

JÚNIA JORGE RJEILLE CORDEIRO

**Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em
pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
no Brasil**

**Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde**

**São Paulo
2005**

JÚNIA JORGE RJEILLE CORDEIRO

**Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em
pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
no Brasil**

**Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde**

**Programa: Pós-Graduação em Reabilitação
Coordenador: Dr. José Roberto Jardim
Orientador: Dr. José Roberto Jardim**

**São Paulo
2005**

Cordeiro, Júnia Jorge Rjeille

Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. / Júnia Jorge Rjeille Cordeiro. --São Paulo, 2005.
xiii, 111f.

Tese (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo.
Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Reabilitação.

Título em inglês: Validation of the role checklist Brazilian Portuguese version in chronic obstructive pulmonary disease patients.

1. Terapia Ocupacional. 2. Doença pulmonar obstrutiva crônica. 3. Atividades Cotidianas. 4. Papel (Figurativo). 5. Questionários.

JÚNIA JORGE RJEILLE CORDEIRO

**Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em
pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
no Brasil**

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Jardim

Banca Examinadora:

Titulares:

Prof. Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy

Prof^a. Dr^a. Marisa Cotta Mancini

Dr^a. Pola Maria Poli de Araújo

Suplente:

Prof^a. Dr^a. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

Aprovada em:

*“Que vantagem o homem tem com o trabalho pesado, que cansa tanto?
Vendo os vários tipos de trabalho que Deus deu aos homens,
fiquei pensando nessa pergunta.
Todas as coisas têm seu valor quando são feitas na hora certa.
Deus colocou a eternidade no coração do homem, mas assim mesmo
ele não consegue entender completamente os planos e as obras de Deus.
Sei que nada há melhor para o homem do que regozijar-se e levar vida regalada;
e também que é dom de Deus que possa o homem comer, beber e
desfrutar o bem de todo o seu trabalho.”*

*Salomão, Livro de Eclesiastes capítulo 3, versículos 9 a 13
Bíblia Sagrada*

DEDICATÓRIA

A DEUS, fonte de luz, sabedoria e graça, que me conduz nos caminhos da vida;

Ao meu esposo Cleber e aos nossos filhos Isabella e Rafael, pelo estímulo e compreensão fundamentais em todos os processos do meu desenvolvimento pessoal;

Aos meus pais Michel e Leila; base sólida e fundamental de minha existência e estrutura;

A Sandra, colega de profissão e companheira de muitas lutas, pelo apoio incondicional em todas as horas;

A Rosicler, amiga e colega de profissão, por seu exemplo e apoio que me serviram de inspiração nos momentos difíceis;

Aos terapeutas ocupacionais, cuja luta para construir o reconhecimento da profissão em nossa sociedade, impulsionou-me ainda mais na busca das práticas baseadas em evidências científicas.

Aos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, na esperança de prestar-lhes contribuição significativa em sua busca de adaptação às condições que a doença lhes impõe.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de São Paulo – Centro de Reabilitação Pulmonar**, pela acolhida, crédito e oportunidade de desenvolvimento técnico-científico e pessoal.

Ao **Professor Dr. José Roberto Jardim**, por sua capacidade de ensinar e apontar o caminho para as práticas de saúde baseada em evidências científicas.

Aos **colegas do Centro de Reabilitação Pulmonar** pelo apoio e troca de experiências, em especial ao **Dr. Aquiles Camelier**, pelas discussões sobre os métodos e colaboração na coleta de dados, **Dr. Oliver do Nascimento**, **Fisioterapeuta Cristine M. S. Salmi Borges** e **Terapeuta Ocupacional Alessandra Canela Davoli** que colaboraram diretamente na coleta de dados deste trabalho.

À **Terapeuta Ocupacional Maria Noêmia Vieira Pessoa**, pelo trabalho de tradução retrógrada do instrumento estudado.

Ao **Marcelo Ogava**, pelos trabalhos de estatística.

A **Zuraida Luzia Pereira Assumpção**, pela revisão da língua portuguesa e da língua inglesa.

Aos **pacientes voluntários**, fonte de inspiração e sem os quais este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

Introdução: A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais "*Role Checklist*" é um instrumento utilizado originalmente na língua inglesa para obter a percepção do indivíduo em sua participação nos principais papéis ocupacionais ao longo da vida (Parte I), bem como o grau de importância que atribui a cada um destes papéis (Parte II).

Objetivos: Traduzir e adaptar culturalmente este instrumento para a língua portuguesa utilizada no Brasil e verificar a sua reprodutibilidade em uma amostra de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Material e Método: A tradução e a adaptação cultural seguiram método anteriormente utilizado em questionários para DPOC. A versão brasileira foi aplicada duas vezes, num intervalo de 15 dias, em 25 pacientes (9 mulheres) clinicamente estáveis. O percentual de concordância, bem como o coeficiente de Kappa, foram utilizados para verificar a reprodutibilidade.

Resultados: Os valores de Kappa sugeriram coeficientes de concordância moderada (0,41-0,60) à substancial (0,61-0,80) para a maior parte dos papéis nas Partes I e II do instrumento, sendo que o papel "Amigo" apresentou os menores escores de concordância. Não houve diferença estatisticamente significativa na reprodutibilidade dos subgrupos das variáveis sexo, idade, ocupação, estado civil, escolaridade, estágio da doença, grau de depressão, grau de auxílio requerido no preenchimento do instrumento e dúvidas apresentadas pelos pacientes.

Conclusão: A versão brasileira é um instrumento válido e reprodutível para DPOC e, provavelmente, para a população em geral neste país.

ABSTRACT

Introduction: The Role Checklist is an instrument originally used in English language to identify individual's perception of their participation in the major occupational roles along life span (Part I) and the degree to which each role is valued (Part II).

Objectives: To translate, culturally adapt the instrument to Brazilian Portuguese language and verify its reproducibility in a sample of chronic obstructive disease patients (COPD).

Subjects and Method: Translation and cultural adaptation followed method previously used in questionnaires for COPD. The Brazilian Portuguese version was test-retested in a two-week interval, in 25 clinically stable patients (9 women). Percent agreement and Kappa were used to check its reproducibility.

Results: Values obtained for Kappa suggested moderate (0,41-0,60) to substantial (0,61-0,80) agreement to the majority of roles in Parts I and II of the Checklist and the role "Friend" presented the lowest score of agreement. No statistically significant differences were found in the reproducibility of the sample's subgroups in the variables gender, age, occupation, marital status, level of education, disease' stage, level of depression, required assistance to answer the instrument and doubts presented by the patients.

Conclusion: The Brazilian Portuguese version was found content valid and reliable for COPD patients and probably for the Brazilian population in general.

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Alt.	– Altura
CIF	– Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
cm	– Centímetro
CVF	– Capacidade vital forçada
DP	– Desvio padrão
DPOC	– Doença pulmonar obstrutiva crônica
EPM	– Escola Paulista de Medicina
Est.	– Estado
GOLD	– <i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
Hosp.	– Hospital
IC	– Intervalo de confiança
IDATE	– Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IMC	– Índice de massa corpórea
Kg	– Quilograma
Kg/m ²	– Quilograma por metro ao quadrado
m	– Metro
MEEM	– Mini-Exame do Estado Mental
Mi	– Mediana
No.	– Número
OMS	– Organização Mundial de Saúde
p.	– Página
Reg.	– Registro
SpO ₂	– Saturação de oxigênio
UNIFESP	– Universidade Federal de São Paulo
VEF ₁	– Volume expiratório forçado no primeiro segundo
Δ	– Delta (variação)
X	– Média
%	– Percentual

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	9
2.1. Hipótese	10
2.2. Objetivo geral	10
2.3. Objetivos específicos	10
2.4. Relevância e justificativa	10
3. MATERIAL E MÉTODOS	12
3.1. Casuística	13
3.2. Protocolo	14
3.3. Tradução e adaptação cultural da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	15
3.4. Métodos clínicos	
3.4.1. Questionário de estabilidade do ambulatório de DPOC	16
3.4.2. Mini-Exame do Estado Mental	16
3.4.3. Espirometria	16
3.4.4. Oximetria de pulso em repouso	17
3.4.5. Avaliação nutricional: Índice de Massa Corpórea	17
3.4.6. Inventário de Depressão de Beck	17
3.4.7. Inventário de Ansiedade Traço-Estado	18
3.5. Métodos Estatísticos	
3.5.1. Percentual de concordância	18
3.5.2. Coeficiente de confiabilidade de Kappa	19
3.5.3. Teste t-Student	19
3.5.4. Coeficiente de correlação de Pearson	19
3.5.5. Apresentação de resultados em <i>boxplot</i>	19
4.6. Método de ordenação bibliográfica	20
4.7. Método de apresentação gráfica das tabelas	20

4. RESULTADOS	21
4.1. Dados demográficos e antropométricos	22
4.2. Estadiamento, estabilidade clínica e oxigenação	23
4.3. Características cognitivo-emocionais	24
4.4. Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	
4.4.1. Reprodutibilidade das questões	25
4.4.2. Tempo de resposta e sumarização dos dados	30
4.4.3. Auxílio requerido pelos indivíduos	30
4.4.4. Opinião dos indivíduos sobre o instrumento	31
4.5. Comportamento da reprodutibilidade da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais nos subgrupos das variáveis	32
5. DISCUSSÃO	40
6. CONCLUSÃO	49
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
8. ANEXOS	59
Anexo I – Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética	
Anexo II – Original em inglês do <i>Role Checklist</i> – Guia de Aplicação	
Anexo III – Original em inglês do <i>Role Checklist</i> – Impresso para Coleta de Dados	
Anexo IV – Versão brasileira do guia de aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	
Anexo V – Versão brasileira do impresso para coleta de dados da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	
Anexo VI – Tradução retrógrada do guia de aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	

- Anexo VII** – Tradução retrógrada do impresso para coleta de dados da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais
- Anexo VIII** – Carta informativa ao paciente e termo de consentimento
- Anexo IX** – Questionário de estabilidade clínica do ambulatório de DPOC da UNIFESP
- Anexo X** – Mini-Exame do Estado Mental
- Anexo XI** – Inventário de Depressão de Beck .
- Anexo XII** – Inventário de Ansiedade Traço-Estado
- Anexo XIII** – Dados demográficos individuais
- Anexo XIV** – Dados individuais de caracterização da DPOC na amostra
- Anexo XV** – Dados antropométricos individuais
- Anexo XVI** – Dados cognitivo-emocionais individuais
- Anexo XVII** – Dados individuais e concordância das respostas à Parte I da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais
- Anexo XVIII** – Dados individuais e concordância das respostas à Parte II da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais
- Anexo XIX** – Dados individuais de utilização de tempo e auxílio para aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais
- Anexo XX** – Dados individuais sobre a opinião dos pacientes sobre a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição clínica associada com alto grau de incapacidade física e social. A DPOC é definida como entidade clínica que se caracteriza pela presença de obstrução ou limitação crônica ao fluxo aéreo, apresentando progressão lenta e irreversível²⁸. A origem destas alterações é a combinação de bronquite crônica e enfisema pulmonar, na maioria das vezes resultante do tabagismo crônico.

