa, considerando que as condições de vida são adequadas e não constituem ameaça para o indivíduo.

BOWLING (1995) afirma que o conceito de qualidade de vida é mais amplo que o estado de saúde pessoal, pois inclui o bem estar social.

LEVINE (1995) considera que a qualidade de vida relacionada à saúde emergiu da preocupação dos políticos americanos, dos cientistas, dos profissionais da saúde e do público em geral. As habilidades para definir e mensurar a qualidade de vida têm progredido consideravelmente, graças aos esforços de pequenos grupos de pesquisadores altamente dedicados, principalmente, do campo dos serviços de saúde e das ciências sociais. Apesar dos esforços, o conhecimento encontra-se desequilibrado e fragmentado, e não tem beneficiado as demandas públicas e privadas. Esta autora, lembra que existe ainda confusão sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e o tópico mais amplo sobre a qualidade de vida e os componentes apropriados dos instrumentos de mensuração. Além disso, os pesquisadores não têm prestado atenção suficiente ao funcionamento do papel social e ao significado da qualidade de vida nos contextos sociais particulares.

Para BOWLING (1995) o conceito mais específico sobre qualidade de vida relacionada à saúde é uniformemente nebuloso. A literatura e as escalas que pretendem mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde, limitam-se a abordar os aspectos relacionados aos seguintes componentes: habilidade funcional incluindo o papel de atividades tais como as domésticas e retorno ao trabalho; a posição e a qualidade social da interação com a comunidade; o bem estar psicológico; as sensações somáticas como a dor; os sintomas, o ajustamento, a habilidade de "*coping*" e a satisfação de vida. A autora coloca que o conceito de qualidade de vida não é novo para a clínica e que há algum tempo vem sendo desenvolvida a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde, porém de forma ainda imatura e limitada à atividade e retorno ao trabalho. Contudo, a dimensão relevante

sobre a qualidade de vida relacionada à saúde mostra estar incluída nas escalas de mensuração, porém é ainda subjetiva e sujeita a debates vigorosos e divergentes.

Em relação a saúde, doença e qualidade de vida, LEVINE (1995) enfatiza os seguintes pontos:

- as medidas biológicas, fisiológicas ou clínicas são cruciais, mas não são suficientes para suprir a informação sobre a qualidade de vida relacionada à saúde;
- devemos obter mais informações sobre o estado de saúde dos indivíduos os quais tentamos compreender;
- a satisfação da pessoa com seu estado de saúde ou qualidade de vida será influenciada, fortemente, por suas expectativas e comparações;
- desempenho do papel é um componente essencial da qualidade de vida relacionada à saúde;
- desempenho do papel é de dimensão multivariada de vida, requerendo medidas refinadas e apropriadas aos contextos sociais e culturais específicos dos indivíduos;
- contexto social e cultural no qual as pessoas vivem, é um determinante central do significado da saúde, doença e qualidade de vida da pessoa;
- os estudos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde têm focalizado essencialmente os efeitos das intervenções de saúde;
- considerando a relação entre determinantes sociais e qualidade de vida relacionada à saúde, precisamos aprofundar nossa compreensão nas causas, bem como ampliar a nossa compreensão sobre a qualidade de vida relacionada à saúde.

A incorporação da preocupação com a qualidade de vida na área da saúde deu-se a partir do impacto da transição epidemiológica com o crescimento da população mais idosa e a importância crescente das doenças crônico-degenerativas. O aumento da expectativa de vida, assim como o simples acesso a serviços de saúde não são suficientes para determinar a qualidade de vida. É necessário que estes números tenham consistência e expressem um significado, isto é, não basta viver, é preciso viver bem.

A produção científica internacional tem apresentado diversas pesquisas abordando a qualidade de vida dos portadores de DPOC, o que demonstra a importância do tema.

WIJKSTRA et al (1994) salientam que pacientes com DPOC usualmente apresentam um decréscimo na tolerância aos exercícios físicos e na qualidade de vida.

Para a AMERICAN THORACIC SOCIETY (1995) muitos pacientes com DPOC experienciam ansiedade, depressão, fadiga, dificuldade de enfrentamento e preocupações somáticas, sintomas estes que podem estar relacionados com a dispnéia. Inabilidade para o trabalho e decréscimo na capacidade de participação social, de recreação e de atividade sexual, são comuns e freqüentes para induzir a depressão. A intervenção psicossocial, amparada pela família e amigos, e as intervenções de suporte, como técnicas de administração do estresse, incluindo estratégias de relaxamento e de aproximação cognitiva para o enfrentamento com mudança emocional, são consideradas importantes para a reabilitação destes pacientes.

JONES; QUIRK; BEAVEYSTOCK (1991) ao mensurarem a qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar, observaram o impacto dos efeitos sociais e psicológicos na vida destes indivíduos.

RENWICK; CONNOLLY (1996); ENGSTRÖM et al (1996) mostram que, devido a obstrução do ar, os pacientes com DPOC apresentam uma disfunção emocional significativa e uma limitação das atividades, alterando assim sua qualidade de vida. Também para OKUBADEJO et al (1997), as atividades da vida diária dos pacientes com DPOC estão relacionadas com a depressão e o estado de saúde.

Embora a relação entre ansiedade, depressão e percepção da saúde, em pacientes com doença respiratória, seja evidente, é complexa e, ainda pouco estudada (JONES, 1991).

Neste contexto é importante ressaltar que os pacientes com doença pulmonar, geralmente, apresentam alto nível de morbidade psicológica (DALES et al; 1989). No entanto, CURTIS; DEYO; HUDSON (1994), ao avaliarem a qualidade de vida de pacientes com DPOC, por meio do Questionário Health Related Quality of Life (HRQL) não conseguiram elucidar se a depressão e a ansiedade causam, ou não, um decréscimo na qualidade de vida destes pacientes. Ressaltaram que, parece existir um complexo de fatores interdependentes, porém é evidente que tratando da depressão e da ansiedade pode melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

GIFT et al (1993) salientam que a depressão dificulta muitas doenças crônicas, mas é freqüentemente preterida clinicamente pelas necessidades físicas do paciente. Este problema é significativo, tendo a estimativa de afetar 12,6% dos pacientes em geral, estando presente em 42% dos pacientes com DPOC. Apesar das

manifestações da depressão serem comuns nos pacientes com DPOC, e normalmente reconhecidas como doença, raramente são avaliadas ou tratadas.

A enfermeira tem condições de reconhecer e de avaliar a depressão em pacientes com DPOC podendo propor intervenções apropriadas para amenizá-la e, conseqüentemente, propiciar uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

A enfermagem trabalha com as reações dos clientes relacionados aos problemas de saúde, interessa-se pelos efeitos da doença e dos problemas de saúde sobre a vida dos clientes. Essas reações humanas são dinâmicas em sua natureza e vão se modificando na medida que os clientes e suas famílias evoluem, ao longo do processo saúde-doença.

A doença deve ser enfrentada como qualquer experiência humana, um processo contínuo de aprendizado e de crescimento, no qual o cliente e sua família, necessitam modificar os seus comportamentos, sempre que necessário, visando uma melhor qualidade de vida, apesar da doença.

DEW;SIMMONS (1990) ressaltam que os médicos e os demais profissionais da saúde devem respeitar a importância da qualidade de vida das pessoas, considerando, não somente, o tempo absoluto de sobrevivência dos seus pacientes, mas a qualidade desta sobrevivência. Para isto, devem desenvolver pesquisas sobre qualidade de vida, na tentativa de aumentar o domínio e a maturidade destas pesquisas.

Esse novo enfoque deve predominar nos conhecimentos, e nas habilidades dos profissionais da área de saúde, bem como, oferecer uma visão geral do contexto de atuação, garantindo um forte compromisso social.

Sob esta ótica, deve-se considerar a necessidade das organizações de saúde adaptarem-se às necessidades de um país em transformação, no qual a cidadania vem sendo resgatada dia a dia.

Neste contexto, as organizações de saúde e os profissionais que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e de inovação, melhorando a capacidade de adaptação às novas mudanças observadas no mundo atual. Deve-se procurar desenvolver os conhecimentos e as habilidades necessárias e a melhor forma de transmiti-las visando ajustar o profissional à realidade atual e prepará-lo para acompanhar as próximas transformações.

1.6. Mensuração da Qualidade de Vida

Inicialmente o conceito de qualidade de vida era utilizado apenas pelos filósofos e poetas, no entanto nos dias atuais, os médicos e pesquisadores também estão interessados em transformá-lo numa medida quantitativa que possa ser utilizada nos ensaios clínicos e nos modelos econômicos (BOWLING e BRAZIER, 1995).

Nas duas últimas décadas, um número considerável de questionários, têm sido empregados para mensurar a saúde, referentes aos aspectos físico, mental e social. HUNT (1995), coloca que mais recentemente os trabalhos têm dado um novo impulso a esta área de conhecimento, demonstrando novas formas de mensurar a qualidade de vida dos indivíduos.

Muitos dos instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida tiveram origem nos EUA ou na Inglaterra, conseqüentemente derivam da língua

inglesa. Recentemente outros países estão desenvolvendo trabalhos relacionados a qualidade de vida.

No Brasil, três instrumentos genéricos foram traduzidos e validados para avaliar a qualidade de vida de pacientes. FLECK et al (1997), realizaram a validação para o português do instrumento - WHOQOL-100 (The World Health Health Organization Quality of Life Assessment); CICONELLI (1997) desenvolveu a versão para o português do instrumento - SF-36 (The Medical Outcomes Study- Short Form Health Survey, 1992), ao utilizá-lo em pacientes portadores de artrite reumatóide e recentemente, KIMURA (1999) validou o instrumento "Quality of Life Index" aplicando-o em clientes egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva.

CICONELLI (1997) cita que os pesquisadores possuem duas opções para utilizar instrumentos de avaliação da qualidade de vida; uma delas é a de desenvolver uma nova medida, o que exige maior consumo de tempo e de investimento, quer seja no âmbito pessoal, como no financeiro; a outra é a de utilizar os instrumentos já existentes, desde que, satisfaçam às exigências e possuam boa qualidade.

Ao optar pelo instrumento já construído, é necessária a realização da tradução, a adaptação transcultural e a validação desses instrumentos, pois, diferenças culturais podem estar presentes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; HUNT, 1998; OSOBA, 1998).

HUNT (1998) afirma que ao considerar a adaptação transcultural, a intenção não é comparar os resultados transculturalmente, mas sim apropriar-se do instrumento e adaptá-lo para ser usado em outros idiomas e culturas. Assim, a

estrutura padrão do trabalho original é usada meramente para conduzir metodologicamente a produção dos itens culturalmente apropriados, evitando-se, os problemas técnicos, conceituais ou éticos que possam surgir. Além disso, para ser seguro, é necessário, que fenômenos da mesma natureza sejam avaliados em cada região.

HUNT (1998) afirma ainda, que a expansão da tecnologia moderna e a globalização da educação médica, têm ocasionado uma tendência de ignorar as variações culturais. As forças culturais podem influenciar os fatores relevantes relacionados à medida de saúde:

- atividades desenvolvidas, incluindo as maneiras de consumir o tempo de trabalho, de lazer ; interação com familiares, amigos e estranhos, incluindo reações sobre o “eu” e outros significados para a doença e para os cuidados médicos;
- valores relativos atribuídos às atividades, aos relacionamentos, à força física, à saúde, à independência e ao trabalho;
- expectativas ligadas às atividades e aos valores, sobre o que é considerado bom, ou sadio e o que determina a procura de cuidados médicos. Estas expectativas também interagem com as percepções de dor, de desconforto e de outros sintomas mais sérios .

É importante ressaltar que estes fatores são influenciados pelo sexo, idade, religião e situação sócio-econômica de cada grupo.

