

Convivendo com DPOC: Conhecimento e impacto na qualidade de vida de pessoas idosas acometidas

Living with COPD: Knowledge and impact on the quality of life of affected elderly people

¹ Shimeny Lima Lucena Dantas  

² Susanne Pinheiro Costa e Silva 

³ Luana Vitória da Costa Silva 

RESUMO

A DPOC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando significativamente a qualidade de vida dos pacientes, especialmente os idosos. O objetivo do estudo foi analisar a compreensão de pessoas idosas com DPOC acerca da doença e o impacto desta na qualidade de vida. Foram entrevistados 15 idosos com DPOC atendidos em um ambulatório hospitalar na Paraíba. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma individual. Os dados foram analisados utilizando o software Iramuteq. Os resultados revelaram que a maioria eram mulheres, com baixa escolaridade e renda familiar de 1 a 2 salários. Grande parte apresentava outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. A DPOC foi compreendida como limitante física, emocional e socialmente, impedindo a realização de atividades como andar, se alimentar e realizar higiene pessoal. As limitações decorrentes da doença impactam negativamente a qualidade de vida. A compreensão das necessidades e desafios enfrentados é essencial para garantir um cuidado eficaz e centrado no paciente, visando melhorar sua qualidade de vida e bem-estar. Deste modo, sugere-se o letramento em saúde para continuidade do (auto)cuidado, bem como abordagens holísticas aos pacientes com DPOC, sendo a enfermagem de suma importância no suporte e promoção da saúde.

Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crônica. qualidade de vida. pessoa idosa.

ABSTRACT

COPD is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide, significantly affecting the quality of life of patients, especially the elderly. The aim of this study was to analyze the understanding of elderly people with COPD about the disease and its impact on quality of life. Fifteen elderly people with COPD treated at a hospital outpatient clinic in Paraíba were interviewed. Semi-structured interviews were conducted individually. The data were analyzed using Iramuteq software. The results revealed that most were women with low educational levels and family incomes of 1 to 2 minimum wages. Most had other chronic diseases, such as hypertension and diabetes. COPD was understood as a physical, emotional, and social limitation, preventing activities such as walking, eating, and personal hygiene. The limitations resulting from the disease negatively impact quality of life. Understanding the needs and challenges faced is essential to ensure effective, patient-centered care, aiming to improve their quality of life and well-being. Thus, health literacy is suggested for continuity of (self)care, as well as holistic approaches to patients with COPD, with nursing being of paramount importance in supporting and promoting health.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease. quality of life. elderly people.

1 Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. (EBSERH)

2 Doutora em Psicologia (UFES). Mestre em Enfermagem - Atenção à Saúde (UFRN) e graduada em Enfermagem (UEPB)

3 Graduada em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/UFRN.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição inflamatória progressiva que afeta os pulmões, causando obstrução das vias aéreas e comprometendo a função respiratória, sendo apenas parcialmente reversível (GOLD, 2023). Estima-se que a prevalência global combinada da DPOC seja de 15,7% em homens e cerca de 10% em mulheres (Varmaghani et al., 2019). Tendo como principal fator de risco o tabagismo, a doença não tem cura, apenas tratamentos que visam o seu controle para evitar progressão. Os principais sintomas são dispneia, cansaço, pigarro e tosse (Brasil, 2022).

Com o aumento do consumo de tabaco e da longevidade da população mundial, assim como diminuição da mortalidade por outras causas, estima-se que até 2060 pode haver mais de 5,4 milhões de óbitos ao ano em decorrência de DPOC e doenças relacionadas (GOLD, 2022). No Brasil, anualmente são registrados cerca de 40 mil óbitos pela doença. Nesse interim, é considerada a quinta causa de morte entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), gerando cada vez mais ônus aos cofres públicos (Gomes, 2020).

A DPOC pode ser acompanhada por outras doenças, incluindo as cardiovasculares, câncer de pulmão, osteoporose, disfunções cognitivas, ansiedade e depressão. Indicadores alusivos à saúde mental usualmente contribuem para o agravamento da redução da qualidade de vida (QV) nos acometidos (Han et al., 2019).

Sendo este um conceito abrangente, carrega consigo inúmeras definições. Assim, a qualidade de vida inclui o bem-estar mental, físico, espiritual, psicológico, emocional e relações sociais, dentre elas com a família e amigos, além de assistência médica, educação, moradia, higiene básica e outras condições de vida (Barbosa et al., 2020).