A bronquite crônica é definida em bases clínicas pela presença constante ou por aumento recorrente de secreções brônquicas, suficientes para causar expectoração, por pelo menos três meses ao ano, em dois anos consecutivos, estando afastadas as outras causas capazes de produzir expectoração crônica³.

O enfisema é definido anatomicamente como um alargamento anormal e persistente dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, acompanhado de destruição de suas paredes, sem fibrose óbvia³.

As principais causas de DPOC são o tabagismo (90%), poluição aérea (principalmente com dióxido de enxofre e material particulado), exposição ocupacional e fatores genéticos (deficiência de alfa-1 antitripsina). Outros fatores relacionados ao aparecimento da DPOC são infecção pulmonar no primeiro ano de vida, prematuridade e dieta com baixa quantidade de vitaminas antioxidantes (vitaminas A, C, E)³. Os principais sintomas da DPOC são tosse, produção de secreção, sibilância e dispnéia, sendo este último um dos principais responsáveis pela limitação ao exercício físico e atividades de vida diária com conseqüente piora na qualidade de vida⁴.

A limitação na capacidade de desempenho das atividades de vida diária está diretamente relacionada com a limitação ao exercício físico⁴, uma vez que estas atividades envolvem gasto energético para serem realizadas e, quanto mais intensas forem, maior será o consumo de oxigênio, exigindo que haja aumento da ventilação. Pacientes com DPOC habitualmente são limitados pelo componente ventilatório, traduzindo-se em desconforto respiratório (dispnéia) e físico⁶⁵.

Segundo a *American Occupational Therapy Association*¹, as atividades de vida diária ou áreas de desempenho ocupacional classificam-se nas seguintes categorias:

1. Atividades básicas de vida diária: são as de auto-cuidado corporal;

2. Atividades instrumentais de vida diária: são as relacionadas à interação do indivíduo com o meio ambiente, são complexas e geralmente têm um caráter opcional. Ex.: Cuidar de animais domésticos, utilizar equipamentos de comunicação, administrar as finanças pessoais, manutenção e limpeza da casa, entre outras;
3. Atividades educativas: são as que envolvem o indivíduo como estudante e sua participação num ambiente de aprendizagem;
4. Atividades de trabalho: são as que envolvem o indivíduo em emprego remunerado ou atividades voluntárias;
5. Brincar: são atividades espontâneas que provêm prazer, entretenimento ou diversão;
6. Atividades de lazer: são de caráter não obrigatório, possuem motivação intrínseca e são alocadas no tempo livre do indivíduo, no qual ele não está envolvido com trabalho, auto-cuidado ou período de sono;
7. Participação social: são as atividades associadas a padrões de comportamento organizados que são característicos e esperados de um indivíduo na interação com outros num dado sistema social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁷ considera o desempenho de atividades e a participação social como elementos básicos no modelo de análise do impacto da condição de saúde/doença (Figura 1). Portanto, o desempenho de funções ocupacionais é um componente vital para a adaptação biopsicossocial do indivíduo, conforme suas limitações e potencialidades, devendo ser seriamente considerado pelos profissionais envolvidos em processos de reabilitação de portadores de deficiências crônicas.

Segundo a Teoria do Comportamento Ocupacional, conforme citado por Branholm & Fugl-Meyer (1994), os indivíduos desempenham suas atividades dentro dos papéis ocupacionais que assumem durante o decorrer da vida. Os papéis ocupacionais são determinantes críticos da produtividade humana. Eles organizam o comportamento contribuindo para a identidade pessoal dos indivíduos, conduzindo as expectativas sociais a uma realização, organizando o uso do tempo e envolvendo os indivíduos na estrutura social. Estes papéis envolvem também obrigações e posições que os indivíduos ocupam em grupos

sociais e como interagem dentro deles, atendendo às expectativas de comportamento e desempenho próprios de cada papel ou função¹³.

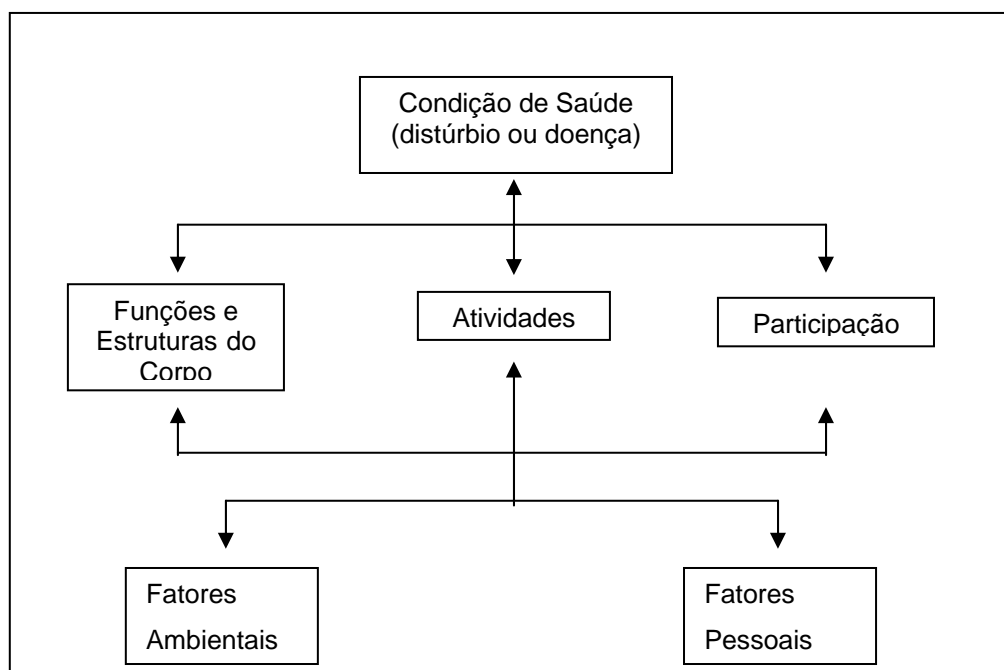


Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF – Processo de Funcionalidade e Incapacidade

Fonte: CIF¹⁷, p.30

Indivíduos que sofrem de traumatismos ou doenças crônicas correm riscos de sofrerem interrupção ou alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais, devido às alterações nas estruturas corporais. Estes indivíduos têm de lidar não somente com a mudança em sua capacidade funcional, como também com a perda de um ou mais papéis que se constituem em importantes componentes de sua auto-imagem²³.

No caso do paciente com DPOC, certamente a sensação de bem-estar físico, mental e social estará relacionada às diversas intervenções terapêuticas existentes, como medicamentos, treinamento físico, suporte nutricional e psicológico, dentre outros, que visam melhorar o impacto da doença na saúde, nas atividades de vida diária e no seu bem-estar¹⁵.

Neste sentido, cabe ao terapeuta ocupacional avaliar e intervir com seus recursos específicos, uma vez que seu objetivo final é a promoção ou restauração do desempenho adequado destas atividades, visando garantir a máxima independência e satisfação das necessidades e metas do indivíduo¹³.

Uma visão apropriada da incapacidade na Terapia Ocupacional envolve a compreensão de como a doença e/ou suas seqüelas afetam o desempenho das atividades de vida diária organizadas em papéis ocupacionais⁴³. O sucesso da adaptação após uma doença ou incapacidade depende da recuperação ou estabelecimento de novos papéis ocupacionais⁴³. Portanto, os papéis ocupacionais são o principal foco do terapeuta ocupacional que trabalha alinhado com as diretrizes da OMS¹⁷, considerando o desempenho de papéis como um componente essencial para a vida independente e produtiva⁴³.

A literatura científica aponta a existência de um instrumento que envolve a avaliação dos papéis ocupacionais⁶⁷, no contexto de uma entrevista semi-estruturada. Denominado *Assessment of Occupational Functioning*, o instrumento inclui também a avaliação de outros componentes dos subsistemas de performance descritos no Modelo da Ocupação Humana⁴⁷.

A literatura registra, no entanto, um instrumento de origem americana, especificamente validado para identificar os papéis ocupacionais, denominado *Role Checklist*⁵⁵ (Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais - Anexo II). Este instrumento foi criado por Frances Oakley, terapeuta ocupacional, com a finalidade de extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa, tais como a participação do indivíduo em papéis ao longo de sua vida e o grau de importância atribuído a cada um.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um inventário escrito, que exige aproximadamente quinze minutos para ser aplicado, e é indicado para adolescentes, adultos e idosos. O instrumento oferece⁵²:

1. Dados sobre a percepção do indivíduo quanto à participação em papéis ocupacionais ao longo de sua vida, uma vez que ele deverá responder se percebe-se envolvido ou não com os papéis listados, tanto no passado, quanto no presente, bem como se planeja seu envolvimento com os mesmos no futuro;
2. Dados referentes ao grau de importância que o indivíduo atribui a cada papel, uma vez que ele deverá emitir o quanto valoriza cada papel, independentemente de já ter se envolvido com o mesmo ou não;
3. Informação complementar sobre a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis, uma vez que poderá avaliar as perdas e ganhos de

papéis entre as dimensões de passado, presente e planejamento para o futuro.

O instrumento, conforme apresentado em material produzido pelo Departamento de Medicina de Reabilitação - *National Institutes of Health*⁵², é composto por: Guia de Aplicação (Anexo II) e Impresso para Coleta de Dados (Anexo III). O Guia de Aplicação traz informações básicas sobre a fundamentação e forma de utilização do instrumento. O Impresso para Coleta de Dados é o formulário onde o indivíduo obterá as instruções de preenchimento e anotará suas respostas. Este impresso é dividido em Partes I e II, as quais apresentam e definem dez papéis ocupacionais. Na Parte I, coletam-se informações sobre os papéis desempenhados ou planejados nos tempos passado, presente e futuro. Na Parte II registra-se o grau de importância atribuída a cada papel, marcando-se uma opção entre as colunas denominadas: nenhuma importância, alguma importância ou muita importância.

Os dez papéis ocupacionais apresentados e definidos no impresso para coleta de dados são:

- 1.

instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.;

10. Participante em Organizações: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como *Rotary* ou *Lions Club*, Vigilantes do Peso, etc.;
11. Outro: Um papel não listado que se tenha desempenhado, que desempenha no momento e/ou planeja desempenhar no futuro.

O propósito da Lista é identificar papéis com os componentes ocupacionais que servem para organizar a vida diária dos indivíduos. Assim, a frequência do desempenho está incluída nas definições dos papéis. Por exemplo, o papel Membro de Família se refere ao tempo gasto ou realização de algo, pelo menos uma vez por semana, com membros da família tais como esposo(a), filhos, pais ou outros parentes. A sentença chave é “uma vez por semana”. As pessoas podem se ver como membros da família, mas suas famílias podem residir fora da cidade o que resulta em contatos pouco freqüentes. Portanto, esse papel não é próprio para organizar a atual vida diária deste sujeito.