1.7. Mensuração da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de DPOC

Pelo fato de ainda não existir um único instrumento que possa avaliar os aspectos subjetivos e objetivos do indivíduo, o pesquisador precisa escolher o

instrumento que alcance os seus objetivos, que seja prático e que venha ao encontro das necessidades da população estudada (BELL; BOMBARDIER; TUGWELL, 1990; OSOBA, 1998).

Vários instrumentos e índices têm sido propostos e aplicados com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores das mais variadas patologias, inclusive para os pacientes com DPOC (GUYATT,1995; GUYATT et al, 1997).

Na literatura internacional foram usados vários instrumentos ou questionários, tanto genéricos, como específicos, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DPOC. É comum encontrar estudos realizados com pacientes com DPOC, onde os pesquisadores utilizaram simultaneamente vários instrumentos genéricos e/ou específicos. Dentre estes instrumentos podemos citar:

- *Short Form-36 (SF-36)* é um instrumento genérico composto por 36 itens englobados em oito escalas: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar). Está traduzido nos seguintes idiomas: alemão, espanhol, francês, sueco, inglês - Reino Unido e português (MAHLER; MACKOWIAK, 1995).
- *Nottingham Health Profile (NHP)* é um instrumento genérico que mede o status de saúde do indivíduo. É constituído por 38 itens que abrangem seis dimensões

de saúde: energia; dor; reações emocionais; sono; isolamento social e mobilidade física, com alternativas sim ou não. Foi desenvolvido no Reino Unido durante a década de 70, no entanto, já está traduzido e validado na língua inglesa, espanhola, francesa, alemã e italiana (ALONSO et al 1992; SCHAYCK et al,1992; SCHAYCK et al, 1995; TSUKINO et al, 1996).

- *Inventory of Subjective Health (ISH)* é um instrumento genérico que contém 21 itens que se referem às percepções subjetivas de queixas, como: fadiga; problemas cardíacos, pulmonares e gástricos; entre outros. As queixas podem ser agrupadas de acordo com o órgão do corpo humano afetado. Este instrumento foi validado na língua alemã. (SCHAYCK et al, 1992; SCHAYCK et al, 1995) .
- *The Sickness Impact Profile (SIP)*, este instrumento é genérico e avalia o impacto que a doença causou no corpo físico e na função emocional, contém 136 itens divididos em dois domínios: físico e psicossocial, que se subdividem em 12 categorias: sono e repouso, alimentação, trabalho, atividade doméstica, recreação, deambulação, agilidade, comportamento emocional e comunicação. Este instrumento é de origem da língua inglesa e não foi traduzido, nem validado em outra língua (JONES et al, 1992; RUTTEN-Van; DOORSLAER; JANSEN, 1995).
- *St George's Respiratory Questionnaire (SGRE)*, este instrumento é específico, composto por 76 itens que estão divididos em três partes: sintomas, atividades e impacto (social e distúrbios psicológicos). A primeira parte mede a severidade e a frequência dos sintomas respiratórios; a segunda está relacionada às atividades

que desencadeiam a dispnéia ou aquelas que estão limitadas pela doença e a última refere-se ao impacto na função social e psicológica como resultado da doença, que pode afetar as atividades da vida diária e os sentimentos causando às vezes, estereótipos sociais. Este instrumento tem origem na língua inglesa, porém já foi traduzido e validado para o espanhol, alemão, japonês e italiano (JONES; QUIRK; BAVEYSTOCK, 1991; JONES, 1995; FERRER et al, 1996; KETELAARS et al, 1996; TSUKINO et al, 1996; SHOUP et al, 1997; OSMAN et al, 1997; EISER et al, 1997; THI et al, 1997; SEEMUNGAL et al, 1998).

- *The Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)* é um instrumento específico, constituído por 20 itens que verificam a função física e emocional, está dividido em quatro categorias: dispnéia; fadiga; auto-eficiência e habilidade de "coping". Ao verificar a função física é solicitado ao paciente que quantifique cinco atividades físicas relacionadas a sua dispnéia e que são importantes no seu dia a dia. A auto-eficiência e habilidade de "coping" incluem questões relacionadas à depressão, ansiedade e pânico, ocasionados nos momentos de dispnéia. A mensuração é realizada por meio de uma escala analógica que varia de 0,5 a 7. Este instrumento tem origem na língua inglesa, porém já foi traduzido e validado para o espanhol (WIJKSTRA et al, 1994; TSUKINO et al, 1996; HARPER et al, 1997).
- *Quality of Life for Respiratory Illnesses Questionnaire (QOL-RIQ)* é um instrumento específico, formado por 55 itens e dividido em sete domínios: problemas respiratórios; problemas físicos; emocionais; aumento dos problemas

respiratórios devido a certas situações; atividades de vida diária e doméstica; atividades sociais; relacionamento familiar e sexualidade. Este instrumento tem origem na língua inglesa, porém já foi traduzido e validado para o alemão (MAILLÉ; KONING; KAPTEIN, 1994; MAILLÉ et al, 1997).

- *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ)* é um questionário com 29 itens específicos aplicado a pacientes portadores de doença pulmonar, os itens são classificados em quatro domínios de saúde: função física, função emocional, habilidade de "coping" e satisfação com o tratamento (TU et al, 1997).

Neste instrumento os itens referentes à escala de medida da função física relacionada a dispnéia e a extensão da limitação física derivou do Medical Outcomes Study Short-Form (SF-36) e a escala de medida de habilidade de "coping" foi modificada do Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) e os demais itens foram elaborados pelos próprios autores (TU et al, 1997).

Os autores afirmam que para o desenvolvimento do SOLDQ foram empregadas medidas rigorosas relacionadas à consistência interna, confiabilidade, validade e reprodutibilidade. Estes autores basearam-se nas dimensões de saúde relatadas sobre a DPOC e selecionadas de pesquisas realizadas em pacientes portadores de DPOC; informações na literatura médica e experiências clínicas efetuadas por grupos de pesquisadores. Os sujeitos deste estudo foram predominantemente do sexo masculino (95%), com idade média de 70 anos.

O teste piloto para a formação do SOLDQ foi aplicado em aproximadamente 20 pacientes com a finalidade de verificar a compreensão das questões, o formato e a facilidade de auto-administração do questionário. Muitas

questões após serem revisadas foram reformuladas e outras deletadas, sendo que a versão final do SOLDQ consiste de 29 itens com duração de preenchimento que varia de 5 a 10 minutos.

A confiabilidade do SOLDQ foi avaliada em 203 pacientes portadores de doença pulmonar crônica, pertencentes a um centro médico de Seattle, por meio da consistência interna aplicando-se o coeficiente α de Cronbach. Os resultados encontrados para os domínios foram: função física com $\alpha = 0.93$; função emocional $\alpha = 0.79$; habilidade de "*coping*" $\alpha = 0.82$ e satisfação com o tratamento $\alpha = 0.90$.

Para avaliar a validade de constructo, as escalas do SOLDQ foram correlacionadas com as escalas do Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ), com as escalas do COPD Self-Efficacy Scale (CSES), com o instrumento Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), também com os resultados dos testes de prova de função pulmonar (Fluxo de volume expiratório em um segundo) e com o teste de caminhada de seis minutos.

O SOLDQ foi o instrumento específico escolhido pela pesquisadora deste estudo, em função dos resultados obtidos pelos seus autores, por ser de fácil compreensão e principalmente por não demandar tempo prolongado para a sua aplicação.

Em nosso meio, as pesquisas sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC merecem um enfoque mais apurado, em função da inexistência deste tipo de abordagem. É evidente a necessidade de desenvolvimento do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a influência da doença na qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC, sendo crucial para o profissional de saúde, paciente e sua família, desenvolverem juntos métodos positivos e adequados de

intervenção. Entretanto, na realidade brasileira pouco se conhece sobre a qualidade de vida destes pacientes.

Desta maneira ao realizar esta pesquisa com pacientes portadores de DPOC, pretendo contribuir, com o desenvolvimento de conhecimentos na avaliação da Qualidade de Vida, por meio de identificação de condições que favoreçam uma melhor assistência, tanto no âmbito hospitalar como no domicílio, respeitando suas histórias de vida permeadas por crenças e valores.

2 . OBJETIVOS

- realizar a versão do Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ) para a língua portuguesa;

- verificar as propriedades de medida do SOLDQ visando a sua utilização como instrumento específico de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros portadores de DPOC.

3. MÉTODO

3.1. Caracterização do local de estudo

O estudo teve como referência o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), para o qual obtivemos a anuência e incentivo da Diretoria do Departamento de Enfermagem (DE) do HU-USP, autorização da Comissão de Ensino e Pesquisa e a aprovação da Comissão de Ética de Enfermagem do HU-USP.

O HU-USP, foi inaugurado em 1981 e tem como objetivos o ensino, a pesquisa e a extensão da assistência à saúde à comunidade. Localizado no campus da USP, na zona oeste, da cidade de São Paulo, o HU-USP dispõe de 308 leitos distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. É um hospital regionalizado, da rede pública estadual, de atenção secundária. A população atendida é constituída pela comunidade USP que compreende: corpo discente, docente, servidores da universidade e seus dependentes, totalizando aproximadamente 150.000 habitantes e, a população da região do Butantã, estimada em 750.000 habitantes.

O organograma do HU-USP tem em sua estrutura organizacional dois departamentos: o médico e o de enfermagem.

O DE tem efetiva participação no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais, sendo composto por 713 funcionários, distribuídos em quatro divisões: a Divisão de Enfermagem Médica (DEM), a Divisão de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEC), a Divisão Materno-Infantil (DEMI) e a Divisão de Pacientes Externos (DEP). Agrega, ainda, o Serviço de Apoio Educacional (SEd), responsável

pela seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de pessoal e pela Escola de Auxiliares de Enfermagem (EAE).

O DE tem como filosofia a assistência de enfermagem individualizada, fundamentada no Processo de Enfermagem de Wanda Horta e no conceito de Autocuidado de Dorothea Orem e articula-se de forma contínua com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A coleta de dados, foi realizada no domicílio dos pacientes portadores de DPOC, agendados na Seção de Ambulatório - Clínica Médica do HU-USP e atendidos no período de fevereiro a agosto de 1999. O ambulatório localiza-se no segundo andar do hospital, tendo em sua área física 47 consultórios, com a média diária de atendimento de 300 pacientes.

3.2. Operacionalização do estudo

A operacionalização do estudo fundamentou-se na proposta de GUILLEMIN (1995), descrita a seguir (quadro 1).

Quadro 1 - Operacionalização do estudo

3.2.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Anexo I) apresenta duas partes distintas: a primeira foi composta por dados de identificação do paciente (nome, idade, sexo e registro hospitalar), características sociais (estado civil, ocupação e convívio domiciliar) e dados referentes ao tabagismo do entrevistado, elaborado pela autora objetivando o delineamento do perfil dos respondentes. A segunda parte refere-se a versão final do instrumento escolhido, *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ)*, por ser um instrumento específico para avaliação de qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC, ser de fácil compreensão e o tempo de preenchimento do instrumento variar de 5 a 10 minutos, como já foi citado anteriormente.

O instrumento de coleta de dados SOLDQ constitui-se de 29 itens distribuídos em sete questões:

1. *Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...*
2. *Os seguintes itens dizem respeito às atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?*
3. *Durante as últimas quatro semanas, quanto de falta de ar você sentiu enquanto...*
4. *Durante as últimas quatro semanas, a sua falta de ar dificultou você enquanto...*
5. *Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...*
6. *Como você avalia:*
7. *Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?*

Os 29 itens referentes às sete questões distribuem-se em quatro domínios: função física, função emocional, habilidade de “*coping*” e satisfação com o tratamento (TU et al , 1997), descritos a seguir.

DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA

O domínio função física, mensura o grau de dispnéia e a extensão da limitação física presente e decorrente da doença (TU et al, 1997). Este domínio possui 18 itens sendo que: um item refere-se à questão 1, 12 itens referem-se à questão 2, dois itens correspondem à questão 3, dois itens da questão 4 e um da questão 5, discriminados no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Distribuição dos itens do domínio função física em relação às questões.