A gravidade da doença e a dispneia estão diretamente relacionadas a limitações e diminuição da funcionalidade dos indivíduos acometidos por DPOC (Cássio et al., 2019). A enfermidade apresenta sintomas sistêmicos significativos que determinam perda progressiva da capacidade física e, portanto, funcional, definida como a competência para realizar atividades de vida diária (AVD). Os pacientes com DPOC frequentemente relatam sintomas de ansiedade e depressão, que podem levar a um pior prognóstico da doença e da qualidade de vida (Gulart et al., 2015; Cássio et al., 2019; Miravittles et al., 2018).

Desse modo, o conhecimento dos idosos sobre o seu próprio envelhecimento e desenvolvimento permite ampliar o cuidado, contribuindo para melhorar a qualidade e eficácia do atendimento às necessidades dessa população (Carvalho; Meirelles, 2009). Diante do exposto e considerando as diferentes implicações do diagnóstico da DPOC na vida dos acometidos, este estudo objetivou analisar a compreensão de pessoas idosas com DPOC acerca da doença e o impacto desta na qualidade de vida.

2 MÉTODOS

Tratou-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, em um ambulatório de Pneumologia e Tisiologia localizado em hospital universitário no estado da Paraíba. A população do estudo compreendeu pacientes idosos, portadores de DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia do referido local. A amostra foi composta por 15 pessoas, finalizando-se a coleta quando da saturação dos dados, o que geralmente acontece em pesquisas qualitativas.

Foram utilizados como critérios de inclusão: indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico de DPOC de acordo com o consenso GOLD, apresentando estabilidade clínica (ausência de internação hospitalar por qualquer motivo no período do estudo ou até 30 dias antes) e atendidos no referido ambulatório há, pelo menos, seis meses. Excluíram-se idosos que apresentavam outras doenças pulmonares ou doenças

não pulmonares incapacitantes, graves ou de difícil controle e aqueles com comprometimento cognitivo por razões éticas.

A pesquisa obedeceu ao código de ética dos profissionais de enfermagem exposto na resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, o estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 6.179.203. Os participantes foram codificados de forma aleatória (P1 a P15) para a garantia do anonimato.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia a função cognitiva. O MEEM é composto por 30 questões, as quais podem receber pontuação entre 0 e 5. Ao final, é apresentado o escore total, resultado da soma de cada uma das sete categorias do instrumento. Nesta pesquisa, seguimos o recomendado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pela Academia Brasileira de Neurologia, sendo estabelecido escore menor ou igual a 24 pontos = com déficit cognitivo; e maior que 24 = sem déficit cognitivo.

Além dele, realizou-se a entrevista semiestruturada, guiada por tópicos gerais sobre o tema. Todos os instrumentos foram aplicados aos participantes de forma semelhante e individual. As entrevistas foram gravadas em aparelho celular, iniciando-se a transcrição dos dados após cada entrevista. Estas foram realizadas em ambiente privativo para que os entrevistados se sentissem à vontade para falar sobre o tema, sem interrupções ou constrangimentos, dentro de sala reservada para tal finalidade.

Para tratamento dos dados, foi construído um corpus de análise, em arquivo único de texto, lançado no Software Iramuteq- Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Este é um software gratuito, desenvolvido para análise estatística de textos e avaliações, que auxilia na organização e tratamento estatístico de dados textuais. Foi escolhida a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para apresentação dos dados, que tende a estabelecer as classes de palavras após a análise através de um dendrograma (Sousa, 2021). A interpretação destes achados foi feita através da Análise do Conteúdo (Bardin, 2017).

O relatório produzido pelo IRAMUTEQ categorizou o material como significativo em 77,06%. Para garantir a consistência dos resultados, uma classificação acima de 75% é considerada aceitável, assegurando boa confiabilidade (Souza et al, 2018).