Após a publicação do estudo de validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais com amostra da população norte-americana⁵⁴, a literatura mostra uma série de outros estudos que buscaram correlacionar as modificações de papéis ocupacionais com ocorrência de fatos específicos que teoricamente comprometem a função ocupacional dos indivíduos, podendo alterar seus papéis ocupacionais, tais como: mães de crianças pequenas²², idosos^{24,27,45,62}, pessoas da comunidade comparadas com pacientes²³, portadores de fratura de quadril²⁶, transplantados de medula óssea⁶, cuidadores de portadores de traumatismo crânio-encefálico³³, portadores de traumatismo crânio-encefálico⁴³, portadores de alteração afetiva bipolar⁴⁹, portadores de desordem de personalidade múltipla⁵⁹, portadores de alteração obsessivo-compulsiva⁹, adolescentes⁸, adolescentes portadores de distúrbios psicossociais^{25,51,62}, pacientes psiquiátricos^{7,40,54}, portadores de Alzheimer⁵³, comportamento feminino relacionado ao exercício físico⁵⁷, e portadores de dor crônica³⁹.

Após a validação do instrumento original em língua inglesa, foram disponibilizadas versões não validadas nos seguintes idiomas: árabe, holandês, francês, alemão, japonês, espanhol, sueco e português⁵².

A versão francesa foi validada no Canadá, utilizando-se cinco dos sete passos do método descrito por Vallerand e Haccoun⁴¹. A população utilizada foi de dezenove indivíduos bilíngües portadores de esquizofrenia como diagnóstico primário, que se encontravam clinicamente estáveis.

Colón & Haertlein (2002) utilizaram uma amostra de quatorze estudantes universitários bilíngües nos Estados Unidos da América para validar a versão espanhola. O método utilizado foi adaptado do método utilizado na versão francesa⁴¹.

A literatura não relata outros processos de validação ou de adaptação transcultural das outras versões. Não há comprovação de que instrumentos validados em um país possam ser aplicados aos pacientes de outro país, com língua e culturas diferentes^{29,38}. As perguntas, portanto, devem ser adaptadas para cada língua e cultura do país em que serão utilizadas, para que seus resultados possam refletir os objetivos determinados pelos autores na ocasião do desenvolvimento dos instrumentos em seus países de origem³⁸.

A grande maioria dos instrumentos de avaliação das funções ocupacionais foi formulada em língua inglesa^{5,41}. No que tange à população portadora de DOPC no Brasil, não existe instrumento validado para a avaliação das referidas funções, cujo foco é um dos principais na abordagem adotada pelos profissionais de saúde, em se tratando de doença crônica que interfira nas atividades de vida diária e na qualidade de vida²⁸.

Finalmente, não basta intervir nas estruturas e funções corporais do portador de DPOC, que se centram especialmente nos sistemas respiratório e músculo-esquelético. É preciso avançar também para os aspectos das atividades e da participação social quando se consideram as diretrizes do modelo de saúde e funcionalidade preconizado pela OMS¹⁷ (Figura 1). E para que isto possa ocorrer no Brasil, é fundamental a existência de instrumentos validados que permitam a avaliação de aspectos ocupacionais desta população.

2 – OBJETIVOS

2.1. Hipótese

A versão da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em português utilizado no Brasil é um instrumento válido por sua reprodutibilidade.

2.2. Objetivo geral

O objetivo deste estudo é verificar, pela primeira vez no Brasil, se a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (*Role Checklist*) é um instrumento válido e reprodutível em uma amostra de pacientes portadores de DPOC.

2.3. Objetivos específicos

- Traduzir e fazer a adaptação transcultural do instrumento à língua portuguesa utilizada no Brasil;
- Verificar a reprodutibilidade do instrumento em uma amostra de pacientes portadores de DPOC;
- Verificar o tempo gasto para a aplicação e sumarização dos dados coletados;
- Correlacionar o grau de estabilidade dos dados coletados com valores que caracterizam a amostra: sexo, idade, ocupação, estado civil, estágio da doença, escolaridade, depressão, ansiedade, auxílio requerido durante a aplicação do instrumento e número de dúvidas apresentadas no entendimento do instrumento.

2.4. Relevância e Justificativa

Segundo Carlo e Bartalotti (2001), o terapeuta ocupacional brasileiro é um profissional que “necessita de sólida bagagem de conhecimento cientificamente comprovada, que o ajude no exercício de sua profissão, que se centra em algo tão óbvio quanto a atividade humana, mas que resulta em inter-relações às vezes difíceis de se compreender e manejar por serem muitos fatores que intervêm em sua dinâmica” (p. 11). Sem instrumentos de avaliação apropriados, não há como se medir intervenções terapêuticas, o que restringe a comprovação do valor que o profissional possa agregar à assistência ao paciente. A falta de instrumentos validados em sua própria cultura não é um

problema enfrentado somente por terapeutas ocupacionais brasileiros e isto gera impacto negativo na prática clínica e no desenvolvimento científico da profissão^{20,41}.

Avaliar e intervir nos papéis ocupacionais dos indivíduos é parte do domínio da Terapia Ocupacional¹, por meio do qual o profissional auxiliará os indivíduos a maximizarem suas habilidades pelo desenvolvimento de novos hábitos e capacidades, de forma que possam reassumir antigos ou assumir novos papéis ocupacionais²³. Não há descrito na literatura um instrumento validado em língua portuguesa para este tipo de avaliação.

Por outro lado, a DOPC é uma das principais causas de morte no mundo e onera os sistemas de saúde, especialmente nos países onde o índice de tabagismo ainda é alto, conduzindo a seqüelas cr

3 – MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Casuística

Uma vez aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP (Anexo I), o projeto de pesquisa iniciou-se com a seleção dos indivíduos arrolados como pacientes do Ambulatório de DPOC do Centro de Reabilitação Pulmonar – Universidade Federal de São Paulo / Lar Escola São Francisco, que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- ◇ Diagnóstico clínico-espirométrico de DPOC: tabagismo em curso ou no passado quantificados em anos-maço, história clínica de tosse e presença constante ou aumento recorrente de secreções brônquicas, suficientes para causar expectoração por, pelo menos, três meses no ano, em dois anos consecutivos, e que não possa ser atribuída a outras causas cardíacas ou pulmonares; relação $VEF_1 / CVF < 0,70$ ²⁸;
- ◇ Clinicamente estáveis: Ausência de piora dos sintomas no intervalo de quinze dias, nem alterações importantes no quadro clínico conforme avaliado por meio do questionário desenvolvido pelo grupo de DPOC da Disciplina de Pneumologia (Anexo IX) as quais implicam em ausência de: internação hospitalar por qualquer motivo no período do estudo ou trinta dias antes de seu início, piora dos sintomas, mudança do esquema medicamentoso em uso pelo paciente;
- ◇ Aspectos cognitivos das funções mentais preservados, apresentando escore igual ou maior que 24 no Mini-Exame do Estado Mental^{11,32,48} (Anexo X).

Foram pré-selecionados 26 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão no estudo. Um indivíduo foi excluído durante o estudo por apresentar-se clinicamente instável quinze dias após a primeira coleta de dados. O estudo prosseguiu com 25 indivíduos.

Participaram 9 (36%) indivíduos do sexo feminino e 16 (64%) indivíduos do sexo masculino, com idade média de 65,7 ($\pm 9,3$) anos.

3.2. Protocolo

Os indivíduos selecionados foram devidamente esclarecidos sobre o protocolo e assinaram termo de consentimento para participação (Anexo VIII).

Neste trabalho foram seguidas as fases habituais de um processo de validação e adaptação cultural de questionários já realizado anteriormente^{15,64}. Os 25 indivíduos que participaram do estudo responderam à Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais duas vezes, em um intervalo de quinze dias, conforme instruções do guia de aplicação (Anexo IV).

Os indivíduos responderam a Lista lendo-a diretamente, na presença da autora e as dúvidas em relação às questões foram esclarecidas. Para aqueles que não conseguiam ler ou que assim preferiram, as questões foram lidas em voz alta pela autora.

O ambiente utilizado pela autora na aplicação da Lista era calmo, e não eram permitidas interrupções durante o procedimento. Não era permitida a presença de outras pessoas no mesmo recinto, que não fossem a autora e o entrevistado.

O tempo de aplicação da Lista aos indivíduos, bem como o tempo utilizado pela autora para compilar os dados na folha de sumário, foram medidos em minutos. O campo de Comentários, da folha de sumário, não foi preenchido, por não se tratar de aplicação em uma situação clínica. Este campo destina-se ao registro das impressões do aplicador sobre os dados obtidos, com vistas a fundamentar a intervenção a ser planejada em seguida. Os comentários pertinentes nesta situação de pesquisa foram direcionados para um impresso anexado ao instrumento na primeira aplicação e se referiram à opinião do indivíduo a respeito do instrumento no que tange à extensão do mesmo, bem como em relação ao conteúdo das suas perguntas e respostas, e ao número de questões que geraram dúvidas. Também eram determinadas as questões em que tiveram dificuldade e o motivo das mesmas (última página do Anexo V).

Foram também colhidos dados relativos à: saturação de oxigênio (nas duas consultas), avaliação nutricional (Índice de Massa Corpórea), depressão (Inventário de Beck – Anexo XI) e ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Anexo XII).

3.3. Tradução e adaptação transcultural da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Inicialmente, foi feito contato com a autora do instrumento nos Estados Unidos da América comunicando-a sobre os objetivos deste projeto de pesquisa e convidando-a a fazer parte do painel de especialistas que procederam à tradução e à validação da versão brasileira. Frances Oakley aceitou o convite e participou das etapas de revisão da tradução retrógrada e adaptação transcultural, bem como da discussão dos resultados.

A versão em português existente e mencionada na literatura⁵² não foi utilizada neste estudo por não se encontrar validada para a língua portuguesa falada no Brasil e cultura deste país. A literatura^{29,38} recomenda o estudo de validação por meio de aplicação em população que utiliza a língua-alvo de forma corrente, a fim de que se proceda a adaptação transcultural e a nova versão se mantenha fiel ao instrumento original em seus objetivos e conteúdo.

Neste sentido, o primeiro passo foi realizar a tradução do guia de aplicação e do impresso de coleta de dados originais em inglês (Anexos II e III) para a língua portuguesa. A tradução foi feita pela pesquisadora principal, que tem o conhecimento e domínio da língua inglesa. Esta primeira versão em português foi aplicada em 10 pacientes portadores de DPOC e foram investigadas possíveis dúvidas e dificuldades em relação ao texto. As dificuldades apontadas foram também analisadas e discutidas pelo painel de especialistas formado pela pesquisadora principal, pela autora do instrumento e por dois médicos experientes em validação de questionários em DPOC, para que fossem feitas as devidas adaptações à língua portuguesa e aos costumes do Brasil, chegando-se à versão brasileira final (Anexos IV e V). Esta segunda versão foi traduzida de forma retrógrada para o inglês por uma terapeuta ocupacional brasileira que tem o domínio da língua inglesa, porém nunca havia estado em contato com o instrumento previamente (Anexos VI e VII). Foram então comparadas a versão original em inglês e a tradução retrógrada do guia de aplicação e do impresso de coleta. Uma vez constatada a preservação do conteúdo da versão brasileira pelo painel de especialistas, a mesma foi aprovada para utilização no estudo de reprodutibilidade.