Questões	Itens
1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...	1a. Com pouca energia ou cansaço
2. Os seguintes itens dizem respeito às atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?	2a. Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como participar de esportes árduos: correr 2b. Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças) 2c. Atividades moderadas tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa 2d. Subir vários lances de escadas 2e. Levantar ou carregar mantimentos 2f. Subir uma ladeira ou um lance de escada 2g. Curvar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se 2h. Andar mais de um quilômetro 2i. Andar vários quarteirões 2j. Andar um quarteirão 2k. Tomar banho ou vestir-se 2l. Deitar-se ou sair da cama
3. Durante as últimas quatro semanas, quanto de falta de ar você sentiu enquanto...	3a. Realizava atividades normais do dia a dia 3b. Realizava atividades vigorosas
4. Durante as últimas quatro semanas, a sua falta de ar dificultou você enquanto...	4a. Realizava atividades normais do dia a dia 4b. Realizava atividades vigorosas
5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...	5a. Falta de ar

DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL

Este domínio mede o impacto da doença no bem-estar psicológico dos pacientes (TU et al, 1997). É constituído por cinco itens: dois itens referem-se à questão 1 e três itens à questão 5, segundo o quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Distribuição dos itens do domínio função emocional em relação às questões.

Questões	Itens
1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...	1c. Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada 1d. Que não pode aproveitar a sua vida
5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...	5b. Medo de exercitar-se 5c. Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração 5f. Que era um peso para sua família e seus amigos

DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"

Este domínio mede a auto-eficácia que reflete a convicção do paciente em relação a sua capacidade para alcançar um certo resultado, e é um determinante importante para o sucesso na mudança de comportamento (TU et al, 1997). É constituído por quatro itens representados por: um item é da questão 1, dois itens são da questão 5 e um único item da questão 7, discriminados no quadro 4 abaixo:

Quadro 4 - Distribuição dos itens do domínio habilidade de "coping" em relação às questões.

Questões	Itens
1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...	b. Assustado quando sentiu dificuldades de respirar
5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...	d. Medo por pensar que não poderia respirar e. Que seus problemas pulmonares estivessem fora de controle
7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?	---

DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Este domínio mede o quanto os pacientes estão satisfeitos com os cuidados recebidos, especificamente em relação a DPOC (TU et al, 1997). A satisfação é considerada um importante fator para a adesão ao tratamento e para o uso da medicação. É constituído por dois itens referentes à questão 6, discriminados no quadro 5 a seguir:

Quadro 5 - Distribuição dos itens do domínio satisfação com o tratamento em relação às questões.

Questão	Itens
6. Como você avalia:	a. As explicações dadas pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas pulmonares b. O tratamento atual para seus problemas respiratórios

ESCALA UTILIZADA

Para verificar o valor, que cada indivíduo do estudo, atribuiu para os itens das questões, foi utilizada uma escala intervalar (escala de Likert), cuja distância, variou de 1-7 ou de 1-5, dependendo da questão do instrumento.

O valor do escore atribuído, para cada item dos domínios, será apresentado na discussão dos resultados.

A permissão para a utilização do SOLDQ foi concedida pelo primeiro autor, Dr. Shing-Ping Tu (Anexo II).

Até o presente momento o SOLDQ só foi aplicado nos Estados Unidos, segundo informações obtidas pelo autor principal.

3.2.2. Tradução inicial do SOLDQ

A tradução inicial do SOLDQ para a língua portuguesa, foi realizada separadamente por dois tradutores com familiaridade na tradução de instrumentos, sendo que um dos tradutores é americano, professor de inglês e o outro é uma enfermeira, brasileira, que residiu durante vários anos nos EUA, é professora de inglês e conhece a patologia clínica abordada neste estudo. Durante o processo de

tradução foi enfatizada, principalmente, a tradução conceitual e não somente a tradução literária.

A questão 2, *"Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você possa desempenhar em um dia normal . Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?"*, do domínio função física do instrumento SOLDQ, foi utilizada na íntegra pelos autores do SOLDQ a partir do instrumento Medical Outcomes Study Short-Form (SF-36). Os itens componentes desta questão foram traduzidos para o português, por CICONELLI (1997) em seu estudo, sendo acrescentadas apenas os itens sugeridos por TU et al (1997).

Após a comparação e discussão dessas traduções, entre os tradutores e a autora deste estudo, foram realizadas algumas alterações gerando a tradução inicial.

3.2.3. Retrotradução do SOLDQ

A tradução inicial do SOLDQ incluindo os itens novos propostos por TU et al (1997), para a questão 2, foi avaliada por dois novos tradutores, ambos de origem norte-americana, professores de inglês e conhecedores da língua portuguesa. O instrumento traduzido para o português foi retrotraduzido para o inglês, sendo que nesta fase, o instrumento original não foi utilizado por estes tradutores. Esta etapa teve como objetivo, verificar se a retrotradução possuía semelhança, tanto no significado, como no conceito, contidos no instrumento original.

Observou-se que a retrotradução não apresentou discrepância ao ser comparada com o instrumento original, resultando na primeira versão traduzida do SOLDQ (Anexo III).

3.2.4. Revisão por um comitê de juízes

Conforme proposto por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), um instrumento em processo de tradução, deve ser submetido a um comitê de juízes, composto por especialistas bilingües na área de estudo.

Seguindo esta recomendação, a versão final do instrumento foi submetida a um comitê constituído por especialistas, que preencheram os seguintes critérios:

1. ser profissional da área de saúde;
2. ter domínio da língua inglesa;
3. conhecer os processos de construção e adaptação de instrumentos de medida psicométrica;
4. conhecer a temática “qualidade de vida”;
5. ter experiência na assistência ao paciente portador de DPOC.

Os dois primeiros critérios foram considerados imprescindíveis, sendo necessário, também, que os juízes apresentassem, pelo menos, mais um dos demais critérios.

Dessa forma o comitê foi constituído por 16 juízes, sendo seis deles, responsáveis pela avaliação da equivalência semântica, idiomática e cultural e os outros dez, responsáveis pela avaliação conceitual dos itens.

A equivalência semântica refere-se à equivalência no sentido das palavras relacionado ao vocabulário e à gramática. Muitas palavras de um idioma específico podem não apresentar tradução adequada para outros idiomas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON 1993).

Segundo HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA (1998), os especialistas em idiomas e tradutores têm desenvolvido classificações detalhadas para auxiliar no significado das palavras ao realizar a equivalência semântica de um instrumento.

Quanto a equivalência idiomática, está representada pela equivalência de expressões idiomáticas e coloquiais, pois algumas vezes, a simples tradução da expressão original pode acarretar uma perda de significado no outro idioma; caso isto ocorra, devemos substituir a expressão original por outra parecida, para preservar o significado original.

Entende-se por equivalência cultural às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivências no contexto cultural a que se destina.

Para a realização das equivalências semântica, idiomática e cultural do instrumento, pelos juizes, foram enviados os impressos: a versão original (Anexo IV) e a primeira versão traduzida do SOLDQ e as orientações sobre os conceitos de equivalência semântica, idiomática e cultural. (Anexo V)

Após esta etapa resultou a segunda versão traduzida do instrumento SOLDQ. (Anexo VI)

Segundo GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) a equivalência conceitual refere-se à validade do conteúdo estudado e os eventos experienciados pelas pessoas em determinada cultura. WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991) referem que o foco principal da validação de conteúdo é determinar se os itens especificados no instrumento representam a adequação do conteúdo do domínio expresso no

instrumento. Assim, a validade de conteúdo é uma função de como o instrumento foi desenvolvido.

Esta fase do estudo foi executada após o recebimento da distribuição dos itens em seus respectivos domínios. Fato que prejudicou a operacionalização do estudo em sua seqüência original (Quadro 1).

Neste estudo foi utilizado um comitê composto por dez juizes com importante experiência na área, aos quais foram apresentados o instrumento versão final do SOLDQ em português, acrescida da orientação para o seu preenchimento referente à validação de conteúdo e conceitos referentes aos domínios. (Anexo VII)

Para avaliar a validade de conteúdo dos itens, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), proposto por WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991), calculado da seguinte forma:

$$\text{IVC} = \frac{\text{nº de itens avaliados como equivalentes por 2 juizes}}{\text{total de itens da escala}}$$

A avaliação de cada juiz foi comparada com as avaliações dos demais, calculando-se o IVC para cada par de juizes (juiz 1 x juiz 2; juiz 1 x juiz 3; juiz 2 x juiz 3; juiz 2 x juiz 4;... e assim sucessivamente).

Os anexos V e VII foram baseados nos modelos desenvolvidos por KIMURA (1999) e adaptados para este estudo.

3.2.5. Pré-teste do instrumento

Foi realizado um pré-teste para analisar a compreensão dos itens, utilizando-se a técnica da prova, recomendada por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), onde a segunda versão traduzida do instrumento, aplicada pela autora, em sete pacientes (quatro mulheres e três homens), portadores de DPOC, que não fizeram parte da amostra. Os resultados do pré-teste mostraram que os participantes não tiveram dúvidas quanto aos itens das questões apresentadas. Concluímos, portanto, que o instrumento estava adequado para ser utilizado neste estudo.

3.2.6. Aplicação do instrumento

Para GUILLEMIN (1995), a validação cultural do instrumento é verificada por meio de propriedades de medida, visando a obtenção da confiabilidade do instrumento. A confiabilidade de um instrumento refere-se à característica que ele deve possuir, que é a de medir, sem erros (PASQUALI, 1997).

Para a verificação da confiabilidade e da validade da versão final do SOLDQ foram constituídos dois grupos.

3.2.6.1. Constituição dos grupos

♦ GRUPO 1

O primeiro grupo resultou do levantamento do número de pacientes portadores de DPOC, atendidos no Ambulatório de Clínica Médica, durante os meses de fevereiro a agosto de 1999, listados pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) do HU-USP, constituindo uma amostra por conveniência (POLIT; HUNGLER, 1995).

Foram incluídos neste grupo os pacientes com as seguintes características:

- diagnóstico clínico de DPOC, confirmado em prontuário;
- adulto, consciente e orientado no tempo e no espaço;
- idade superior a 40 anos;
- independente de oxigenioterapia domiciliar;
- ausência de internação hospitalar no período de dois meses que antecederam a entrevista;
- em acompanhamento médico no Ambulatório.

Este grupo constituiu-se inicialmente de 104 pacientes, dos quais, três morreram, três não aceitaram participar do estudo e 51 não foram encontrados, reduzindo o tamanho da amostra para 47 pacientes.

A localização de grande parte dos pacientes, foi dificultada pela inespecificidade de endereços e telefones fornecidos, durante o cadastramento no hospital.

♦ GRUPO 2

Foi constituído por indivíduos freqüentadores da Associação Cristã de Moços (ACM), situada na região Oeste do município de São Paulo, que atenderam os seguintes critérios:

- adulto, alfabetizado, consciente e orientado no tempo e no espaço;
- ausência de doença relacionada ao aparelho respiratório;
- idade superior a 40 anos.

Para este estudo foi denominado como "sadio", o indivíduo que relatou não apresentar doenças relacionadas ao aparelho respiratório.

O grupo 2 foi composto por 48 indivíduos.

Os participantes dos dois grupos acima indicados, foram informados sobre os objetivos, finalidades e importância do trabalho, dos procedimentos e propósitos da pesquisa, dos benefícios que poderiam ser obtidos, do acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, sobre a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sobre a salvaguarda da confiabilidade, sigilo e privacidade. (Anexo VIII e Anexo IX)

3.3. Coleta de dados

Iniciou-se pela aplicação do instrumento SOLDQ em sua versão final (Anexo I) no grupo de pacientes portadores de DPOC (grupo 1) e a seguir em indivíduos considerados "sadios" (grupo 2).