3 RESULTADOS

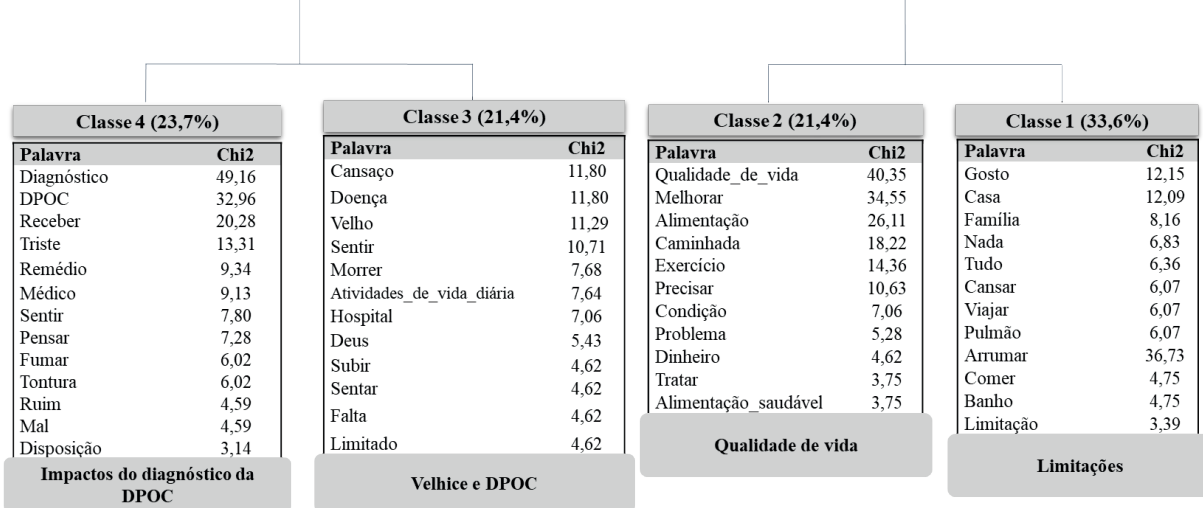
A coleta de dados resultou em uma amostra final de quinze pessoas idosas, sendo 12 mulheres. É interessante destacar que uma pesquisa com pacientes diagnosticados com DPOC desenvolvida por Câmara et al. (2019) encontrou amostra homogênea, com resultados semelhantes para ambos os sexos, sendo 52% da amostra feminina e, conseqüentemente, 48% masculina.

No que tange à escolaridade, percebeu-se extrema fragilidade, já que a maioria (11 pessoas) nunca havia estudado e/ou frequentou a escola até o ensino fundamental, apenas. Esse dado pode estar relacionado à renda familiar baixa, entre 1 a 2 salários-mínimos para todos os participantes. Quanto ao estado civil, sete participantes eram viúvos(as). Destaca-se que grande parte (9 idosos) referiram ter outras doenças crônicas além da DPOC, especialmente Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus.

A partir do processamento do corpus pelo software IRAMUTEQ, baseado nas 15 unidades de contexto iniciais (UCI), foram verificadas 5.948 ocorrências de palavras, sendo 1131 formas distintas. O corpus foi dividido em 170 segmentos de texto e, destes, 131 (77,06% do total de palavras) foram equiparadas por meio de

classificações hierárquicas descendentes (CHD), indicando o grau de semelhança dos temas das quatro classes resultantes, as quais deram origem ao dendrograma (Figura 1).

Figura 1: Distribuição das classes apresentadas no dendrograma sobre a DPOC para pessoas idosas diagnosticadas com a doença. João Pessoa-PB, Brasil, 2024.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base no software Iramuteq.

A Classe 4, denominada “Impactos do diagnóstico da doença”, contemplou 23,7% do total de segmentos de texto. Os achados revelam conteúdos voltados para os vários domínios da vida que sofreram modificações após a doença ter sido diagnosticada, ocasionando os mais variados conflitos cotidianamente. Conforme os resultados apontados, tais ideias podem ser observadas nos discursos elencados adiante:

“Mudou tudo na minha vida depois do diagnóstico! Não tenho explicação... Fiquei descompensada, tudo que é de ruim aconteceu: discussão, aborrecimento... eu me senti nervosa, agressiva. Eu comecei a aborrecer os outros e os outros me aborreceram” (P1, 83 anos).

“Eu fico muito triste tomando aquelas bombinhas direto, muita medicação. Tomo remédio para a depressão, ansiedade, pressão alta. Depois da DPOC eu me senti arrasada porque a culpa foi minha!” (P9, 65 anos).