3.4. Métodos Clínicos

3.4.1. Questionário de estabilidade do ambulatório de DPOC

O Questionário de Estabilidade Clínica da DPOC foi padronizado pelo grupo de DPOC da Disciplina de Pneumologia da UNIFESP/EPM e é utilizado para verificação da estabilidade clínica destes pacientes. Contém oito perguntas com respostas objetivas e a estabilidade clínica é verificada quando não se encontram modificações nas respostas entre as duas aplicações feitas no intervalo de quinze dias, no qual os pacientes foram estudados (Anexo IX).

3.4.2. Mini-Exame do Estado Mental

Instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo³² composto de trinta questões apresentadas em dois tipos de subtestes: um verbal e um não-verbal⁴⁸. Os subtestes verbais medem, em particular, a orientação têmporo-espacial, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem⁴⁸. Os subtestes não-verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções. O escore varia de 0 a 30 e foi utilizada a nota de corte de 24^{11,48}. O instrumento foi aplicado pela autora em ambiente tranqüilo, sem interrupção de terceiros.

3.4.3. Espirometria

Os pacientes realizaram uma espirometria no aparelho VITATRACE – VT 130 SL. O espirômetro possui na parte traseira um conector de saída de sinal analógico, proveniente de um circuito interno, com um potenciômetro de alta precisão. O sinal era enviado à interface de um computador, que registrava as curvas de expiração. Após a calibração adequada do aparelho, eram acrescentados, em tela específica, dados do paciente, tais como: idade, sexo, raça, peso em quilogramas, altura em metros e história tabágica.

Para a realização do exame, foi administrado, aos indivíduos, quatrocentos microgramas de salbutamol (broncodilatador). Após quinze minutos, iniciavam-se os procedimentos de medida, com os indivíduos em posição sentada, descansados e respirando ar ambiente. Após acionamento da tela iniciadora, os indivíduos realizaram duas a três respirações tranqüilas; após comando verbal, foi solicitado que inspirassem até a capacidade pulmonar total e,

após novo comando, que expirassem o mais rápido possível, completo e vigorosamente, até o volume residual, com subsequente inspiração máxima.

A partir destas manobras obtiveram-se as variáveis que foram utilizadas neste estudo para análise: capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e a relação entre VEF_1 e CVF, tanto em valores absolutos atuais como em valores em porcentagem do previsto.

3.4.4. Oximetria de pulso em repouso

A saturação de oxigênio foi mensurada após o paciente estar em repouso, sentado e respirando ar ambiente por, pelo menos, quinze minutos, utilizando-se o aparelho PULSE OXIMETER MODEL 300 - PALCO LABORATORIES.

3.4.5. Avaliação nutricional: Índice de Massa Corpórea

A avaliação do estado nutricional foi realizada pela mensuração do peso, altura e cálculo do IMC. O IMC foi definido como a razão entre o peso pelo quadrado da altura (Kg/m^2). Este índice foi obtido em balança calibrada (Filizola[®]), medidas realizadas com o paciente sem sapatos. Este índice foi empregado para diagnóstico nutricional, sendo considerado desnutrição quando encontrado valor inferior a $22 Kg/m^2$; eutrofismo para o valor estivesse entre 22 e $27 Kg/m^2$ e sobrepeso para valor de IMC superior a $27 Kg/m^2$, conforme os critérios descritos na literatura para portadores de DPOC⁴⁴.

3.4.6. Inventário de Depressão de Beck

Este instrumento é uma medida de auto-avaliação de depressão amplamente utilizada tanto em pesquisa como em clínica, e seus resultados são compatíveis com o diagnóstico de depressão^{34,35}.

O instrumento apresenta 21 grupos de quatro afirmativas, entre as quais o indivíduo assinala uma que corresponda àquela que melhor descreva como ele se sente no momento da administração do mesmo. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido^{34,35}.

O escore total varia de 0 a 63 e o resultado é classificado em: normal (0 a 9), depressão mínima (10 a 15), depressão leve a moderada (16 a 19), depressão moderada a grave (20 a 29) e depressão grave (30 a 63)^{34,35}.

O inventário foi respondido na presença da autora, em ambiente tranquilo. Aqueles que não podiam ler ou assim preferiram, tiveram as questões lidas em voz alta pela autora (Anexo XI)

3.4.7. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Este instrumento é utilizado para investigar fenômenos de ansiedade. Ele mede o estado e o traço de ansiedade. A ansiedade-estado é caracterizada como estado emocional transitório ou condição orgânica associada a sentimentos desagradáveis como tensão e apreensão conscientemente percebidas e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. A ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade e implica na disposição para reagir a situações de tensão com quantidades variáveis de ansiedade-estado¹².

O instrumento constitui-se de duas escalas com 20 afirmativas cada uma, visando medir a ansiedade-estado e a ansiedade-traço, para que os indivíduos respondam com se sentem naquele momento e como geralmente se sentem, respectivamente¹².

Os resultados em cada uma das escalas varia de 20 a 80 e são classificados em: baixo grau de ansiedade (escore menor que 30), médio grau de ansiedade (escore entre 31 e 50) e alto grau de ansiedade (escore maior que 50)^{12,57}.

O inventário foi respondido na presença da autora, em ambiente tranquilo. Aqueles que não podiam ler ou assim preferiram, tiveram as questões lidas em voz alta pela autora (Anexo XII)

3.5. Métodos Estatísticos

3.5.1. Percentual de concordância: Medida amplamente empregada em estudos de reprodutibilidade^{41,55}; foi utilizada para registrar a porcentagem das respostas concordantes entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento.

3.5.2. Coeficiente de confiabilidade Kappa: Este coeficiente é uma forma de quantificar o grau de concordância entre duas avaliações ordenadas em categorias e corrigir as chances de concordância^{41,50,55}. Foi utilizada a tabela de interpretação dos valores de Kappa segundo Landis e Koch (1977), a saber:

Resultado do Kappa	Força da Concordância
< 0,00	Fraca
0,00 – 0,20	Leve
0,21 – 0,40	Razoável
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Substancial
0,81 – 1,00	Quase perfeita

3.5.3. Teste t-Student: Teste utilizado para se conhecer diferenças estatisticamente significantes entre duas amostras de dados pareados, considerando graus de liberdade¹⁴.

3.5.4. Coeficiente de correlação de Pearson: mede a associação entre dois grupos de medidas da mesma amostra, determinando a magnitude e a direção da mesma. Varia de -1 a 1, onde +1 significa uma perfeita correlação positiva, zero significa ausência completa de correlação e -1 significa uma perfeita correlação negativa¹⁴.

Para todos os testes estatísticos, o nível de significância adotado foi de alfa < 0,05 ou 5%.

3.5.5. Apresentação de resultados em *boxplot*: forma de apresentação gráfica da distribuição dos valores, tomando a mediana como referência. São construídas “caixas”, sendo a mediana representada por uma linha no interior das mesmas. Estas caixas representam os valores compreendidos entre o percentil 25 e o percentil 75%. Desta forma, 50% dos valores centrais da distribuição encontram-se em torno da mediana. Da parte superior e inferior destas caixas são

traçadas as chamadas “cercas”, que representam o limite superior e inferior, respectivamente. O limite superior é calculado pela soma do valor do percentil 75 com uma vez e meia o valor do intervalo inter-quartil. O limite inferior, por analogia, é calculado segundo a subtração de uma vez e meia o intervalo inter-quartil do percentil 25. Qualquer valor fora dos limites superior e inferior é representado por um pequeno círculo que se configura num *outlier*, ou seja, um valor distante da mediana e, portanto, raro.¹⁴

3.6 Método de ordenação bibliográfica: Foram utilizadas as normas da *American Psychological Association*². Para a formatação desta tese, foi feita uma adaptação às normas no que se refere às referências no corpo do texto: ao invés de utilizar os sobrenomes dos autores e datas de publicação, utilizou-se por utilizor

3.97992

4 – RESULTADOS

4.1. Dados demográficos e antropométricos

Foram avaliados 25 pacientes portadores de DPOC, conforme os critérios diagnósticos e de inclusão anteriormente descritos, apresentando distribuição por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e ocupação conforme exposto na Tabela 1. Em relação à ocupação, foram classificados de ativos, os indivíduos que apresentaram trabalho regular e remunerado, e de inativos os indivíduos que estavam afastados do trabalho ou desempregados ou aposentados. A escolaridade foi medida em anos de educação formal. Os dados individuais destes aspectos encontram-se no Anexo XIII.

Tabela 1 - Caracterização demográfica dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo considerando sexo, idade, ocupação, estado civil e escolaridade.

Categoria		Freqüência (%)
Sexo	Feminino	9 (36%)
	Masculino	16 (64%)
Idade (anos)	40 - 49 anos	2 (8%)
	50 - 59 anos	2 (8%)
	60 - 69 anos	12 (48%)
	70 - 79 anos	8 (32%)
	80 - 89 anos	1 (4%)
Estado civil	Solteiro	3 (12%)
	Casado	16 (64%)
	Viúvo	6 (24%)
Escolaridade	Lê/escreve - 1 a 4 anos incompletos	8 (32%)
	4 a 8 anos incompletos	11 (44%)
	8 anos e mais	6 (24%)
Ocupação	Ativo*	8 (32%)
	Inativo**	17 (68%)

*ativo = possui trabalho regular e remunerado

**inativo = afastado do trabalho regular ou desempregado ou aposentado

Em relação ao grau de nutrição medido pelo Índice de Massa Corpórea e classificado conforme critérios de Harmon-Weiss (1999), os dados encontram-se na Tabela 2. Os valores antropométricos individuais de peso, altura e IMC estão listados no anexo XV.

Tabela 2 - Média, desvio-padrão, mediana e intervalo de confiança da idade, escolaridade, peso, altura e IMC dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

	X	DP	Mi	IC (95%)	
Idade (anos)	65,7	9,3	66,0	62,1	69,3
Escolaridade (anos)	5,2	4,1	4,0	3,6	6,8
Peso (Kg)	66,2	13,9	65,5	60,8	71,7
Altura (m)	1,6	0,1	1,6	1,6	1,7
IMC (Kg/m ²)	25,1	4,8	24,1	23,2	27,0

4.2. Estadiamento, estabilidade clínica e oxigenação

Para o estadiamento da amostra foram utilizados os critérios do GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*²⁸, com a seguinte distribuição:

- ◇ 3 (12%) pacientes no estágio I – DPOC leve ($VEF_1/CVF < 0,70$ e $VEF_1 \geq 0,80$);
- ◇ 8 (32%) pacientes no estágio II – DPOC moderada ($0,50 \leq VEF_1 < 0,80$);
- ◇ 11 (44%) pacientes no estágio III – DPOC grave ($0,30 \leq VEF_1 < 0,50$);
- ◇ 3 (12%) pacientes no estágio IV – DPOC muito grave ($VEF_1 < 0,30$).