Coleta de dados do grupo 1

Conhecendo a realidade dos pacientes atendidos no HU-USP e as suas dificuldades em deslocar-se, decidimos entrevistá-los no domicílio. São pacientes que apresentam vários obstáculos para comparecer ao Ambulatório decorrentes de problemas financeiros, da presença de dispnéia ao deambular, própria da patologia, e da necessidade de acompanhante por serem na maioria idosos.

Para agendar as entrevistas foi realizado contato telefônico prévio, para esclarecimento sobre a pesquisa, autorização e agendamento das entrevistas conforme a disponibilidade dos pacientes. O instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora, no domicílio dos 47 pacientes, que participaram do estudo.

Esta fase da coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 1999.

Coleta de dados do grupo 2

Para a coleta de dados deste grupo foi utilizada a técnica conhecida por aplicação assistida que consistiu em aproveitar o momento de reunião do grupo na ACM, e aplicar, simultaneamente, o instrumento para todos os indivíduos. Cada participante do grupo recebeu um instrumento a ser preenchido.

Neste grupo a pesquisadora procedeu a leitura de cada item das questões do instrumento, esperando a conclusão do preenchimento de cada item, antes de proceder a nova leitura.

Há que se destacar a limitação desta fase do estudo em função da estratégia utilizada (grupal) e de alguns esclarecimentos referentes aos dados de identificação, solicitados pelos respondentes durante o processo de preenchimento.

A pesquisadora leu todas as questões e os indivíduos escolheram suas respostas, assinalando-as em seguida. Os resultados obtidos neste estudo estão agrupados na forma de tabelas a seguir.

3.4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram dispostos em planilha eletrônica para a qual foi utilizada o programa SPSS[®] e o programa Excel 97[®] para Microsoft Windows.

Para a comparação da variáveis quantitativas foi usado o programa Minitab[®].

A análise da consistência interna foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (PASQUALI, 1997) e para a análise da validade discriminante foi aplicado o teste "t" de Student (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.4.1. Confiabilidade

A confiabilidade do instrumento foi obtida pela avaliação da consistência interna dos itens dos domínios, por meio da aplicação do coeficiente alfa de Cronbach.

3.4.2. Validação discriminante

A validação discriminante do instrumento, foi obtida por meio da análise estatística, com aplicação do teste "t" de Student sobre os resultados obtidos nos domínios: função física, função emocional e habilidade de "*coping*" do grupo 1 e do grupo 2.

A validação discriminante determina a extensão, na qual a correlação entre as variáveis obtidas, pela aplicação do instrumento distinguem indivíduos ou grupos, onde teoricamente seria esperada uma diferença (Mc DOWELL; NEWELL 1996; PASQUALLI, 1997).

Não foi realizada a validação discriminante do domínio "satisfação com o tratamento", pois este não era pertinente ao grupo de indivíduos "sadios".

4 . APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização dos grupos

A seguir são apresentadas as características dos dois grupos:

♦ Grupo 1

Os dados de identificação deste grupo foram agrupados segundo as variáveis: faixa etária, sexo, situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo.

Em relação às variáveis faixa etária e sexo, os pacientes apresentaram a seguinte distribuição:

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes do grupo 1 segundo a faixa etária. São Paulo, 2000.

Faixa etária	Frequência	%
45 - 55 anos	09	19,1
56 - 65 anos	12	25,5
66 - 75 anos	19	40,4
> 75 anos	07	15,0
Total	47	100,0

A idade dos pacientes variou de 45 a 92 anos, sendo a média de 65,91 anos, apresentando-se inferior a média do estudo inicial realizado por TU et al (1997), que foi de 70 anos.

A amostra foi constituída predominantemente por mulheres (55,3%), conforme apresentado na tabela 2. TU et al (1997) em seu estudo encontraram uma população predominantemente masculina (95%).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes do grupo 1 segundo o sexo. São Paulo, 2000.

Sexo	Frequência	%
Masculino	21	44,7
Feminino	26	55,3
Total	47	100,0

A distribuição do grupo 1, segundo as variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo, apresentaram a seguinte forma:

Tabela 3 - Distribuição das variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo do grupo 1. São Paulo, 2000.

Características sociais do grupo 1		
	N	%
Situação conjugal		
Sozinho	18	38,3
Acompanhado	29	61,7
Situação atual de trabalho		
Atividade remunerada	08	17,0
Aposentado	30	64,0
Atividade não remunerada	08	17,0
Desempregado	01	2,1
Convívio domiciliar		
Cônjuge	08	17,0
Cônjuge, filhos e outros	14	29,8
Filhos e outros	15	31,9
Sozinho	09	19,2
Amigos	01	2,1
Fumantes		
Sim	09	19,1
Não	38	80,9
Ex-fumantes		
Sim	32	68,1
Não	15	31,9

n= 47

Os pacientes em sua maioria viviam acompanhados (61,7%), eram aposentados (64,0%), moravam com outras pessoas ou familiares (80,8%). Quanto ao tabagismo (80,9%) eram não fumantes por ocasião da pesquisa, 68,1% ex-fumantes e 19,1% fumantes apesar da doença.

♦ Grupo 2

Os dados de identificação, do grupo 2, foram agrupados segundo as variáveis: faixa etária, sexo, situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo.

Em relação às variáveis faixa etária e sexo, os indivíduos do grupo 2 distribuíram-se da seguinte forma:

Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos do grupo 2 segundo a faixa etária. São Paulo, 2000.

Faixa etária	Frequência	%
41 - 55 anos	07	14,6
56 - 65 anos	20	41,7
66 - 75 anos	16	33,3
> 75 anos	05	10,4
Total	48	100,0

A idade dos indivíduos variou de 41 a 84 anos, sendo a média de 64,75 anos.

A maioria dos indivíduos "sadios" pertencia ao sexo feminino(83,3%), conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos do grupo 2 segundo o sexo. São Paulo, 2000.

Sexo	Frequência	%
Masculino	08	16,7
Feminino	40	83,3
Total	48	100,0

A distribuição do grupo 2, segundo as variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo, apresentaram-se da seguinte forma:

Tabela 6 - Distribuição das variáveis situação conjugal, situação atual de trabalho, convívio domiciliar e dados referentes ao tabagismo do grupo 2. São Paulo, 2000.

Características sociais do grupo 2		
	N	%
Situação conjugal		
Sozinho	21	43,7
Acompanhado	27	56,3
Situação atual de trabalho		
Atividade remunerada	13	27,0
Aposentado	23	48,0
Atividade não remunerada	12	25,0
Convívio domiciliar		
Cônjuge	11	22,9
Cônjuge, filhos e outros	11	22,9
Filhos e outros	11	22,9
Sozinho	14	29,2
Amigos	1	2,1
Fumantes atuais		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7
Ex-fumantes		
Sim	7	14,6
Não	41	85,4
n=48		

Dos indivíduos deste grupo 56,3% viviam com companheiros, 48,0% eram aposentados, 80,8% moravam com outras pessoas ou familiares, 91,7% não eram fumantes por ocasião da pesquisa e apenas 14,6% eram ex-fumantes.

4.2. Análise da Equivalência entre o Instrumento Original e o Instrumento Traduzido

4.2.1. Equivalência Semântica, Idiomática e Cultural

A avaliação da equivalência semântica, idiomática e cultural foi verificada pelo comitê de juízes descrito anteriormente e foi composto por duas enfermeiras, duas médicas pneumologistas e duas fisioterapeutas, brasileiras, conhecedoras do idioma inglês, peritas na assistência a pacientes portadores de DPOC e com noções sobre o assunto "Qualidade de Vida".

Foram analisados pelos juizes, todos os itens componentes do instrumento incluindo as opções de resposta.

A tabela 7 apresenta os índices percentuais de concordância entre os juizes no enunciado de cada questão e de cada item, sendo destacados os índices inferiores a 0,8 (80%).

Tabela 7 - Índices percentuais de concordância segundo a avaliação de equivalência semântica / idiomática / cultural e sugestões dos juizes, nas versões original e primeira versão traduzida do SOLDQ, São Paulo, 2000.

Questão / Item	Equivalência Semântica / Idiomática / Cultural	Sugestões dos juizes
1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...	1,0	-
1a. Com pouca energia ou cansaço	0,4	"fraqueza" / "desanimado"
1b. Assustado quando sentiu dificuldades de respirar	0,8	-
1c. Com vergonha* devido sua tosse ou respiração pesada**	0,5	**"tristeza" / "ansioso" ***"respiração difícil"
1d. Que não pode aproveitar a sua vida	1,0	-
2. Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você possa desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em quaisquer dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?	0,7	"alguma"
2b. Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças)	1,0	-
2l. Deitar-se ou sair da cama	1,0	-
3. Durante as últimas quatro semanas, qual o grau de falta de ar que você sentiu enquanto...	0,7	"quanto de falta de ar"
3a. Realizava atividades normais do dia a dia	1,0	-
3b. Realizava atividades vigorosas	0,8	-
4. Durante as últimas quatro semanas, a sua falta de ar limitou você enquanto...	0,4	"dificultou"
4a. Realizava atividades normais do dia a dia	1,0	-
4b. Realizava atividades vigorosas	0,8	-
5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...	0,7	"quantas vezes" sem resposta
5a. Falta de ar	1,0	-
5b. Medo de exercitar-se	1,0	-
5c. Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração	0,8	-
5d. Medo por pensar que não poderia respirar	0,8	-
5e. Que seus problemas respiratórios estivessem fora de controle	0,5	"problemas pulmonares"
5f. Que era um peso para sua família e seus amigos	1,0	-
6. Como você avalia:	1,0	-
6a. As explicações dada pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas respiratórios	0,7	"problemas pulmonares"
6b. O tratamento atual para seus problemas respiratórios	0,8	-
7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas respiratórios?	0,4	"problemas pulmonares"

Os juízes apresentaram sugestões para alteração do enunciado de cinco (2, 3, 4, 5 e 7) das sete questões. Foram alteradas as questões: dois (2) – substituição do termo "*quaisquer*" por "*alguma*", por indicação de dois juízes; três (3) – substituição da expressão "*grau de falta de ar*" por "*quanto de falta de ar*", por sugestão de dois juízes; quatro (4) – substituição da palavra "*limitou*" por "*dificultou*", por sugestão de quatro juízes; cinco (5) foi mantida por apresentar apenas a sugestão de um único juiz e a sete (7) onde foi sugerida a substituição da expressão "*problemas respiratórios*" por "*problemas pulmonares*", por quatro juízes.

Em relação aos itens, foram sugeridas alterações em dez dos 18 itens, sendo realizadas apenas as modificações sugeridas por dois juízes ou mais. No item 1a da questão um (1) - "*com pouca energia ou cansaço*" três juízes sugeriram que a expressão "*pouca energia*" fosse alterada para "*fraqueza*" e um juiz sugeriu que fosse substituída para "*desanimado*", no entanto, considerando as diferenças de significado entre os termos "*fraqueza*" e "*desanimado*", optamos por manter a terminologia inicial, ou seja, "*com pouca energia*".

No item 1c da questão um (1), foi sugerida a substituição por dois juízes da palavra "*vergonha*" pelas palavras "*tristeza*" ou "*ansioso*". Devido a inexistência de consenso entre os juízes, optamos por manter a palavra "*vergonha*" como no original. Neste mesmo item apenas um dos juízes propôs que a expressão "*respiração pesada*" fosse trocada para "*respiração difícil*", mantendo-se também a expressão inicial.

Os itens 5e da questão cinco (5) e 6a da questão seis (6) tiveram a expressão "*problemas respiratórios*" alterada para "*problemas pulmonares*" por sugestão e aquiescência dos juízes.

4.2.2. Validação de conteúdo

Este procedimento foi realizado após o recebimento da classificação dos itens segundo os domínios, caracterizados pelos autores do instrumento.

O comitê de juizes, responsável por esta avaliação, foi constituído por um médico e um enfermeiro, peritos no tema qualidade de vida, cinco docentes da Escola de Enfermagem da USP, familiarizadas com a adaptação de instrumentos, sendo que duas delas também conheciam o tema qualidade de vida, e três enfermeiras assistenciais com experiência em cuidar de pacientes portadores de DPOC.