Como se pode notar, os depoimentos refletem abalo na dimensão emocional e psicossocial. Descrevem mudanças profundas na vida, revelando piora do bem-estar social, especialmente. As narrativas partilham que este entendimento é marcado por ideias de abalo na saúde e rotina, além de sensação de impotência em relação às suas aspirações, indicando desafios após a doença ter sido diagnosticada.

Para além, expressam tristeza e autorrecriminação, destacando a complexidade no enfrentamento da DPOC. O conjunto dos relatos evidencia que o diagnóstico não apenas afeta a saúde física, mas também traz repercussões nas esferas emocionais e sociais, revelando a necessidade de abordagens holísticas no cuidado dirigido a este grupo.

O estudo de Lima et al. (2020) sobre idosos com DPOC verificou que 74,3% dos pacientes apresentaram nível moderado de depressão, além de 24,3% ter diagnóstico de nível grave. Além disso, todos os participantes da pesquisa foram classificados com nível grave de ansiedade, denotando que este é um problema mais comum do que se pode presumir nos pacientes diagnosticados.

Outro estudo observou, em pacientes com DPOC, prevalência de 25% de sintomas depressivos. Estes eram mais presentes em idosos com idades entre 60 e 69 anos, o que representou 50% de pacientes depressivos. Soma-se a isso o fato de indivíduos que enfrentavam a coexistência de DPOC e sintomas depressivos experimentarem resultados desfavoráveis, particularmente em relação à qualidade de vida. Houve também maior incidência de exacerbações e hospitalizações para eles, quando comparados aos indivíduos com DPOC que não apresentam sintomas depressivos (Alves et al., 2019).

A presença de depressão e ansiedade tem impacto significativo na morbidade associada a DPOC, pois diminui a habilidade do paciente para enfrentar efetivamente a doença crônica. Isso, por sua vez, torna os sintomas físicos menos suportáveis (Montserrat-Capdevila et al., 2017). Pode também dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso e potencializar como desafiador o processo de cessação do tabagismo, já que há interação complexa entre o ato de fumar e a depressão. Ademais, a relação entre ansiedade e falta de ar contribui para o agravamento dos sintomas de dispneia (Dong-Mei et al., 2017).

Nesse cenário, observa-se que ansiedade e depressão emergem como fatores de risco significativos para agravar quadros clínicos em pacientes com DPOC, podendo comprometer diretamente a qualidade de vida. Estes, por sua vez, enfrentam prognósticos desfavoráveis, especialmente no que diz respeito às limitações nas atividades diárias e à dependência de oxigênio. Tais condições repercutem negativamente nas relações sociais e familiares, contribuindo para um possível isolamento e descrença em relação ao tratamento à medida que a doença avança.

Diante desse contexto, destaca-se a importância do estabelecimento de vínculos e de um acompanhamento terapêutico abrangente, promovido por uma equipe multidisciplinar, com o intuito de diminuir os impactos ocasionados pelo diagnóstico. É necessário reconhecer os sinais de agravamento do quadro e diferentes tipos de tratamento indicados para cada caso, incluindo terapias farmacológicas e não-farmacológicas.

Já a Classe 3, “Velhice e DPOC”, abrangeu 21,4% dos segmentos de texto. Relaciona-se com as atividades que foram prejudicadas tanto pela idade quanto pela doença, que impõem limitações para o desenvolvimento pleno do ser. Muitas das dificuldades ocorrem pela sintomatologia da doença, somadas a limitações do corpo envelhecido. Assim, observa-se nos discursos a seguir como o cotidiano dos participantes foi afetado por tais fatores:

“Gostava muito de passar roupa. Hoje em dia, não consigo mais. Lavar, também não. Nas minhas atividades de vida diária tive alteração: pra fazer a comida, por exemplo, eu sinto muito cansaço, fraqueza nas pernas. Aí eu faço um serviço e me sento. Tenho dificuldade com minha higiene, não consigo mais fazer como antes” (P5, 79 anos).

“Eu não posso andar muito rápido, porque eu não tenho equilíbrio nas pernas. Se eu andar rápido, eu vou de cara no chão. Minhas atividades de vida diária foram limitadas, mas não é tanto pela doença, é mais também pela idade. Eu com setenta e dois anos, além de estar velha, tão cheia de mazelas!” (P8, 72 anos).