Dos 26 pacientes admitidos no estudo, 25 pacientes preencheram os critérios de estabilidade clínica, não havendo alterações importantes do ponto de vista clínico, no intervalo de 15 dias entre as duas aplicações da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, conforme avaliação realizada mediante aplicação do Questionário de Estabilidade Clínica (Anexo IX).

O esquema terapêutico medicamentoso utilizado pelos pacientes foi mantido sem qualquer alteração no intervalo dos 15 dias de estudo da amostra.

A média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo de confiança dos dados espirométricos (VEF_1 , VEF_1 , CVF , CVF e VEF_1/CVF), da saturação de oxigênio e

dos anos-maço estão apresentados na Tabela 3 e seus valores individuais, juntamente com o estadiamento da amostra, encontram-se no Anexo XIV.

Tabela 3 - Média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança do VEF₁, VEF₁, CVF, VEF₁/CVF, saturação de oxigênio e anos-maço dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

	X	DP	Mi	IC (95%)	
VEF ₁ (l)	1,38	0,56	1,29	1,16	1,60
VEF ₁ %	51,60	20,20	46,00	43,70	59,50
CVF(l)	2,70	0,77	2,50	2,40	3,00
CVF%	79,30	20,10	70,00	71,42	87,18
VEF ₁ /CVF	0,50	0,10	0,51	0,46	0,54
SpO ₂ (%)	93,00	2,09	94,00	92,18	93,82
Anos-Maço	56,90	41,00	45,00	40,82	72,98

4.3. Características Cognitivo-Emocionais

A média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo de confiança dos escores do Mini-Exame do Estado Mental, Inventário de Beck e IDATE estão apresentados na Tabela 4 e seus valores individuais encontram-se no Anexo XVI.

A distribuição dos indivíduos conforme resultados do Inventário de Beck, compatíveis com graus de depressão e do IDATE, compatíveis com graus de ansiedade-traço e ansiedade-estado, apresenta-se na Tabela 5.

Tabela 4 - Média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança dos escores do Mini-Exame do Estado Mental, do Inventário de Beck e do IDATE dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Categoria	X	DP	Mi	IC (95%)	
MEEM	27,52	1,96	28,00	26,75	28,29
Inventário de Beck	15,08	10,06	13,00	11,14	19,02
Ansiedade-traço	42,24	10,47	41,00	38,14	46,34
Ansiedade-estado	37,52	8,57	38,00	34,16	40,88

Tabela 5 - Grau de depressão (Inventário de Beck) e de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Categoria	Freqüência (%)
Depressão	
1 - Normal (Escore 0 a 9 pontos)	8 (32%)
2 - Mínima (Escore 10 a 15 pontos)	6 (24%)
3 - Leve a moderada (Escore 16 a 19 pontos)	6 (24%)
4 - Moderada a grave (Escore 20 a 29 pontos)	2 (8%)
5 - Grave (Escore 30 a 63 pontos)	3 (12%)
Ansiedade-Traço	
1 - Alto (Escore > 50 pontos)	6 (24%)
2 - Médio (30 = Escore = 50 pontos)	16 (64%)
3 - Baixo (Escore < 30 pontos)	3 (12%)
Ansiedade-Estado	
1 - Alto (Escore > 50 pontos)	2 (8%)
2 - Médio (30 = Escore = 50 pontos)	20 (80%)
3 - Baixo (Escore < 30 pontos)	3 (12%)

4.4 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

4.4.1. Reprodutibilidade das questões

Excluiu-se a apresentação e discussão de resultados relativos ao papel “Outro”, uma vez que somente um indivíduo preencheu, na Parte I, o campo “Outro”, ao final da Lista. Desta forma, este campo foi preenchido como “não aplicável” tanto na Parte I quanto na Parte II para os demais indivíduos, não cabendo, portanto, a sua análise como resposta concordante ou discordante entre as duas aplicações. As respostas individuais relativas a este papel encontram-se na Tabela – Anexo XVIII b.

A reprodutibilidade foi medida inicialmente pelo percentual de respostas idênticas (se Sim – papel ocupacional presente naquela coluna de tempo ou grau de importância, ou se Não – papel ocupacional ausente na coluna de tempo ou graus de importância diferentes) nas duas aplicações da Lista.

As Tabelas 6 e 7 apresentam os dados comparativos de concordância entre os papéis ocupacionais nas Partes I e II do instrumento nas duas aplicações do mesmo. Os individuais encontram-se no Anexo XVII e XVIII.

Tabela 6 - Número de respostas concordantes, não-concordantes e percentual de concordância nas Partes I e II entre as duas aplicações da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais aos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Papel Ocupacional	Parte I									Parte II					
	Passado			Presente			Futuro			Total			Grau de Importância		
	C	NC	%	C	NC	%	C	NC	%	C	NC	%	C	NC	%
Estudante	24	1	96	25	0	100	24	1	96	73	2	97	21	4	84
Trabalhador	25	0	100	25	0	100	21	4	84	71	4	95	23	2	92
Voluntário	20	5	80	24	1	96	19	6	76	63	12	84	18	7	72
Cuidador	25	0	100	20	5	80	20	5	80	65	10	87	19	6	76
Serviço Doméstico	24	1	96	23	2	92	22	3	88	69	6	92	18	7	72
Amigo	16	9	64	19	6	76	19	6	76	54	21	72	16	9	64
Membro de Família	23	2	92	22	3	88	22	3	88	67	8	89	18	7	72
Religioso	20	5	80	24	1	96	23	2	92	67	8	89	21	4	84
Passatempo/Amador	22	3	88	21	4	84	19	6	76	62	13	83	20	5	80
Particip. em Organiz.	21	4	84	25	0	100	21	4	84	67	8	89	13	12	52
Total	220	30	....	228	22	....	210	40	....	658	92	....	187	63	....

C = resposta concordante

NC = resposta não-concordante

Parte I: n = 75 respostas por papel

Parte II: n = 25 respostas por papel

Tabela 7 - Número de respostas concordantes, não-concordantes e percentual de concordância geral (Partes I e II) entre as duas aplicações do instrumento nos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Papel Ocupacional	Total Geral		
	C	NC	%
Estudante	94	6	94
Trabalhador	94	6	94
Voluntário	81	19	81
Cuidador	84	16	84
Serviço Doméstico	87	13	87
Amigo	70	30	70
Membro de Família	85	15	85
Religioso	88	12	88
Passatempo/Amador	82	18	82
Participante em Organizações	80	20	80
Total	845	155	....

C = resposta concordante

NC = resposta não-concordante

n = 100 respostas por papel



Os dados percentuais da Tabela 6, referentes à Parte II, estão graficamente representados abaixo:

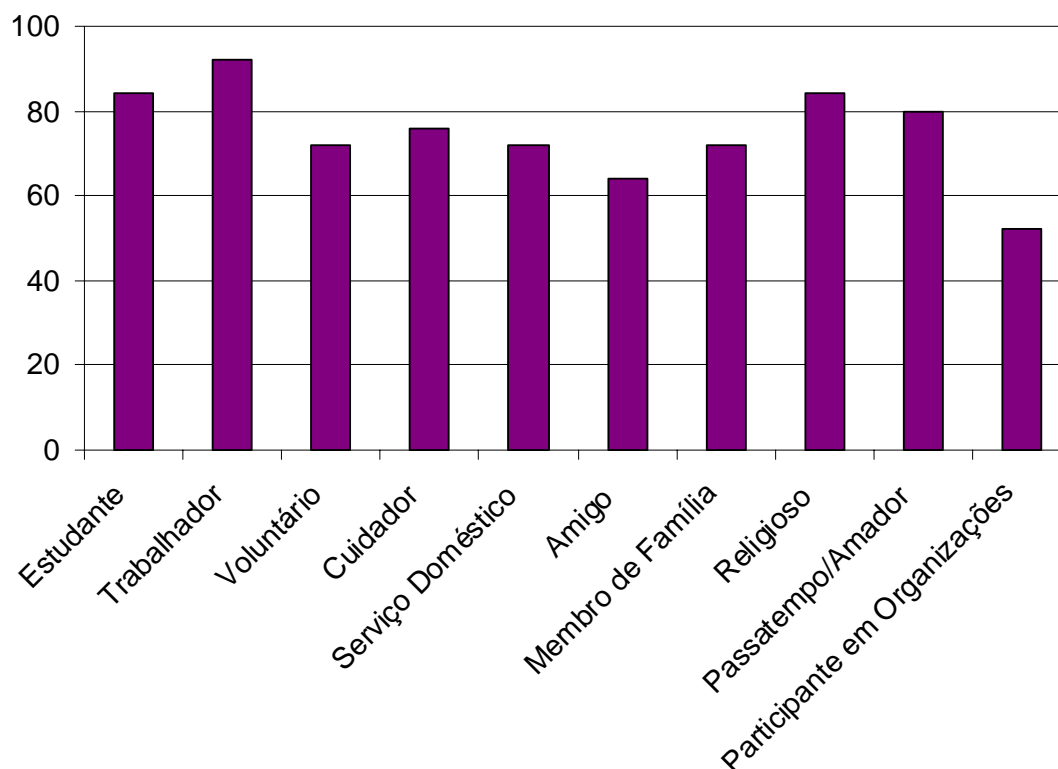


Figura 3 - Percentual de concordância entre os papéis ocupacionais da Parte II da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, aplicada aos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

As Tabelas 8 e 9, na página seguinte, apresentam os valores de Kappa calculados para os dados da Parte I e da Parte II do instrumento, respectivamente. Não foi possível calcular o Kappa para alguns valores em virtude de haver ocorrido concordância total entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento.

Tabela 8 - Valores de Kappa, percentual de concordância e intervalo de confiança para as respostas da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais dos portadores de DPOC que participaram deste estudo.

	Passado				Presente				Futuro			
	Kappa	%	IC (95%)		Kappa	%	IC (95%)		Kappa	%	IC (95%)	
Estudante	0,648	96	88	100	....	100	....	....	0,648	96	88	100
Trabalhador	....	100	....	....	1	100	....	....	0,561	84	70	98
Voluntário	0,172	80	64	96	....	96	88	100	0,257	76	59	93
Cuidador	1	100	....	....	0,449	80	64	96	0,449	80	64	96
Serviço Doméstico	0,865	96	88	100	0,783	92	81	100	0,595	88	75	100
Amigo	0,199	64	45	83	0,409	76	59	93	0,516	76	59	93
Membro de Família	....	92	81	100	-0,06	88	75	100	-0,056	88	75	100
Religioso	0,481	80	64	96	0,834	96	88	100	0,752	92	81	100
Passatempo/Amador	0,336	88	75	100	0,675	84	70	98	0,409	76	59	93
Particip. em Organiz.	0,254	84	70	98	....	100	....	....	-0,087	84	70	98

*Guia de interpretação da variação do coeficiente de Kappa sobre a força da concordância:

< 0,00	fraca
0,00 - 0,20	leve
0,21 - 0,40	razoável
0,41 - 0,60	moderada
0,61 - 0,80	substancial
0,81 - 1,00	quase perfeita

Tabela 9 - Valores de Kappa, percentual de concordância e intervalo de confiança para as respostas das Partes II da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais dos portadores de DPOC que participaram deste estudo.