Mc DOWELL; NERWELL (1998) afirmam que a validade de conteúdo refere-se à adequação de itens especificados em relação ao âmbito da definição conceitual do índice.

Para calcularmos o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), foi utilizada a fórmula proposta por WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991), já descrita anteriormente.

Os resultados obtidos na avaliação da validade de conteúdo, segundo os domínios estudados, estão apresentados a seguir.

As tabelas a seguir apresentadas, representam os dez juízes pelas letras de A até J. A intersecção das linhas abcissas com as ordenadas apresenta o valor que corresponde ao índice de concordância, da versão final em português.

DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA

Segundo TU et al (1997) os itens deste domínio medem o grau de dispnéia e a extensão da limitação física presente e decorrente da doença.

Tabela 8 - Índices de concordância entre os juizes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio função física, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	*									
B	1,0	*								
C	1,0	1,0	*							
D	1,0	1,0	1,0	*						
E	1,0	1,0	1,0	1,0	*					
F	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					
G	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*			
H	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*		
I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	
J	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*

* Não se aplica

Observamos que o índice de concordância, entre os juizes, foi unânime (1,0-100 %), para todos os itens do domínio função física.

Consideramos validado o conteúdo deste domínio.

DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL

Segundo TU et al (1997) os itens deste domínio medem o impacto da doença no bem-estar psicológico dos pacientes.

Tabela 9 - Índices de concordância entre os juizes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio função emocional, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	*									
B	0,9	*								
C	0,9	1,0	*							
D	0,9	1,0	1,0	*						
E	0,9	1,0	1,0	1,0	*					
F	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	*				
G	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	*			
H	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	*		
I	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	*	
J	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	*

*Não se aplica.

O menor índice de concordância apresentado pelos pares de juizes, para o domínio função emocional, foi de 0,8. Este índice corresponde ao item 1d - *"que não pode aproveitar a sua vida"*, correspondendo à questão 1 - *"Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir..."*. Foi sugerido, por dois juizes, que este item, ficaria melhor localizado no domínio habilidade de *"coping"*.

Consideramos validado o conteúdo deste domínio.

DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"

Segundo TU et al (1997) os itens deste domínio medem a auto-eficácia que reflete a convicção do paciente em relação a sua capacidade para alcançar um certo resultado, e é um determinante importante para o sucesso na mudança do comportamento.

Tabela 10 - Índices de concordância entre os juizes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio habilidade de "coping", da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	*									
B	0,8	*								
C	0,8	1,0	*							
D	0,8	1,0	1,0	*						
E	0,8	1,0	1,0	1,0	*					
F	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	*				
G	0,5	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	*			
H	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	*		
I	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0	*	
J	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0	1,0	*

* Não se aplica.

Do total de dez juizes apenas dois (A e G) discordaram do conteúdo dos itens: 1b *"assustado quando sentiu dificuldade de respirar"* para a questão 1 - *"Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas*

pulmonares fizeram você se sentir..." e 5d - *"preocupado por pensar que não poderia respirar"* para a questão 5 - ***"Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu..."***, referindo a adequação da inclusão destes dois itens, no domínio função emocional.

Consideramos validado o conteúdo deste domínio.

DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM TRATAMENTO

Segundo TU et al (1997) os itens deste domínio medem o quanto os pacientes estão satisfeitos com os cuidados recebidos, especificamente em relação a DPOC.

Tabela 11 - Índices de concordância, entre os juízes, segundo a validação de conteúdo dos itens, relativos ao domínio satisfação com tratamento, da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	*									
B	1,0	*								
C	1,0	1,0	*							
D	1,0	1,0	1,0	*						
E	1,0	1,0	1,0	1,0	*					
F	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					
G	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*			
H	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*		
I	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	
J	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*

* Não se aplica

Observa-se que os índices de concordância, entre os juízes, foi unânime (1,0-100 %), para todos os itens do domínio satisfação com tratamento.

Consideramos validado o conteúdo deste domínio.

Finalizando esta análise, podemos verificar que o domínio função física e o domínio satisfação com o tratamento apresentaram concordância unânime entre os

pares de juízes. Os domínios da função emocional e habilidade de "*coping*", por sua vez, exigem na nossa opinião, um estudo mais consistente em relação aos seus significados e aos conceitos dos itens que os compõem, antes de proceder a inclusão ou exclusão dos itens, envolvendo inclusive os autores do instrumento.

4.3. Avaliação das propriedades de medida psicométrica do SOLDQ

Destacamos que nesta fase do estudo o instrumento utilizado constituiu-se de 29 itens, visto que foram incluídos todos os itens inclusive os traduzidos e validados para a língua portuguesa por CICONELLI (1997), correspondentes ao domínio função física.

4.3.1. Determinação dos escores do SOLDQ

Pelo fato dos itens do instrumento apresentarem questões com escores diferentes, houve necessidade de recodificá-los, segundo o domínio ao qual pertencem, de acordo com as recomendações dos autores do instrumento. Os valores dos escores brutos de cada variável estão apresentados no quadro 6.

Quadro 6 - Valores dos escores brutos das variáveis do SOLDQ. São Paulo, 2000.

Questão/ Item	Variável	Escore bruto
1a a 1d; 5a a 5f	Sempre	1,0
2a a 2l	Limita extremamente	1,0
3a, 3b	Severamente	1,0
4a, 4b	Não pude fazer nenhuma atividade	1,0
6a, 6b	Péssimo	1,0
7	Nunca	1,0
1a a 1d; 5a a 5f	A maior parte do tempo	2,0
2a a 2l;	Limita bastante	2,0
3a, 3b;	Moderadamente	2,0
4a, 4b	Severamente	2,0
7	Quase nunca	2,0
6a, 6b	Razoável	2,0
1a a 1d; 5a a 5f	Muitas vezes	3,0
2a a 2l;	Limita razoavelmente	3,0
3a, 3b;	Um pouco	3,0
4a, 4b	Moderadamente	3,0
7	Poucas vezes	3,0
6a, 6b	Bom	3,0
1a a 1d; 5a a 5f; 7	Algumas vezes	4,0
2a a 2l	Limita um pouco	4,0
3a, 3b; 4a, 4b	Muito pouco	4,0
6a, 6b	Muito bom	4,0
1a a 1d; 5a a 5f	Poucas vezes	5,0
3a, 3b; 4a, 4b	Nem um pouco	5,0
7	Muitas vezes	5,0
6a, 6b	Excelente	5,0
1a a 1d; 5a a 5f	Quase nunca	6,0
7	A maior parte do tempo	6,0
7	Sempre	7,0
1a a 1d; 5a a 5f	Nunca	7,0

A recodificação propostas pelos autores do SOLDQ original, está representada no quadro abaixo.

Quadro 7 - Variação dos valores dos escores na recodificação do SOLDQ original. São Paulo, 2000.

Domínio	Questão/Item	Escore mínimo	Escore máximo
Função física	1a; 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 2g, 2h, 2i, 2j, 2k, 2l; 3a, 3b; 4a, 4b; 5a	18	94
Função emocional	1c, 1d; 5b, 5c, 5f	5	35
Habilidade de "coping"	1b; 5d, 5e; 7	4	28
Satisfação com o tratamento	6a, 6b	2	10

O escore bruto obtido em cada item de cada domínio específico, deverá ser transformado para uma escala que varia de 0 a 100, subtraindo-se o escore mínimo possível do escore bruto obtido e dividido pela variação do escore máximo e mínimo possível. Para finalizar esta recodificação, este número encontrado deve ser multiplicado por 100, obtendo-se então o escore de cada domínio, segundo quadro abaixo.

Quadro 8 - Recodificação dos itens

Fórmula para recodificação	Exemplo recodificação
$Y = \frac{(X - B)}{(A - B)} \times 100$	Ex: $Y = \frac{(20 - 5)}{(35 - 5)} \times 100$
Y = escore recodificado	Y = escore recodificado = 50
X = escore bruto obtido na escala	X = função emocional = 20
A = escore máximo possível na escala*	A = 35
B = escore mínimo possível na escala*	B = 5
A - B = variação possível do escore bruto*	A - B = 30

* Varia dependendo do número de itens completados no domínio.

Os escores de cada domínio não são somados. TU et al (1997) não formularam um valor total para indicar o nível mínimo ou máximo para avaliar a qualidade de vida global do paciente portador de DPOC.

Não foi objetivo deste estudo avaliar a qualidade de vida dos grupos estudados.

4.3.2. Confiabilidade

A avaliação da consistência interna nos domínios, foi realizada por meio do alfa de Cronbach, nos pacientes do grupo 1. Este coeficiente é resultante da correlação média entre todos os itens de cada domínio.

A seguir será apresentado o estudo referente a cada um dos domínios.

AValiação da consistência interna no domínio função física

Para o domínio função física, o resultado alfa de Cronbach obtido, foi de 0,94. Apresentando-se superior ao obtido pelos próprios autores (0,93) (TU et al, 1997).

A tabela 12 mostra o índice da consistência interna obtido no domínio função física.

Tabela 12 - Índices de consistência interna no domínio função física da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
1a	0,7075	0,9424
2a	0,5745	0,9440
2b	0,7376	0,9411
2c	0,7794	0,9402
2d	0,8248	0,9397
2e	0,7847	0,9402
2f	0,8183	0,9396
2g	0,5612	0,9445
2h	0,8835	0,9380
2i	0,8783	0,9382
2j	0,7618	0,9407
2k	0,3866	0,9466
2l	0,4667	0,9454
3a	0,7050	0,9418
3b	0,6594	0,9428
4a	0,7570	0,9409
4b	0,5245	0,9448
5a	0,4844	0,9477

A partir dos resultados observados na tabela 12 concluímos que existe consistência interna neste domínio, mantivemos todos os itens conforme o instrumento original.

AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO FUNÇÃO EMOCIONAL

Para o domínio função emocional o resultado alfa de Cronbach obtido, foi de 0,64, valor inferior ao encontrado pelo autor(0,79) (TU et al, 1997). Há que se destacar que estudos realizados com outros instrumentos, como por exemplo o SF-36, os valores obtidos para os “aspectos emocionais” de pacientes portadores de

artrite reumatóide no Brasil, foram os mais baixos, quando comparados com a população normal de países como: EUA, Reino Unido, França, Alemanha e Suécia (CICONELLI, 1997).

Consideramos o resultado obtido compatível com a manutenção dos itens no domínio.

A tabela 13 apresenta os índices de consistência interna no domínio função emocional.

Tabela 13 - Índices de consistência interna no domínio função emocional da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
1c	0,1514	0,6869
1d	0,3686	0,6057
5b	0,6894	0,4123
5c	0,4683	0,5540
5f	0,3312	0,6215

AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA NO DOMÍNIO HABILIDADE DE "COPING"

A tabela 14 apresenta os índices de consistência interna do domínio habilidade de "coping".

Tabela 14 - Índices de consistência interna no domínio habilidade de "coping" da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
1b	0,3810	-0,1177
5d	0,2613	0,0794
5e	0,3916	-0,0554
7	-0,3547	0,6307

O resultado do alfa de Cronbach obtido neste domínio foi de 0,29, porque o único item da questão 7 - *"Com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?"*, do instrumento, apresentou correlação negativa no item-total.

Tabela 15 - Índices de consistência interna no domínio habilidade de "coping" da versão traduzida do SOLDQ, excluído o item 7. São Paulo, 2000.

Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
1b	0,4745	0,4812
5d	0,5198	0,4095
5e	0,3393	0,6571

Ao excluir o item 7 do instrumento, o valor alfa de Cronbach elevou-se para 0,63. De acordo com estudo realizado por DELA COLETA (1995) o valor de alfa de Cronbach maior que 0,50 é aceitável, tendo sido usado por outros autores como BREVIDELLI (1997) entre outros. Foi excluído este item do instrumento a fim de preservar a validade neste domínio.