Os depoimentos revelam semelhanças marcantes em relação às alterações nas AVD e da QV devido ao envelhecimento e a DPOC. É mencionada a dificuldade em realizar atividades simples do dia a dia, destacando a diminuição no prazer e na capacidade funcional associada à velhice. Também são abordadas limitações quanto a mobilidade e equilíbrio, reconhecendo que as restrições nas atividades AVD não são exclusivamente resultado da doença, mas também associadas ao processo natural de envelhecimento.

Em conjunto, esses relatos destacam a complexidade das experiências relacionadas ao envelhecer, revelando um cenário comum de desafios nas atividades cotidianas e reflexões sobre a relação entre idade, saúde

e qualidade de vida. Sendo assim, as compreensões dos participantes acerca do tema se organizam a partir de crenças enraizadas no envelhecimento problemático, o que se confirma com a dimensão que este estágio da vida tomou após a DPOC, não havendo distinção clara do que provém do adoecimento pulmonar ou mesmo da idade mais avançada.

Indivíduos diagnosticados com a doença comumente enfrentam dificuldades ao realizar AVD. A dispneia, por exemplo, é frequentemente citada como fator que restringe o desempenho dessas ocupações. Mesmo nos estágios iniciais, os pacientes com DPOC vivenciam intensificação da falta de ar em comparação com pessoas saudáveis, pois a execução dessas atividades amplia as exigências respiratórias, resultando na ocorrência de hiperinsuflação dinâmica (Vaes et al., 2019)

Estudos revelam que pacientes com DPOC frequentemente experimentam redução na funcionalidade física e nas atividades diárias, afetando negativamente a qualidade de vida (Baltzan et al., 2018). Além disso, destacam a importância de avaliações abrangentes nestes idosos, considerando não apenas os aspectos respiratórios, mas também os desafios associados ao envelhecimento (Rocha et al., 2021).

Nesse contexto, o envelhecimento foi considerado pelos participantes como um fator que impacta na qualidade de vida dos indivíduos, associando a imagem da pessoa idosa a limitações, dependência e diagnósticos de várias doenças. No entanto, a OMS (2015) afirma que não existe um conceito que defina o idoso “típico”, concluindo que as necessidades e capacidades de saúde advêm de uma série de comportamentos modificáveis ao longo de toda a vida.

Além disso, ponderando o diagnóstico da DPOC, que geralmente relaciona-se diretamente com o tabagismo, entende-se que há necessidade de ampliar as práticas de promoção da saúde, buscando diminuir a incidência da doença nas gerações futuras. Destaca-se a necessidade de a população em geral compreender a relação entre envelhecimento, saúde e a qualidade de vida, onde o “sujeito” com diagnóstico de DPOC poderá apresentar ainda mais demandas no que tange aos aspectos supracitados.

A classe 2, intitulada “Qualidade de vida”, agrupou 21,4% dos segmentos de texto analisados. Aponta a necessidade de buscar melhorar a qualidade no modo de viver com DPOC na velhice, destacando as estratégias que consideravam importantes para tal, como evidenciado nos trechos a seguir:

“Fazer exercício, academia, alimentação saudável... tudo isso se torna inviável pra mim, até porque eu estou sem condições financeiras pra segurar. Porque tudo isso aí requer dinheiro e eu não tenho condições no momento. Então essas coisas são muito difíceis para quem está desempregado e sem a capacidade de trabalhar” (P10, 60 anos).

“Tem uma vizinha minha que sai, vai pra um grupo, e eu fico só olhando. Eu não vou porque eu não posso, sinto fraqueza, não ando direito sozinha. Sinto falta de ter pessoas por perto!” (P5, 79 anos).

Os recortes refletem paradoxos no que tange ao viver com DPOC. As perspectivas em relação à qualidade de vida na velhice destacam desafios individuais e contextuais que impõe restrições ao que é recomendado pelo universo reificado. Enquanto alguns expressam limitações financeiras como principal obstáculo para adotar práticas mais saudáveis, como exercícios com acompanhamento profissional e alimentação balanceada, outros evidenciam a incorporação de rotinas regulares de exercícios para melhorar a respiração e, conseqüentemente, garantir melhor qualidade de vida.

Além disso, destacaram como barreira o condicionamento físico, que impactava na capacidade de participar de determinadas atividades e interagir socialmente. Em suma, as opiniões aqui expostas indicam a complexidade de algumas experiências que, na terceira idade e com DPOC, passam a se tornar problemáticas, abrangendo questões financeiras, práticas de autocuidado e desafios físicos e sociais.