	Kappa	%	IC (95%)	
Estudante	....	84	70	98
Trabalhador	....	92	81	100
Voluntário	....	72	54	90
Cuidador	0,107	76	59	93
Serviço Doméstico	0,308	72	54	90
Amigo	0,411	64	45	83
Membro de Família	....	72	54	90
Religioso	0,685	84	70	98
Passatempo/Amador	0,651	80	64	96
Particip. em Organiz.	0,268	52	32	72

*Guia de interpretação da variação do coeficiente de Kappa sobre a força da concordância:

< 0,00	fraca
0,00 - 0,20	leve
0,21 - 0,40	razoável
0,41 - 0,60	moderada
0,61 - 0,80	substancial
0,81 - 1,00	quase perfeita

4.4.2. Tempo de resposta e sumarização dos dados

Durante o período de aplicação do instrumento foram anotados o tempo utilizado pelos indivíduos para o preenchimento da Lista, bem como o da autora para a transposição dos dados de cada indivíduo para a folha de Sumário do instrumento (última página do Anexo V). Os valores mínimos e máximos, a média, a mediana, o desvio padrão e o intervalo de confiança de tempo medido para as respostas dos indivíduos e para o preenchimento do Sumário estão relacionados na Tabela 10. As medidas de tempo registradas de forma individual encontram-se no Anexo XIX.

Tabela 10 - Medida máxima e mínima, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança do tempo (minuto:segundo) utilizado na 1a. e 2a. aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais aos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

	Tempo do indivíduo		Tempo do aplicador		Tempo total	
	1a. Aplic.	2a. Aplic.	1a. Aplic.	2a. Aplic.	1a. Aplic.	2a. Aplic.
Tempo mínimo	5:00	4:00	0:40	0:45	5:40	4:45
Tempo máximo	22:00	20:00	2:00	3:00	23:06	21:00
X	11:34	8:46	1:00	1:13	12:34	9:59
DP	4:50	4:16	0:14	0:39	4:52	4:16
Mi	10:00	10:00	1:00	1:00	11:00	10:45
IC (95%)	9:40 13:28	7:06 10:26	0:54 1:06	0:58 1:28	10:40 14:28	9:17 10:41

4.4.3. Auxílio requerido pelos indivíduos

O auxílio requerido pelos indivíduos durante a aplicação da Lista foi mensurado e classificado nos seguintes graus: mínimo (solicitação de esclarecimentos e ou auxílio na leitura em até um terço do tempo de aplicação), moderado (solicitação de esclarecimentos e ou auxílio na leitura de um a dois terços do tempo de aplicação) e máximo (solicitação de esclarecimentos e ou auxílio na leitura em mais que dois terços do tempo de aplicação). Também foram considerados na categoria de auxílio máximo os indivíduos que preferiram, desde o início da aplicação, que a autora lesse o instrumento para os mesmos. A Tabela 11 apresenta a distribuição do grau de auxílio requerido em cada uma das aplicações do instrumento e os dados individuais encontram-se no Anexo XIX.

Tabela 11 - Grau de auxílio requerido pelos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, para preencher a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais na primeira e na segunda aplicação.

Grau de Auxílio	Frequência (%)	
	1a. Aplicação	2a. Aplicação
Mínimo	3 (12%)	5 (20%)
Moderado	4 (16%)	4 (16%)
Máximo	18 (72%)	16 (64%)

4.4.4. Opinião dos indivíduos sobre o instrumento

A opinião dos indivíduos sobre o instrumento foi coletada em um impresso anexo ao mesmo durante a primeira aplicação (incluso no Anexo V). Foram feitas três perguntas de múltipla escolha e uma pergunta com resposta aberta. A distribuição das respostas dos indivíduos às perguntas de múltipla escolha encontra-se na Tabela 12 e os dados individuais sobre esta questão, no Anexo XX.

Tabela 12 - Distribuição da opinião dos 25 portadores de DPOC, que participaram deste estudo, sobre a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

Aspectos abordados	Frequência(%)
1) Em relação ao tamanho do questionário, você acha que:	
Tem um bom tamanho	23 (92%)
É curto	2 (8%)
É longo	0 (0%)
É muito longo	0 (0%)
2) Em relação aos enunciados dos papéis, ou seja, o que cada questão estava perguntando, você acha que:	
São de fácil entendimento	19 (76%)
Alguns são confusos	6 (24%)
Quase todos são confusos	0 (0%)
Todos eles são de difícil entendimento	0 (0%)
3) Durante o tempo em que respondeu o questionário, você ficou com dúvida quanto à resposta:	
Em nenhuma questão	16 (64%)
Em 1 ou 2 questões	7 (28%)
Em 3 ou 4 questões	2 (8%)
Em mais de 5 questões	0 (0%)

A última pergunta com resposta aberta tinha o seguinte enunciado: “Se houve dúvidas ou dificuldades em responder aos papéis, gostaria que escrevesse qual o papel ou coluna (passado / presente / futuro ou nenhuma importância / pouca importância / muita importância) mais difícil para você e o porquê da sua dificuldade”. Os resultados obtidos com esta pergunta foram:

1. Dos 16 indivíduos que responderam não terem tido dúvida em nenhuma questão (pergunta no. 3), o indivíduo de no. 2 afirmou ter tido dificuldade com o papel ocupacional “Outro”;
2. Dos indivíduos que afirmaram ter tido dúvidas, 4 deles não as especificaram (indivíduos de no. 1, 4, 18 e 19);
3. Os demais indivíduos que apontaram dúvidas ou dificuldades fizeram os seguintes comentários:
 - a. “Dúvida sobre a frequência, se semanal ou esporádica” (indivíduo de no. 3);
 - b. “Papel ‘Amigo’; o que quer dizer atividade com amigo?” (indivíduo de no. 8);
 - c. “Não sabia quando marcar a coluna passado e futuro” (indivíduo de no. 11);
 - d. “Responder sobre algo que nunca fez” (indivíduo de no. 12);
 - e. “Papel Participante em Organizações” (indivíduo de no. 13).

4.5. Comportamento da reprodutibilidade da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais nos subgrupos das variáveis

Conforme mencionado anteriormente na Tabela 7, reproduzida na página seguinte, do total de 1000 respostas comparadas entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento, 839 foram concordantes e 161 foram não-concordantes.

Tabela 7 - Número de respostas concordantes, não-concordantes e percentual de concordância geral (Partes I e II) entre as duas aplicações do instrumento nos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Papel Ocupacional	Total Geral		
	C	NC	%
Estudante	94	6	94
Trabalhador	94	6	94
Voluntário	81	19	81
Cuidador	84	16	84
Serviço Doméstico	87	13	87
Amigo	70	30	70
Membro de Família	85	15	85
Religioso	88	12	88
Passatempo/Amador	82	18	82
Participante em Organizações	80	20	80
Total	845	155	....

C = resposta concordante

NC = resposta não-concordante

n = 100 respostas por papel

A Tabela 13, a seguir, apresenta as medidas descritivas da reprodutibilidade (média de respostas concordantes) nos subgrupos das variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil, escolaridade, estágio da doença, grau de depressão, grau de auxílio requerido e dúvidas apresentadas durante a aplicação do instrumento. Aplicando-se o teste t-Student não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os subgrupos da amostra nestas variáveis.

Tabela 13 - Medidas descritivas das médias de reprodutibilidade da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, nas variáveis dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo.

Variável	Subgrupos	Frequência	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Sexo	masculino	16	0,83	0,07	0,02	0,470
	feminino	9	0,85	0,06	0,02	
Idade (anos)	< 65	12	0,84	0,06	0,02	0,752
	= 65	13	0,83	0,08	0,02	
Ocupação	ativo	8	0,84	0,07	0,03	0,943
	inativo	17	0,84	0,07	0,02	
Estado Civil	casado	16	0,83	0,07	0,02	0,567
	solteiro/viúvo	9	0,85	0,06	0,02	
Escolaridade (anos)	= 4	16	0,86	0,07	0,02	0,072
	= 5	9	0,81	0,07	0,02	
Estádio da DPOC*	1 - 2	16	0,86	0,07	0,02	0,659
	3 - 4	9	0,81	0,07	0,02	
Grau de Depressão**	1 - 2	14	0,85	0,07	0,02	0,470
	3 - 5	11	0,83	0,07	0,02	
Grau de Auxílio Requerido na 1a. Aplicação	mínimo/moderado	7	0,80	0,06	0,02	0,116
	intenso	18	0,85	0,07	0,02	
Grau de Auxílio Requerido na 2a. Aplicação	mínimo/moderado	9	0,82	0,07	0,02	0,305
	intenso	16	0,85	0,07	0,02	
Dúvidas	sem dúvidas		0,84	0,08	0,02	0,890
	com dúvidas		0,84	0,06	0,02	

*Estádio 1 = DPOC leve
 Estádio 2 = DPOC moderada
 Estádio 3 = DPOC grave
 Estádio 4 = DPOC muito grave

**Grau 1 = normal
 Grau 2 = mínima
 Grau 3 = leve a moderada
 Grau 4 = moderada a grave
 Grau 5 = grave

As variáveis grau de ansiedade-traço ($p = -0,143$) e grau de ansiedade-estado ($p = -0,240$), tratadas como variáveis contínuas, foram analisadas pela correlação de Pearson e apresentaram fraca correlação negativa com as respostas concordantes.

As figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 que se seguem, apresentam a distribuição dos dados de reprodutibilidade (proporções de acerto ou concordância) nas variáveis acima estudadas no formato de *boxplot*, a fim de que se tenha a dimensão da dispersão dos mesmos.