Por outro lado, há que se destacar que os três itens remanescentes tem em comum: *"sentiu-se assustado"* (1b), *"sentiu medo por pensar que não poderia respirar"* (5d) e *"sentiu que seus problemas pulmonares estivessem fora de controle"* (5e), sentimentos relacionados a emoções (susto, medo, fora de controle), enquanto

a questão 7 *"sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares"* refere-se a confiança em si mesmo, o que por si só a discrimina das demais.

HERBERT; GREGOR (1997) estudando pacientes com DPOC, analisaram estratégias usadas para o *"coping"* e concluíram que tomar medicação, tentar manter o senso de humor e tentar manter a vida o mais "normal possível", foram as estratégias consideradas saudáveis para qualquer indivíduo portador de doença crônica.

Considerando ainda, que dois juízes neste trabalho, sugeriram alterações nos itens pertinentes a este domínio: - *"assustado quando sentiu dificuldade de respirar"* e *"preocupado por pensar que não poderia respirar"* para o domínio emocional, há que se analisar e buscar compatibilização nos conceitos relacionados a habilidade e utilização de estratégias de *"coping"* em nossa cultura.

AValiação da consistência interna no domínio satisfação com o tratamento

O resultado alfa de Cronbach, obtido neste domínio, foi de 0,72, de acordo com a tabela a seguir.

Tabela 16 - Índices de consistência interna do domínio satisfação com o tratamento da versão traduzida do SOLDQ. São Paulo, 2000.

Itens	Correlação com os outros itens	Alfa se o item for excluído
6a	0,5657	*
6b	0,5657	*

* Não se aplica

Para este domínio não foi possível calcular o alfa de Cronbach porque nenhum item poderia ser excluído, o que tornaria a correlação impossível. No

entanto, ao observarmos a correlação item-total mostrada na tabela nos itens 6a; 6b, verificamos que o resultado é maior do que 0,5. Segundo Mc HONEY et al (1995), o índice de correlação corrigida item-total maior do que 0,4 é condição suficiente para garantir que há contribuição efetiva do item no domínio.

Consideramos os dois itens validados para o estudo.

4.4. Validação Discriminante

Para analisarmos a validade discriminante comparamos as médias dos escores obtidos nos três domínios, função física, função emocional e habilidade de "coping" entre os grupos 1, pacientes portadores de DPOC e 2, indivíduos referidos "sadios", por meio do teste "t" de Student. Os resultados estão agrupados na tabela 17.

Tabela 17 - Comparação entre as médias de escores obtidos dos domínios função física, função emocional e habilidade de "coping" segundo os indivíduos "sadios" e pacientes com DPOC. São Paulo, 2000.

Domínios	Sadios Média (DP)*	Pacientes Média (DP)*	Probabilidade de t
Domínio Função física	83,8271 (14,2563)	46,8077 (24,7680)	p<0,001
Domínio Função emocional	94,3754 (10,0855)	69,0070 (26,1536)	p<0,001
Domínio Habilidade de "coping"	95,3700 (10,4616)	56,9132 (18,4346)	p<0,001

* DP = Desvio Padrão

Pela tabela 17 observamos que o teste "t" de Student mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios relativos a função física, a função emocional e a habilidade de "coping" dos participantes do estudo, confirmando a validade discriminante do SOLDQ.

5. CONCLUSÕES

1. A versão para o português do SOLDQ adaptada a cultura da nossa região resultou um instrumento composto por seis questões e 28 itens.
2. A consistência interna dos domínios resultou nos seguintes índices de confiabilidade: $\alpha = 0,94$ para o domínio função física; $\alpha = 0,64$ para o domínio função emocional; $\alpha = 0,63$ para o domínio habilidade de "*coping*", sendo descartada na versão final uma das questões componentes deste domínio e $\alpha = 0,72$ para o domínio satisfação com o tratamento.
3. A validação discriminante foi obtida pelo teste "t" de Student para os domínios função física, função emocional e habilidade de "*coping*".

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este instrumento direciona-se para os aspectos característicos das alterações prevalentes em pacientes portadores de DPOC, permitindo uma visão específica das dimensões propostas pelos autores. Outros aspectos possíveis de visualização da qualidade de vida destes pacientes poderão e deverão ser incorporados em futuros estudos, visando criar indicadores de qualidade de vida cada vez mais próximos da realidade vivenciada pelos pacientes portadores de DPOC em seus aspectos físicos, emocionais, de enfrentamento e satisfação com o tratamento e também de seus familiares e grupos de referência.

Outro aspecto relevante é a importância que representa um instrumento validado no cenário dos processos cuidadosos em pacientes com DPOC.

Há que se destacar ainda, a inexistência de trabalhos voltados para os pacientes portadores de DPOC, não só apenas na área da enfermagem mas na área da saúde, na América Latina e nos países de língua portuguesa.

A qualidade de vida é um conceito relativamente novo, mas que vem produzindo importantes mudanças nas estratégias utilizadas pelos diferentes profissionais da área da saúde em benefício da qualidade da assistência prestada aos pacientes, familiares e grupos de referência.

ANEXO I - Instrumento de coleta de dados

Parte I

Entrevista nº _____ Data ____/____/____

Dados de Identificação:

Nome: _____ RH: _____

Sexo () Fem. () Masc. Idade: _____ anos Ocupação: _____

Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () outros

Fumante () Sim () Não

Fuma há quanto tempo? _____ Quanto? _____

Ex-fumante () Sim Fumou durante quanto tempo? _____

Quanto? _____ Há quanto tempo parou de fumar? _____

Convívio domiciliar:

Tempo de aplicação do questionário - _____

Parte II - Versão final traduzida para o português do SOLDQ

1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Com pouca energia ou cansaço							
Assustado quando sentiu dificuldades de respirar							
Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada							
Que não pode aproveitar a sua vida							

2. Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

	Limita extremamente	Limita bastante	Limita razoavelmente	Limita um pouco	Não limita
Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como participar de esportes árduos: correr					
Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças)					
Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa					
Subir vários lances de escadas					
Levantar ou carregar mantimentos					
Subir uma ladeira ou um lance de escada					
Curvar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se					
Andar mais de um quilômetro					
Andar vários quarteirões					
Andar um quarteirão					
Tomar banho ou vestir-se					
Deitar-se ou sair da cama					

3. Durante as últimas quatro semanas, quanto de falta de ar você sentiu enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Severamente
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

4. Durante as últimas quatro semanas, sua falta de ar dificultou você enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Moderadamente	Severamente	Não pude fazer nenhuma atividade
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Falta de ar							
Medo de exercitar-se							
Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração							
Medo por pensar que não poderia respirar							
Que seus problemas pulmonares estivessem fora de controle							
Que era um peso para sua família e seus amigos							

6. Como você avalia :

	Péssimo	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
As explicações dada pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas pulmonares					
O tratamento atual para seus problemas respiratórios					

7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?

Sempre	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca

ANEXO II - Autorização do autor

Ms Gutierrez,

Thank you for your interest in the SOLDQ. Due to the challenges of translation, I am requesting that translations of the questionnaire be conducted using the following criteria:

- 1) two different individuals translate the questionnaire from English to another language
- 2) two different individuals (who did not conduct the forward translation #1) to translate the questions back into English.

Any discrepancies need to be addressed and revised as needed preferably by a group of individuals fluent in both languages. Please let me know if you need any other information. The SOLDQ is also posted on this website. <http://www.QLMed.org/>

Regards,

Shin-Ping Tu

Box 359780
Division of General Internal Medicine
Harborview Medical Center
325 Ninth Ave
Seattle, WA 98104

Office: (206)-731-4845
fax: (206)-731-8247

On Tue, 2 Nov 1999, BEATRIZ wrote:

Anexo III - Primeira versão traduzida para o português do

Seattle Obstructive Lung Questionnaire

1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Com pouca energia ou cansaço							
Assustado quando sentiu dificuldade de respirar							
Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada							
Que não pode aproveitar a sua vida							

2. Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em quaisquer dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

	Limita extremamente	Limita bastante	Limita razoavelmente	Limita um pouco	Não limita
Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças)					
Deitar-se ou sair da cama					

3. Durante as últimas quatro semanas, qual o grau de falta de ar que você sentiu enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Severamente
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

4. Durante as últimas quatro semanas, a sua falta de ar limitou você enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Moderadamente	Severamente	Não pude fazer nenhuma atividade
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Falta de ar							
Medo de exercitar-se							
Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração							
Medo por pensar que não poderia respirar							
Que seus problemas respiratórios estivessem fora de controle							
Que era um peso para sua família e seus amigos							

6. Como você avalia?

	Péssimo	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
As explicações dadas pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas respiratórios					
O tratamento atual para seus problemas respiratórios					

7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas respiratórios?

Sempre	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca

ANEXO IV - Versão original do Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ)

1. During the past 4 weeks, how often have your lung problems caused you to feel...

	Never	Almost never	A little of the time	Some of the time	A good bit of the time	Most of the time	All of the time
1a- Low in energy or tired							
1b- Frightened when you had difficulty breathing							
1c- Embarrassed by your coughing or heavy breathing							
1d- You could not enjoy life							

2. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your lung disease now limit you in these activities? If so, how much?

Activities	Extremely limited	Quit a bit limited	Moderately limited	Slightly limited	Not at all limited
2a- Vigorous activities: such as running, participating in strenuous sports (e.g., swimming, jogging, tennis)					
2b- Lifting or moving heavy objects (e.g., furniture, children)					
2c- Moderate activities: such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling or playing golf					
2d- Climbing several flights of stairs					
2e- Lifting or carrying groceries					
2f- Climbing a hill or one flight of stairs					
2g- Bending, kneeling or stooping					
2h- Walking more than a mile					
2i- Walking several blocks					
2j- Walking one block					
2k- Bathing or dressing yourself					
2l- Getting in or out of bed					

3. During the past 4 weeks, how short of breath were you while doing your...

	Not at all	Mildly	Somewhat	Moderately	Severely
3a- Normal daily activities					
3b- Most strenuous activities					

4. During the past 4 weeks, did your shortness of breath limit you while doing your...

	Not at all	Mildly	Moderately	Severely	I couldn't do activities at all
4a- Normal daily activities					
4b- Most strenuous activities					

5. During the past 4 weeks, how often did you feel...

	Never	Almost never	A little of the time	Some of the time	A good bit of the time	Most of the time	All of the time
5a- Short of breath							
5b- Afraid to exercise							
5c- Afraid getting angry would worsen your breathing							
5d- Worried you wouldn't be able to breathe at all							
5e- Your breathing problems were out of control							
5f- You were a burden on your family and friends							

6. How would you rate the following?

	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
6a- The explanation given by your doctor or health care provider about your breathing problems					
6b- The current treatment for your breathing problems overall					

7. During the past 4 weeks, how often did you feel confident dealing with your breathing problems?

All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	Almost never	Never

ANEXO V - Avaliação da equivalência semântica / idiomática e cultural da versão traduzida do “Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire”

Estimad _____

A lista de itens apresentada a seguir corresponde à versão traduzida para o português do “Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire” (SOLDQ), instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido nos EUA por TU et al (1997). Devido às diferenças culturais entre a realidade norte-americana e a nossa realidade e também com a carência de instrumentos adaptados para a cultura brasileira, estamos realizando a adaptação transcultural de tal instrumento para ser utilizado na assistência e na pesquisa, seguindo metodologia apropriada para estudos dessa natureza. Este trabalho tem como objetivos a validação do SOLDQ e o estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que realizam acompanhamento médico no ambulatório do HU – USP.

Solicito, a sua colaboração no sentido de avaliar as equivalências semântica, idiomática e cultural dos itens das questões da versão traduzida do citado instrumento, considerando as seguintes orientações:

A equivalência semântica denota a equivalência no significado das palavras, envolvendo o vocabulário e a gramática. Existem palavras que raramente são traduzidas em outros idiomas, ou sua tradução pode ter diferentes significados, depende do contexto no qual está sendo inserida.