A experiência relatada acerca da qualidade de vida na DPOC também foi demonstrada por outro estudo. Nele, os idosos se perceberam lesados pela doença. As repercussões sintomatológicas, incluindo cansaço, incapacidade de realização de atividades, dependência, perda de autonomia, tristeza e ansiedade são vivências também relatadas, ocasionando sofrimento íntimo demasiado (Nanque; Vasconcelos, 2019).

A literatura descreve que para muitas pessoas idosas, ter boa qualidade de vida relaciona-se a fatores como condições para trabalhar, bom salário, se alimentar bem, ter saúde, boas relações familiares, entre outros. Além disso, a melhoria da qualidade de vida pode ocorrer com a realização de exercícios, participação em grupos de idosos e idas à igreja (Braga et al., 2016). Desse modo, a participação comunitária e social na terceira idade é fator primordial para a QV.

Grupos e oficinas terapêuticas se mostram importantes para manter os idosos em atividades, estimulando ações que favorecem a capacidade funcional e contribuindo nos aspectos que envolvem sociabilização, fatores cognitivos e mobilidade (Menezes et al., 2017; Silva et al., 2016). É perceptível melhoria na percepção da QV em idosos inseridos em atividades grupais, demonstrando a importância da integração destes indivíduos em espaços de convivência (Martins; Casetto; Guerra, 2019).

Compreendendo as dificuldades relatadas neste estudo frente ao diagnóstico da DPOC para a realização de práticas que seriam benéficas e sabendo da importância do envelhecimento ativo, aponta-se a necessidade de ampliar políticas públicas de saúde para grupos de idosos mais específicos, incluindo àqueles com DPOC e outras condições crônicas, e não apenas à pessoa idosa em geral, como é de praxe.

Foi possível entender, a partir dos termos que formam a classe 1, “Limitações” - a maior das classes (33,6% dos segmentos de texto), que as barreiras vivenciadas desde a descoberta da doença são inúmeras. Os participantes apontam a doença como fator altamente limitante, especialmente por não mais permitir a realização de atividades corriqueiras, ocasionando revolta e dependência. É possível observar logo mais alguns trechos para exemplificar tais ideias.

“A DPOC representa, pra mim, não ter mais qualidade de vida. Porque o pulmão é o órgão da gente que é importante, e a gente não tem mais saúde do jeito que era. A gente perde até o gosto de viver... Não sinto mais vontade de nada. Tomando muita medicação, não posso fazer o que fazia antes” (P9, 65 anos).

“Não posso mais trabalhar, fico dependendo dos outros e não gosto de depender de ninguém, mas agora eu dependo pra tudo... eu adoro dançar! Não aguento mais!” (P12, 60 anos).

“Depois da DPOC, tive tudo de limitações: estou de uma maneira que eu não sei fazer mais nada, não tenho vontade de fazer nada! Minha vontade é sumir no mundo... já tive vontade de me matar e não foi só uma ou duas vezes... Estou me sentindo um bicho acuado, sem poder fazer nada!” (P1, 83 anos).

Os recortes destacam os percalços enfrentados após o diagnóstico da doença, expressando a perda significativa da qualidade de vida; o uso frequente de medicações simboliza o impedimento do cumprimento de tarefas cotidianas. Desse modo, a limitação da força e da capacidade de trabalhar revelam obstáculos físicos, emocionais e sociais impostos pela DPOC, alterando significativamente a QV e trazendo algo que já é bastante temido na velhice: a dependência.

As implicações da doença nas dimensões psicossociais e físicas também foram evidenciadas em outros estudos. Lima (2019) focou nas atividades ocupacionais de pacientes com doenças crônicas respiratórias, sendo a DPOC o diagnóstico mais prevalente. Os relatos dos participantes revelaram modificações no trabalho, nas tarefas domésticas, no autocuidado e nos momentos de lazer. Züge et al. (2019) evidenciaram extenso prejuízo na capacidade funcional de pacientes idosos com DPOC, haja vista as repercussões da doença nas funções fisioló-

gicas, que resultaram em limitações na realização de tarefas domésticas, atividades da vida diária, socialização, mobilidade e do equilíbrio emocional e ao autocuidado. Com isso, corroboram que a autonomia desse público fica extensamente prejudicada.