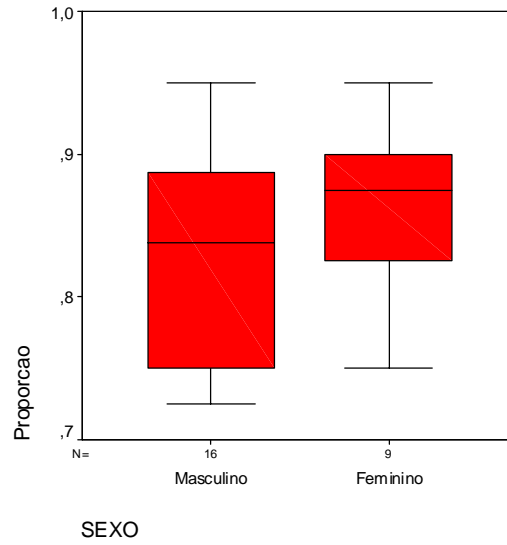


Figura 4 – *Boxplot* da variável sexo com as proporções de acerto

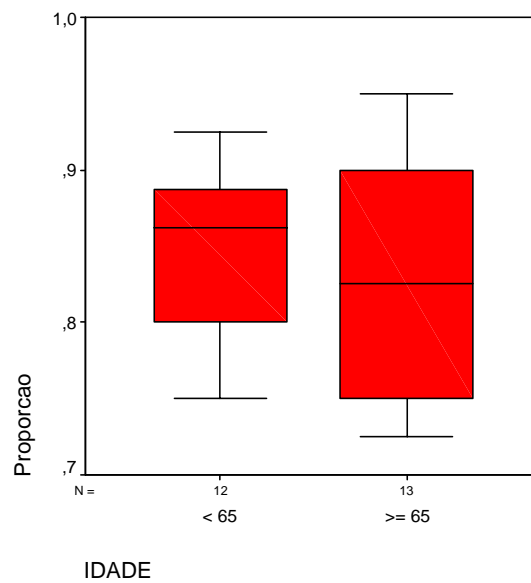
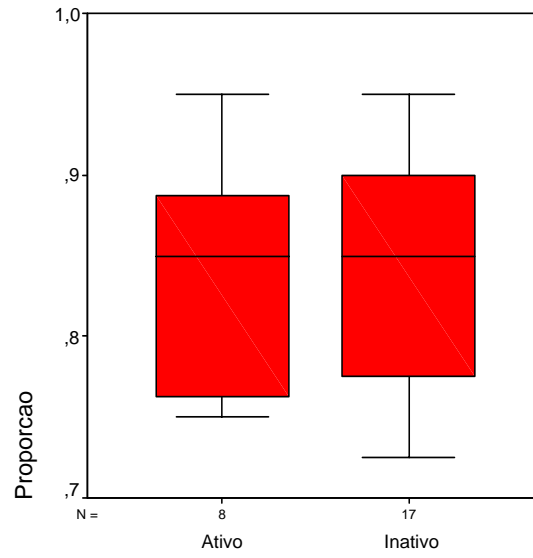
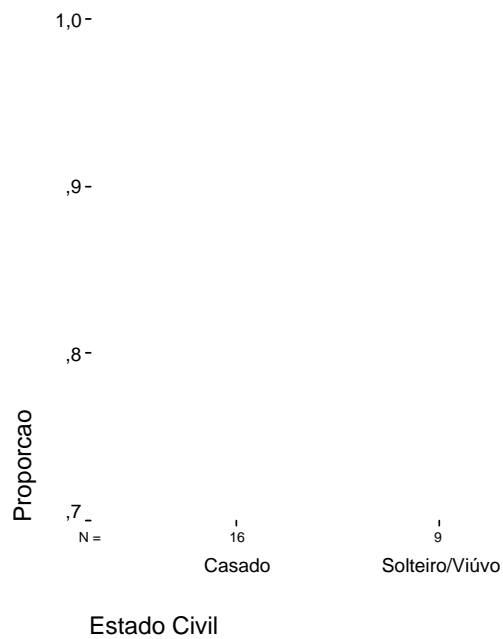


Figura 5 – *Boxplot* da variável idade com as proporções de acerto



OCUPACAO

Figura 6 – *Boxplot* da variável ocupação com as proporções de acerto



Estado Civil

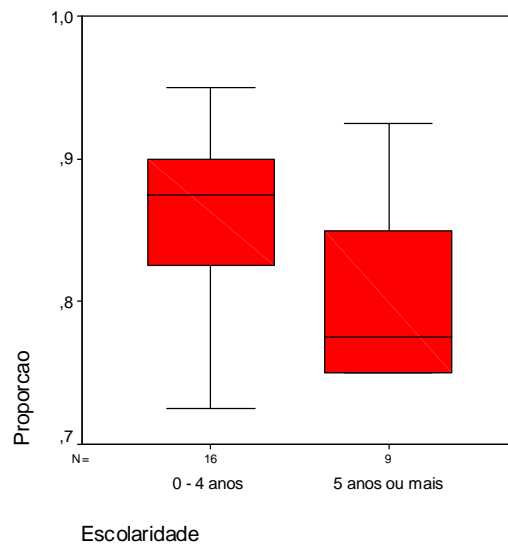


Figura 8 – *Boxplot* da variável escolaridade com as proporções de acerto

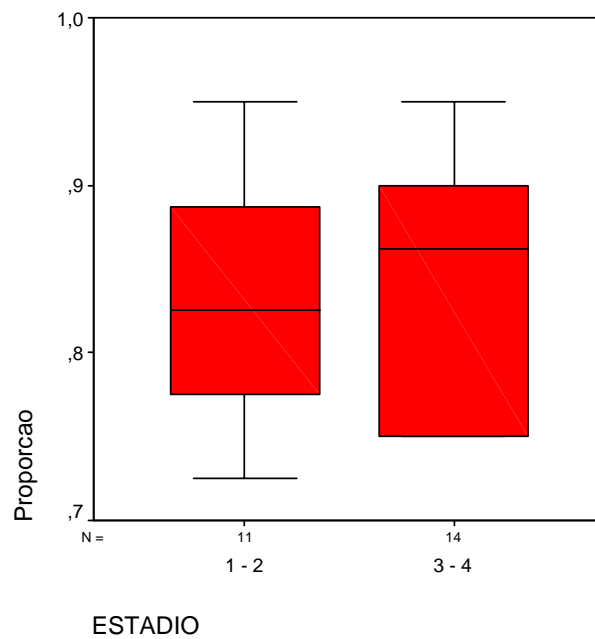


Figura 9 – *Boxplot* da variável escolaridade com as proporções de acerto

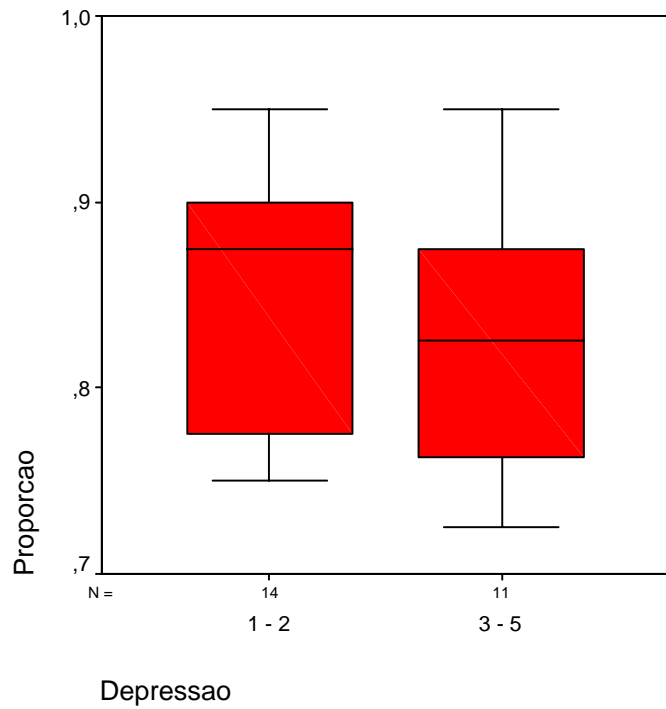


Figura 10 – *Boxplot* da variável grau de depressão com as proporções de acerto

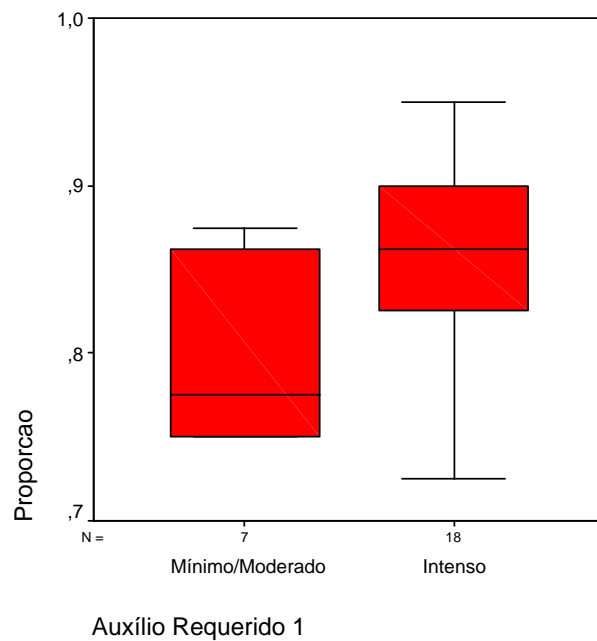
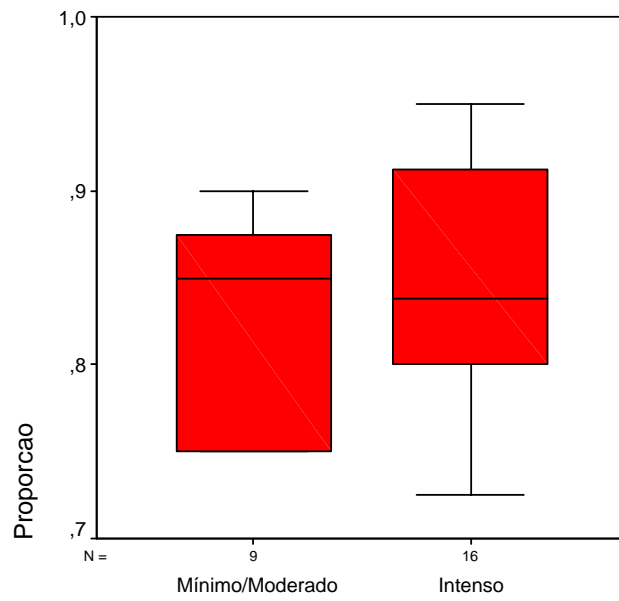


Figura 11 – *Boxplot* da variável grau de auxílio requerido na 1ª. aplicação da Lista com as proporções de acerto



Auxílio Requerido 2

Figura 12 – *Boxplot* da variável grau de auxílio requerido na 2ª. aplicação da Lista com as proporções de acerto

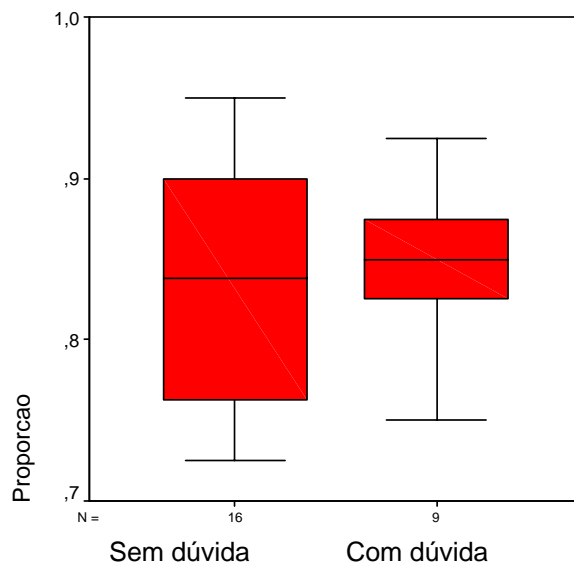


Figura 13 – *Boxplot* da variável dúvidas com as proporções de acerto

5 – DISCUSSÃO

Os objetivos da reabilitação pulmonar são reduzir os sintomas, melhorar a qualidade de vida e aumentar a participação em atividades de vida diária²⁸. Segundo a OMS, em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁷, o desempenho de atividades e a participação social são elementos básicos no modelo de análise do impacto da condição de saúde/doença, devendo ser considerados em todas as fases de abordagem do indivíduo que se submete a processos de reabilitação: desde a avaliação da incapacidade até a avaliação dos desfechos da intervenção.