A equivalência idiomática representa a equivalência de expressões idiomáticas e coloquiais, pois algumas vezes, a simples tradução da expressão original pode acarretar numa total perda de significado no outro idioma; caso isso ocorrer, devemos substituir a expressão original por outra parecida, para preservar o seu significado original.

A equivalência cultural refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivências em nosso contexto cultural;

Utilize a escala a seguir para determinar a sua avaliação de equivalência, marcando com um **X** no espaço correspondente

Escala de equivalência cultural

-1 = não equivalente

0 = indeciso

+1 = equivalente

Se assinalar **-1** ou **0**, favor acrescentar sugestões abaixo de cada item.

Agradecemos imensamente pela sua colaboração.

Atenciosamente

Beatriz Ap. O . Gutierrez

Primeira versão traduzida para o português do Seattle Obstructive

Lung Disease Questionnaire (SOLDQ-2)

1. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

_____ -1 0 +1

	Nunca -1 0 +1	Quase nunca -1 0 +1	Poucas vezes -1 0 +1	Algumas vezes -1 0 +1	Muitas vezes -1 0 +1	A maior parte do tempo -1 0 +1	Sempre -1 0 +1
Com pouca energia ou cansaço _____ 1 0 +1							
Assustado quando sentiu dificuldades de respirar _____ 1 0 +1							
Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada _____ 1 0 +1							
Que não pode aproveitar a sua vida _____ 1 0 +1							

2. Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em quaisquer dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

_____ -1 0 +1

	Limita extrema mente -1 0 +1	Limita bastante -1 0 +1	Limita razoavel mente -1 0 +1	Limita um pouco -1 0 +1	Não limita -1 0 +1
Levantar ou mover objetos pesados (como móveis e crianças) _____ 1 0 +1					
Deitar-se ou sair da cama _____ 1 0 +1					

3. Durante as últimas quatro semanas, qual o grau de falta de ar que você sentiu enquanto...

_____ -1 0 +1

	Nem um pouco -1 0 +1	Muito pouco -1 0 +1	Um pouco -1 0 +1	Moderada mente -1 0 +1	Severa mente -1 0 +1
Realizava atividades normais do dia a dia _____ 1 0 +1					
Realizava atividades vigorosas que exigem muito esforço _____ 1 0 +1					

4. Durante as últimas quatro semanas, sua falta de ar limitou você enquanto...

_____ -1 0 +1

	Nem um pouco -1 0 +1	Muito pouco -1 0 +1	Moderada mente -1 0 +1	Severa mente -1 0 +1	Não pude fazer nenhuma atividade -1 0 +1
Realizava atividades normais do dia a dia _____ 1 0 +1					
Realizava atividades vigorosas que exigem muito esforço _____ -1 0 +1					

5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

_____ -1 0 +1

	Nunca -1 0 +1	Quase nunca -1 0 +1	Poucas vezes -1 0 +1	Algumas vezes -1 0 +1	Muitas vezes -1 0 +1	A maior parte do tempo -1 0 +1	Sempre -1 0 +1
Falta de ar _____ -1 0 +1							
Medo de exercitar-se _____ -1 0 +1							
Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração _____ -1 0 +1							
Medo por pensar que não poderia respirar _____ -1 0 +1							

Que seus problemas respiratórios estivessem fora de controle _____ -1 0 +1							
Que era um peso para sua família e seus amigo _____ -1 0 +1							

6. Como você avalia :

_____ -1 0 +1

	Péssimo -1 0 +1	Razoável -1 0 +1	Bom -1 0 +1	Muito bom -1 0 +1	Excelente -1 0 +1
As explicações dada pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas respiratórios _____ -1 0 +1					
O tratamento atual para seus problemas respiratórios _____ -1 0 +1					

7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas respiratórios?

_____ -1 0 +1

Sempre -1 0 +1	A maior parte do tempo -1 0 +1	Muitas vezes -1 0 +1	Algumas vezes -1 0 +1	Poucas vezes -1 0 +1	Quase nunca -1 0 +1	Nunca -1 0 +1

ANEXO VI - Segunda Versão Traduzida do SOLDQ

1- Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Com pouca energia ou cansaço							
Assustado quando sentiu dificuldades de respirar							
Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada							
Que não pode aproveitar a sua vida							

2. Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

	Limita extrema mente	Limita bastante	Limita razoavel mente	Limita um pouco	Não limita
Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como participar de esportes árduos: correr					
Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças)					
Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa					
Subir vários lances de escadas					
Levantar ou carregar mantimentos					
Subir uma ladeira ou um lance de escadas					
Curvar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se					
Andar mais de um quilômetro					
Andar vários quarteirões					
Andar um quarteirão					
Tomar banho ou vestir-se					
Deitar-se ou sair da cama					

3. Durante as últimas quatro semanas, quanto de falta de ar você sentiu enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Um pouco	Moderadamente	Severamente
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

4. Durante as últimas quatro semanas, sua falta de ar dificultou você enquanto...

	Nem um pouco	Muito pouco	Moderadamente	Severamente	Não pude fazer nenhuma atividade
Realizava atividades normais do dia a dia					
Realizava atividades vigorosas					

5. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo	Sempre
Falta de ar							
Medo de exercitar-se							
Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração							
Medo por pensar que não poderia respirar							
Que seus problemas pulmonares estivessem fora de controle							
Que era um peso para sua família e seus amigos							

6. Como você avalia :

	Péssimo	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
As explicações dada pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas pulmonares					
O tratamento atual para seus problemas respiratórios					

7. Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?

Sempre	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca

ANEXO VII - Validação de conteúdo do instrumento "SOLDQ"

São Paulo

Prezado _____

Gostaria de convidá-la a ser um dos juízes na validação de conteúdo, no que se refere a divisão de domínios, do instrumento que estou validando em minha Dissertação de Mestrado. Trata-se de um instrumento que avalia qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC.

Somente há alguns dias obtive do autor a divisão do instrumento em domínios e devido a isto é que estou procedendo esta fase da validação neste momento.

Desde já agradeço muitíssimo pois sei o quão atribulada é sua vida no entanto, devido a sua bagagem teórica é fundamental contar com sua participação no engrandecimento deste trabalho.

Um abraço!

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez - HU-USP

O instrumento SOLDQ é original dos EUA, de autoria de TU, et al (1997) para avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC. Estou realizando a validação desse instrumento para o português, no entanto para isto, solicito sua colaboração na avaliação do conteúdo deste instrumento, considerando as orientações que se seguem.

Este instrumento possui 29 itens distribuídos em quatro domínios:

Domínio função física: mede o grau de dispnéia e a extensão da limitação física presente e decorrente da doença;

Domínio função emocional: mede o impacto da doença no bem-estar psicológico do paciente;

Domínio habilidade de "coping": mede a auto-eficácia que reflete a convicção do paciente em relação a sua capacidade para alcançar um certo resultado, e é um determinante importante para o sucesso na mudança do comportamento.

Domínio satisfação com o tratamento: mede o quanto os pacientes estão satisfeitos com os cuidados recebidos, especificamente em relação à DPOC.

A validação de conteúdo refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder ao mesmo domínio ou dimensão em nosso contexto cultural.

Utilize a escala a seguir para determinar a sua avaliação de equivalência, marcando com um X no espaço correspondente.

Escala de equivalência de conteúdo

-1 = não equivalente

0 = indeciso

+1 = equivalente

Se assinalar -1 ou 0, favor acrescentar sugestões abaixo de cada item.

Domínio - Função física

1 - Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	-1	0	+1
1a- Com pouca energia ou cansaço			

2 - Os seguintes itens dizem respeito a atividades que você pode desempenhar em um dia normal. Sua doença pulmonar limita você em alguma dessas atividades? Em caso afirmativo, quanto?

Atividades	-1	0	+1
2a- Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como participar de esportes árduos: correr			
2b- Levantar ou mover objetos pesados (como móveis ou crianças)			
2c- Atividades moderadas tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa			
2d- Subir vários lances de escada			
2e- Levantar ou carregar mantimentos			
2f- Subir uma ladeira ou um lance de escada			
2g- Curvar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se			
2h- Andar mais de um quilômetro			
2i- Andar vários quarteirões			
2j- Andar um quarteirão			
2k- Tomar banho ou vestir-se			
2l- Levantar ou sair da cama			

3- Durante as últimas quatro semanas, quanto de falta de ar você sentiu enquanto...

	-1	0	+1
3a- Realizava atividades normais do dia a dia			
3b- Realizava atividades vigorosas			

4- Durante as últimas quatro semanas, quanto sua falta de ar dificultou você enquanto...

	-1	0	+1
4a- Realizava atividades normais do dia a dia			
4b- Realizava atividades vigorosas			

5- Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

	-1	0	+1
5a- Falta de ar			

Domínio - Função Emocional

1- Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	-1	0	+1
1c- Com vergonha devido sua tosse ou respiração pesada			
1d- Que não pode aproveitar a sua vida			

5- Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu:

	-1	0	+1
5b- Medo de exercitar-se			
5c- Medo de ficar nervoso, pois prejudicaria sua respiração			
5f- Que era um peso para sua família e seus amigos			

Domínio – Habilidade de "coping"

1- Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes os seus problemas pulmonares fizeram você se sentir...

	-1	0	+1
1b- Assustado quando sentiu dificuldades em respirar			

5- Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu...

	-1	0	+1
5d- Medo por pensar que não poderia respirar			
5e- Que seus problemas respiratórios estivessem fora de controle			

7-

	-1	0	+1
Durante as últimas quatro semanas, com qual frequência você sentiu-se confiante para lidar com seus problemas pulmonares?..			

Domínio – Satisfação com o Tratamento

6 - Como você avalia?

	-1	0	+1
6a - As explicações dadas pelo seu médico ou profissionais de saúde sobre seus problemas pulmonares			
6b- O tratamento atual para seus problemas respiratórios			

**Muito obrigada
Beatriz**

ANEXO VIII - Termo de consentimento de pacientes portadores de DPOC

Informações sobre a pesquisa:

Qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC validação do instrumento SOLQ

Solicito sua participação como informante desta pesquisa, que está sendo realizada por mim para que eu possa compreender melhor como os indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avaliam a sua qualidade de vida.

Estes dados são importantes, pois eles vão ajudar a equipe interdisciplinar de saúde, tanto deste hospital como de outras parte do mundo a ver qual a melhor forma de continuar a desenvolver o nosso trabalho com os pacientes portadores de DPOC.

Garanto que seu nome e o que você disser para mim ficará guardado comigo e só será contado para pessoas que eu encontrar em congressos científicos ou que lerem o que eu escrever nas revistas científicas. Estas pessoas nunca saberão quem você é.

Conto com a sua colaboração, agradeço desde já e estou sempre à disposição para esclarecer o que você quiser, pessoalmente ou pelo telefone 818-7799.

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Enfermeira da UTI de Clínica Médica HU-USP
Mestranda da Escola de Enfermagem da USP

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu _____ concordo em participar da pesquisa "Qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC – Validação do instrumento "SOLQ" que será realizada pela enfermeira **Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez**, enfermeira da UTI de Clínica Médica e mestranda da Escola de Enfermagem da USP.

São Paulo, _____ de _____ de 1999.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO IX - Termo de consentimento de indivíduos "sadios"

Informações sobre a pesquisa:

Qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC X Indivíduos "Sadios"

Validação de um instrumento

Solicito sua participação nesta pesquisa. Estamos realizando um estudo para comparar a qualidade de vida entre indivíduos "sadios" e pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Garantimos que seu nome não será divulgado.

Agradecemos a sua colaboração e esclareço que a sua experiência será muito útil para compreendermos as necessidades dos nossos clientes.