Frente a complexidade dos cuidados necessários aos pacientes com DPOC, a enfermagem mostra-se determinante no processo de assistência em saúde. Intervenções educativas destes profissionais podem trazer resultados positivos quanto ao aumento do conhecimento acerca da doença para pacientes diagnosticados (Alves et al., 2019). Relatos que identificaram melhorias quanto ao nível de dispneia e aumento na tolerância ao exercício, com consequente progresso na condição física através de exercícios para função respiratória e motora para pacientes com DPOC, também foram identificados na literatura de enfermagem (Simão et al., 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que a DPOC é compreendida como uma doença limitante física e socialmente, impedindo a realização das mais variadas atividades, incluindo andar, se alimentar e realizar a higiene pessoal. Adicionalmente, este entendimento se conecta com a percepção acerca do envelhecimento, que para os participantes foi descrito como um momento da vida em que naturalmente a dependência surge pela incapacidade deles em realizar total ou parcialmente as tarefas diárias. Isso denota a complexidade envolta nas experiências de pessoas idosas com DPOC, as quais são afetadas tanto pela doença em si quanto pela experiência de envelhecer sem boas condições de saúde.

No que tange aos impactos do diagnóstico da doença, os relatos apontam que a dimensão emocional é comprometida por deveras, já que há alterações de humor, aborrecimentos constantes e tristeza decorrente da condição debilitante, ocasionando mudanças drásticas na vida cotidiana. Não se pode negar a queda significativa da qualidade de vida relatada, corroborada pela falta de motivação, dependência e impossibilidade de realizar atividades antes corriqueiras.

Finalmente, a busca pela manutenção da QV revela obstáculos para tal, especialmente financeiros, e a importância atribuída à atividade física e alimentação saudável. Todos os relatos sublinham a necessidade de abordagens holísticas no cuidado à pessoa com DPOC, considerando não apenas suas limitações físicas, mas também as dimensões emocionais e sociais. Dessa maneira, os participantes ancoram-se na DPOC como obstáculo intransponível que, associado à velhice, tornam o viver difícil e limitante.

Destaca-se a necessidade de ampliação dos cuidados por meio de investimento nas políticas públicas e tecnologias da saúde visando reduzir os efeitos da DPOC e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

As limitações do estudo incluem a possibilidade de viés de seleção e a limitação geográfica da amostra, que podem afetar a generalização dos resultados. Sugere-se a realização de novos estudos acerca da temática relatada.

REFERÊNCIAS

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. 2023 Report. Disponível em: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ALVES, A. C. G. M. et al. Avaliação da repercussão dos sintomas depressivos na qualidade de vida de pacientes com DPOC. *Rev Med (São Paulo)*, v. 98, n. 6, p. 374-381, nov.-dez. 2019.

ALVES, R. C. et al. Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. e30338, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.30338. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerrj/article/view/30338>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BALTZAN, M. et al. Efeitos da reabilitação pulmonar domiciliar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: um ensaio planejado. ***Anais de Medicina Interna***, v. 12, p. 869-878, 2018.

BARBOSA SOARES DA SILVA, I.; MEDEIROS LIMA JÚNIOR, J. de R.; DOS SANTOS ALMEIDA, J.; PEREIRA CUTRIM, D. S.; DE LIMA SARDINHA, A. H. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 66, n. 3, p. e-121122, 2020. DOI:10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1122. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1122>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2017.

BRAGA, I. B. et al. A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista de Psicologia*, v. 9, n. 26, p. 211-222, 2015. DOI: 10.14295/online.v9i26.338. Disponível em: <<https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/338>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Você sabe o que é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica? Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-o-para-de-fumar/noticias/2022/voce-sabe-o-que-e-a-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica/#>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CÂMARA, K. J. C. et al. Caracterização da qualidade de vida de indivíduos com DPOC e sua associação com variáveis sociodemográficas e clínicas. 2019. Artigo (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/48690>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CARVALHO, R. M.; MEIRELLES, R. M. S. Ensino de Ciências e Saúde para Idosos: Uma proposta de construção de Cartilha Informativa em Grupos de Convivência. *Revista Praxis*. v. 1, n. 2, 2009. DOI: <https://doi.org/10.47385/praxis.v1.n2.1120>

CÁSSIO H.Z., MURILO R.O., ANDREA, L.G.L.G.D.S. et al. Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do Comprehensive ICF Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Saúde Pública*. 2019;27(1):27-34. doi: 10.4322/2526-8910.ctoAO1582

DONG-MEI, L.U. et al. Anxiety and Depression in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Int Transl Med*, v. 5, n. 3, p. 153-159, 2017.

GOMES, R. V. V. Análise do Perfil Epidemiológico das Internações Hospitalares de Pacientes com DPOC no Sus em Sergipe: do Ano de 2018. p. 23-36, 2020.

GULART, A. A.; SANTOS, K.; MUNARI, A. B.; KARLOH, M.; CANI, K. C.; MAYER, A. F. et al. Relationship between the functional capacity and perception of limitation on activities of daily life of patients with COPD. *Fisioter Pesq*. 2015;22(2):104-111. doi:10.590/1809-2950/12836522022015.

HAN, M. K., DRANSFIELD, M. T., & MARTINEZ, F. J. Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definitionclinical-manifestations-diagnosis-and-staging#H20447432>.

INICIATIVA GLOBAL PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (GOLD). Estratégia global para o diagnóstico, manejo e prevenção da doença pulmonar obstrutiva crônica: relatório 2022. Disponível em: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>

LIMA, C.A. et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Bras Enferm*, v. 73, Suppl 1, p. e20190423, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0423>.

LIMA, R. D. Como se apresentam as ocupações de pessoas com doença respiratória crônica? 2019. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019. Disponível em: <<https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/handle/prefix/5887>>. Acesso em: 27 jan. 2024.

MARTINS, R. C. C. C.; CASETTO, S. J.; GUERRA, R. L. F. Changes in quality of life: the experience of elderly persons at a university of the third age. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 1, p. e180167, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.180167. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/g7gyjnFQSPHDKxrGmBcDb3F/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MENEZES, J. N. R. et al. Atividades fisioterapêuticas em grupos para idosos institucionalizados: a percepção do idoso. *Revista FisiSenectus*, v. 5, n. 2, p. 47–53, 2017. DOI: 10.22298/rfs.2017.v5.n2.4124. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/view/4124>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

MIRAVITLLES, M., SOLER-CATALUÑA, JJ, CALLE, M., MOLINA, J., & ALMAGRO, P. (2018). Qualidade de vida em pacientes com DPOC: impacto da doença, comorbidades e manejo. *Jornal internacional de doença pulmonar obstrutiva crônica*, 13, 2801-2810.

MONTSERRAT-CAPDEVILA, J. et al. Overview of the Impact of Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung*, v. 195, p. 77–85, 2017.

NANQUE, M. C. da S. C.; VASCONCELOS, E. M. R. de. Representação social da qualidade de vida de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Saúde (Santa Maria)*, v. 45, n. 3, 2019. DOI: 10.5902/2236583438023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/38023>>. Acesso em: 8 jan. 2024.

PAIXÃO, L. A. R. Autopercepção da saúde em idosos: dimensões e fatores associados, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. 2017. Dissertação (Mestrado) - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/23535>>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ROCHA, F. C. et al. Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, v. 24, n. 4, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562021024.21021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.21021>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

SILVA, M. R. et al. A percepção do idoso institucionalizado sobre os benefícios das oficinas terapêuticas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, p. 76-84, 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016.sup.p76. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6408>>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SIMÃO, C. A. V. et al. Fortalecimento muscular na pessoa com intolerância à atividade secundária à DPOC - estudo de caso. *Revista Investigação Enfermagem*, p. 19-32, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/27403> Acesso em: 29 jan. 2024.

SOUSA, Y. S. O. O Uso do Software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para Pesquisas Qualitativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2021. DOI: 10.12957/epp.2021.64034.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*, v. 52, p. e03353, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. PMID:30304198.

VAES, A. W. et al. Impact of pulmonary rehabilitation on activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Applied Physiology*, v. 126, n. 3, p. 607-615, 2019. PMID:30496707. DOI: 10.1152/jappphysiol.00790.2018.

VARMAGHANI M, DEHGhani M, HEIDARI E, et al. Prevalência global da doença pulmonar obstrutiva crônica: revisão sistemática e metanálise. *East Mediterr Health J.* 19 de março de 2019;25(1):47-57.

ZÜGE, C. H. et al. Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do Comprehensive ICF Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, p. 27-34, 2019. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1582. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/dqSVzzKfFxHgkrn4dJNPzYN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 jan. 2024.