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Enfermeira da UTI de Clínica Médica HU-USP
Mestranda da Escola de Enfermagem da USP

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu _____ concordo em participar da pesquisa
"Qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC"

São Paulo, _____ de _____ de 1999.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, A. **Tratado da razão crítica**. Trad. SILVA, I.A. et al. Rio de Janeiro, Edições Tempo Brasileiro, 1976.
- ALONSO, J. et al. Measurement of general health status of non-oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease patients. **Med. Care**, v.30, 1992. Supplement 5.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY. DPOC. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v.152, p. 98-121, 1995. Supplement.
- BELL, M.J.; BOMBARDIER, C.; TUGWELL, P. Measurement of functional status, quality of life and utility in Rheumtoid Arthritis. **Arth. Rheu.**, v.33, p.591-601, 1990.
- BIRCHENALL, J.M.; STREIGHT, M.E. **Care of the older adult**, 3nd. Ed, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1993.
- BOWLING, A. **La medida de la saúde**. Barcelona, Masson, S.A., 1994.
- BOWLING, A. . What things are important in pleople's lives? A survey of the public's judgement to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1447-62, 1995.
- BREVIDELLI, M.M. **Exposição ocupacional ao vírus da AIDS e da hepatite B**: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de reencapar agulhas. São Paulo, 1997. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BUCHI, St. et al. Phychosocial predictors of long-term success of in patient pulmonary rehabilitation of patients with COPD. **Eur. Resp. J.**, v.10, p.1272-7, 1997.
- CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de avaliação de Qualidade de Vida "**Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**". São Paulo, 1997. 143p. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- CURTIS, J.R.; DEYO, R.A. ; HUDSON, L.D. Health: related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary. **Thorax**, v.49, p.162-70, 1994.
- DALES, R.E. et al. The influence psychological status on respiratory symptom reporting. **Am. Rev. Resp. Dis.**, v.139, p.1459-63, 1989.
- DELA COLETA, M.F. **O modelo de crenças em saúde**: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular, Brasília, 1995. 334p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- DEW, M.A.; SIMMONS, R.G. The advantage of multiple measures of quality of life. **Scand. J. Urol. Nephrol.**, v.131, p.23-30, 1990. Supplement.
- EISER, N. et al. Effects of psychoterapy in moderately severe COPD: a pilot study. **Eur. Respir. J.**, v.10, p.1581-4, 1997.
- ENGSTRÖM, C.P. et al. Functional status and well being in chronic obstructive pulmonary disease with regard to clinical parameters and smoking: a descriptive and comparative study. **Thorax**, v.51, p.825-30, 1996.

- FEI, R.H.; MURATA, G.H. Contemporary management of the patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Comprehensive Therapy**, v.20, n.5, p.277-81, 1994.
- FEINLIEB, M. et al. Trends in COPD morbidity and mortality in United States. **Am.Ver. Respir. Dis.**, v.140, p.9-18 suplement, 1989.
- FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **Eur. Respir. J.**, v.9, p.1160-6, 1996.
- FLECK, M.P.A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS**, 1997. (WHOQOL - 100) /Mimeografado/
- GALERA, S.A.F.; TEIXEIRA, M.B. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enf.**, v.5, p.69-75, 1997. Número especial.
- GIFT, A.G.; FAAN, R.N.; CRONE, S.H.M.; Depression in patients with COPD. **Heart & Lung**, v.22, p.289-97, 1993.
- GOLDSTEIN, R.S. et al. Economic analysis of respiratory rehabilitation. **Chest**, v.112, n.2, p.370-9, 1997.
- GUALDA, D.M.R. Humanização do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO,T.I.; FUGULIN,F.M.T.; ANDREONI,S (org.) **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo, Ícone, 1998. cap.2, p.23-30.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation or health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v.46, p.1417-32, 1993.
- GUILLEMIN, F. Crosss-cultural adptation and validation of health status measures. *Sand.J. Reumathol.* n.24, p.61-3, 1995.
- GUTIERREZ, B.A.O. **Demanda terapêutica de autocuidado em pacientes portadores de DPOC**. 1997. /Mimeografado/
- GUYATT, G.H. A taxonomy of health status instruments. **J. Rhematol.**, v.22, p.1188-90, 1995.
- GUYATT, G.H. et al. User's guides to the medical literature. XII. How to use articles about health related quality of life. **JAMA**. v.277, p. 1232-6, 1997.
- HARPER, R. et al. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in na outpatient setting. **Thorax**, v.52, n.10, p.879-87, 1997.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- HERBERT, R.; GREGOR, F. Quality of life and coping strategies of clients with COPD. **Rehabil. Nurs.** v.22, n.4, p.182-7, 1997.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual. Life. Resear.** v.7, p.323-35, 1998
- HIGGINS, M. W.; THOM, T. Incidence prevalence and mortality: intra-and inter county differences. In: HENSLEY, M. J.; SAUNDERS A . **Clinical Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. New York, Marcel Dekker, 1990. p.23-43.
- HUNT, S.M. Cross-cultural comparability of quality of life measures. In: HOLZMANN,I.G. et al. **Quality of life and Health**. Berlin, Blackwell Wissenschafts, 1995. cap.2, p.15-26.

- HUNT, S.M. Cross-cultural issues in the use of quality of life measures in randomized controlled trials. In: STAQUET, M.J.; HAYS, R.D.; FAYEUS, P.M. **Quality of life assesment in clinical trials**. New York, Oxford University Press, 1998. cap.4, p.51-66.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Ministério do Planejamento e Orçamento. Anuário estatístico do Brasil. **Característica demográficas e sócio-econômicas da população**. Rio de Janeiro, 1997. v.57.
- IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C.A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.26, n.2, p.187-204, 1992.
- JONES, P.W. Quality of measurement for patient with diseases of the airways. **Thorax**, v.46, p.676-82, 1991.
- JONES, P.W.; QUIRK, F.H.; BAVEYSTOCK, C.M. The George's Respiratory Questionnaire. **Respiratory Medicine**, v.85, p.25-31, 1991. Suplemento B.
- JONES, P.W. et al. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. **Am. Rev. Respir. Dis.** v.145, p.1321-7, 1992.
- JONES, P.W. Issues Concerning Health-Related Quality of Life in COPD. **CHEST**, v.107, p.187-96, 1995. Suplemento.
- KLEINMAN, A. et al. Culture, illness, and care: clinical from anthropologic and across cultural research. **Annals of Medicine**, v.88, n.2, p.251-8, 1978.
- KETELAARS, C.A.J. et al. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Thorax**, v.51, p.39-43, 1996.
- KIMURA, M. Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index" - Ferrans & Powers. São Paulo, 1999. 85p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- LEA, A. Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. **Journ. of Adv. Nurs.**, v.20, p.307-13, Nov. 1993.
- LEININGER, M.M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nursing Science**, v.1, n.4, p.152-60, 1978.
- LEVINE, S. The manings of health, illness, and quality of life. In: HOLZMANN, I.G. et al. **Quality of life and Health**. Berlin, Blackwell Wissenschafts, 1995. cap.1, p.7-14.
- MAHLER, D.A.; MACKOWIAK, J.I. Evaluation of the Short-Form 36-item questionnaire to measure Health-Related Quality of Life in Patients with COPD. **Chest**, v.107, p.1585-9, 1995.
- MAILLÉ, A.R.; KONING, C.J.M.; KAPTEIN, A.A. Developing a quality-of-life questionnaire for patients with respiratory illness. **Monaldi Arch. Chest Dis.**, v.49, p.76-8, 1994.
- MAILLÉ, A.R. et al. The development of the Quality-of-life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ): a disease-specific quality-of-life questionnaire for patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease. **Respir. Med.**, v.91, p.297-309, 1997.
- Mc DOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health**. New York, Oxford University Pires, 1996. 2 ed. Cap.2, p.30-46: the theoretical and technical foundations of health measurement.
- Mc HORNEY, C.A. et al. The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36): III Tests of data, scaling assumptions, and reliability across diverse patients groups. **Medical Care**, v.32, n.1, p.40-66, 1994.

- MEEBERG, G.A . Quality of life: a concept analysis. **Journ. Adv. Nurs.** v.18, p.32-8, 1993.
- MURATA G.H. et al. A multivariate model for the prediction of relapse after outpatient treatment of decompensated chronic obstructive pulmonary disease. **Arch. Inter. Med.**, 152, p.72-3, 1992.
- NARETTO, E.L. "Programa policlinico de enfermedades respiratorias obstructivas cronicas del Hospital Juan de Dios". **Bol. Hosp. "S.J. de Dios"**, v.41, n.5, p. 301-3, 1994.
- OKUBADEJO, A.A. et al. Home assessment of activities of daily living in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease on long term oxygen therapy. **Eur. Respir. J.**, v.10, p.1572-5, 1997.
- OLIVIERI, D.P. **O "ser doente":** dimensão humana na formação da saúde. São Paulo, Moraes, 1985.
- OSMAN, L.M. et al. Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Thorax**, v.52, p.67-71, 1997.
- OSOBA, D. Guidelines for measuring health related quality of life in clinical trials. In: STAQUEST, M.J. et al **Quality of life assesment in clinical trials methods and practice**. Oxford University Press, New York, 1998.
- PASQUALI, L. **Psicometria:** teoria e aplicações. Brasília, Ed. Universidade de Brasília. 289p. 1997
- PINCKNEY, A.A.; GERBER, G.J.; LAFAVE, H.G. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client's perspective. **Acta Psychiatr. Scand**, v.83, n.2, p.86-91, 1991.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre , Artes Médicas Ed., 1995. Cap.10, p.224-67. Análise quantitativa.
- PRIDE, N.B.; STOCKLEY, R.A. Chronical obstructive pulmonary disease. In: WEATHERALL, D.J.; LEADINGHAM, J.G.G.; WARRELL, D.A. **Oxford textbook of medicine**. New Jersey, Typeset by University Graphics. v.1, c.17, p.2766-79, 1996.
- REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. São Paulo, Sumus Editorial LTDA, 1993.
- RENWICK, D.S.; CONNOLLY, M.J. Impact of obstructive airways disease quality of life in older adults. **Thorax**, v.51, n.5, p.520-5, 1996.
- RUTTEN-Van, M.; DOORSLAER, E.K.A.; JANSEN, M.C.C. Costs and effects of inhaled corticosteroids and bronchodilators in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.** v.151, p.975-82, 1995.
- SCHAYCK, C.P. et al. Two year bronchodilator treatment in patients with mild airflow obstruction. **Chest**, v.102, p.1384-91, 1992.
- SCHAYCK, C. P. et al. The influence of na inhaled steroid on Quality of Life in patients with Asma or COPD. **Chest**, v.105, p.1199-205, 1995.
- SEEMUNGAL, T.A.R. et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v.157, n.5, p.1418-22, 1998.
- SHOUP, R. et al. Body composition and healt-related quality of life in patients with obstructive airways disease. **Eur. Respir. J.**, v.10, p.1575-80, 1997.
- SILVA, D.G.V. **Desafios e enfrentamentos:** um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condições crônica de saúde. Florianópolis, 1990. 173p. Dissertação (Mestrado). Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

- STANDARDS for diagnosis and care of patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v.152, cap.2, n.5, p.77-121. 1995. Supplement.
- STRAUSS, A. et al. Chronic illness and the quality of life. Toronto. Mosby. 1984. Apud HERBERT, R.; GREGOR, F. Quality of life and coping strategies of clients with COPD. **Rehabil. Nurs.** v.22, n.4, p.182-7, 1997.
- THI, T.H.H. et al. Health-Related Quality of Life in long term oxygen-treated Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. **Lung**, v.175, p.63-71, 1997.
- TSUKINO, M. et al. Physiologic factors that determine the Health-Related Quality of Life in patients with COPD. **Chest**, v.110, p.896-903, 1996.
- TU, S-P. et al. new self-administered questionnaire to monitor Health-Related Quality of life in patients with COPD. **Chest**, v.112, p.614-22, 1997.
- WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing research**, Ed. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1991.
- WIJKSTRA, P.J. et al. Relation of lung function, maximal inspiratory pressure, dyspnoea, and quality of life with exercise capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Thorax**, v.49, p.468-72, 1994.