As atividades de vida diária são organizadas e desempenhadas dentro dos papéis ocupacionais que os indivíduos assumem durante o decorrer da vida em sua participação social, segundo a Teoria do Comportamento Ocupacional¹³. Desta forma, a compreensão sobre papéis ocupacionais provê noção global sobre os aspectos ocupacionais do indivíduo, direcionando o profissional de saúde na avaliação do impacto social das atividades de vida diária que foram afetadas por um processo patológico como a DPOC.

A escolha de estudar um instrumento que trata dos papéis ocupacionais é pioneira no Brasil, tanto no que se refere à população em geral como na população portadora de DPOC. A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi extensivamente aplicada a diversos tipos de população fora do Brasil com o objetivo de se estudar os papéis ocupacionais em relação às características das mesmas e em relação às intervenções realizadas, a saber: mães de crianças pequenas²², idosos^{24,27,45,66}, pessoas da comunidade comparadas com pacientes²³, portadores de fratura de quadril²⁶, transplantados de medula óssea⁶, cuidadores de portadores de traumatismo crânio-encefálico³³, portadores de traumatismo crânio-encefálico⁴³, portadores de alteração afetiva bipolar

No que se refere à validação de versões deste instrumento em outras línguas que não a inglesa, a literatura aponta a existência de somente dois estudos:

1. Validação da versão francesa⁴¹: estudo desenvolvido no Canadá com uma amostra de dezenove esquizofrênicos clinicamente estáveis e bilíngües;
2. Validação da versão espanhola²⁰: estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América com uma amostra de quatorze estudantes bilíngües.

Portanto, o presente estudo é também pioneiro em termos de validação dentro do próprio país de origem da língua estudada e com uma amostra de tamanho maior que os estudos anteriores.

A versão em português fornecida pelo Departamento de Medicina de Reabilitação – *National Institutes of Health*⁵² não havia passado pelo processo de adaptação transcultural e validação, por isto não foi considerada neste estudo.

A tradução e adaptação transcultural seguiu o mesmo método utilizado por Souza, Jardim & Jones (2000) e Camelier, Rosa, Jones et al (2003) em processos similares para outros instrumentos destinados a pacientes respiratórios crônicos. Em comparação com o método preconizado por Falcão, Ciconelli & Ferraz (2003), as únicas diferenças residem no fato de não ter sido utilizado professor nativo na língua inglesa na etapa de tradução retrógrada e, na etapa de adaptação transcultural, a coleta da opinião da população-alvo ter sido feita em questionário associado à aplicação no grupo-piloto e não via inclusão de um indivíduo como componente de um comitê com este propósito. Mas, por outro lado, a autora original foi diretamente envolvida no processo de tradução e adaptação, tendo se responsabilizado pela análise da tradução retrógrada, a qual foi realizada por uma terapeuta ocupacional fluente em inglês e que não havia tido contato prévio com o instrumento. Em virtude desta sistemática, a autora original opinou em todas as mudanças planejadas para a versão brasileira, no sentido de preservar os objetivos e conteúdo do instrumento original.

A reprodutibilidade da versão brasileira foi avaliada pela aplicação do instrumento em duas ocasiões, pelo mesmo examinador. Para a comparação individual das respostas foi utilizado o percentual de concordância entre as duas aplicações, medindo-se as respostas concordantes e não-concordantes entre as duas aplicações, para cada indivíduo e para cada papel ocupacional, em cada coluna do instrumento. Foi utilizado também o Coeficiente de Confiabilidade

Kappa o qual mede o grau de concordância entre duas avaliações ordenadas em categorias (nível nominal). O valor total do coeficiente de confiabilidade é obtido por meio de cálculos aplicados a essa ponderação e varia de +1 a -1. Quando o valor é negativo, indica que a possibilidade de acordo é menor que a proporcionada pelo acaso, havendo, portanto, discordância. Quando o valor é igual a zero (0) indica que o resultado se deve ao acaso, e quando os valores são positivos, indica que há concordância e que esta não se deve ao acaso. O valor +1 indica que a concordância é total entre as avaliações e o valor -1 indica completa discordância. Segundo Landis & Koch (1977), esta variação pode ser interpretada dentro das seguintes faixas: < 0,00 (concordância fraca), 0,00-0,20 (concordância leve), 0,21-0,40 (concordância razoável), 0,41-0,60 (concordância moderada), 0,61-0,80 (concordância substancial) e 0,81-1,00 (concordância quase perfeita).

Comparando-se os dados de reprodutibilidade do presente estudo aos do estudo norte-americano, que apresentou o desenvolvimento e a reprodutibilidade do instrumento⁵⁵, e aos dos estudos da versão francesa⁴¹ e espanhola²⁰, temos que:

1. O percentual de concordância entre os papéis ocupacionais demonstrou resultados comparáveis aos obtidos pelo estudo norte-americano, variando de 84 a 91% de concordância média na Parte I em comparação à variação de 86 a 89% do estudo norte-americano. Em relação à Parte II, foi obtida a média de concordância de 75% em comparação a 79% do estudo norte-americano;
2. Em relação ao coeficiente de Kappa, alcançamos, como no estudo norte-americano, concordância moderada a quase perfeita na maioria dos resultados nas Partes I e II do instrumento. O estudo da versão francesa⁴¹ alcançou resultados compatíveis com o estudo norte-americano⁵⁵, exceto na Parte II, cuja concordância foi razoável no coeficiente de Kappa. O estudo da versão espanhola²⁰ obteve coeficiente de Kappa igual a 0,907 (concordância quase perfeita) para a Parte I e 0,798 (concordância substancial) para a Parte II;
3. Não foi possível calcular o coeficiente de Kappa quando a concordância foi total nas duas aplicações em alguns papéis, a saber:
 - a. Estudante: na coluna “presente” da Parte I e na Parte II;
 - b. Trabalhador: na coluna “passado” da Parte I e na Parte II;
 - c. Voluntário: na coluna “presente” da Parte I e na Parte II;

- d. Membro de Família: na coluna “passado” da Parte I e na Parte II;
- e. Participante em Organizações: na coluna “presente” da Parte I.

Apesar de o estudo original de Oakley et al (1986) ter utilizado uma amostra de 124 indivíduos, também foi observada baixa variabilidade em algumas respostas e impossibilidade de cálculo do coeficiente de Kappa. Esta baixa variabilidade foi observada em papéis que são bem familiares à população estudada (Estudante, Trabalhador e Membro de Família) ou são papéis que, com clareza, a amostra pode afirmar que eles não fazem parte de sua rotina (Voluntário e Participante em Organizações). Portanto, provavelmente, este estudo não teria resultados diferentes se a amostra fosse maior, apresentado a mesma tendência de alta concordância nestes tipos de papéis.

- 4. Em alguns papéis na Parte I, observa-se valor negativo (correspondendo à fraca força de concordância) para o coeficiente de Kappa, concomitante ao alto grau de concordância, a saber:
 - a. Membro de Família, na coluna “presente”: Kappa = -0,06, com 88% de respostas concordantes;
 - b. Membro de Família, na coluna “futuro”: Kappa = -0,056, com 88% de respostas concordantes;
 - c. Participante em Organizações, na coluna “futuro”: Kappa = -0,087, com 84% de resposta concordantes.

O Coeficiente de Confiabilidade de Kappa tem sido, ao longo dos anos, a medida preferida pelos epidemiologistas na quantificação do grau de concordância em estudos de variabilidade observacional, apesar de apresentar sérias limitações em determinadas situações⁶⁰. Feinstein & Cicchetti (1990) discutem o paradoxo do alto grau de concordância concomitante ao baixo valor do coeficiente de Kappa. No entanto, a exempl4 T31 uantificapp702 318.8399 242.opl4 T31 ua

pode facilmente identificar se ele já desempenhou, desempenha ou pretende desempenhar o papel ocupacional. Por outro lado, a Parte II apresenta opções menos consistentes, mais abstratas porque se referem aos valores ou grau de importância atribuído aos papéis. Neste caso, a opinião individual sobre valorização de circunstâncias e atividades pode variar mais frequentemente. Skelton & Croyle (1991) discorreram extensivamente sobre a representação mental nos processos saúde-doença demonstrando o grau de subjetividade que o ser humano aplica em sua relação consigo mesmo e com o mundo que o cerca. Neste sentido, não é simples a compreensão dos fatores que envolvem subjetividade, necessitando abordagem individualizada e bem contextualizada para se entender os comportamentos dos indivíduos, especialmente, os dos portadores de doenças crônicas;

5. O presente estudo também observou uma discrepância entre o percentual de concordância do papel Amigo, apresentando os escores mais baixos em relação aos demais, tanto na Parte I quanto na Parte II do instrumento. Embora a pesquisadora principal estivesse disponível para auxílio no preenchimento do instrumento, parece ter havido dúvidas em relação à definição deste papel ocupacional que não foram solucionadas durante a aplicação. Um dos pacientes perguntou se este papel se referia ao fato de ser amigo, de ter amigos ou fazer alguma atividade regular com os amigos. Estudos conduzidos por Chen (2003) e Karpinski (2004) mostraram que a relação com terceiros é influenciada por estados psicológicos e dependem também da representação mental que se tem do outro. O estudo de validação da versão francesa teve também problemas especificamente com o grau de concordância nos papéis Cuidador e Serviço Doméstico, o que foi atribuído à característica da população estudada (esquizofrênicos), a qual possuía um histórico de longas hospitalizações e, portanto, menores chances de terem vivenciado estes papéis com consistência. A variação individual observada nas respostas pode ser creditada também à aplicação do instrumento em dias diferentes, onde outros fatores, como ansiedade e depressão, presentes em portadores de DPOC⁶¹, produzem alteração no estado de saúde⁴¹. Souza et al (2003) aponta prevalência de 83% de resultados compatíveis com alto grau de depressão em amostra portadora de DPOC no Centro de Reabilitação Pulmonar UNIFESP/EPM – Lar Escola São Francisco⁶¹. Este aspecto específico de comportamento de variação das

respostas (inclusive representado por possíveis diferenças de nível de ansiedade nas visitas) já foi relatado por ocasião da validação do SF36 para o Brasil por Ciconelli et al¹⁹. Entretanto, 64% da nossa amostra encontrava-se em níveis de ansiedade-traço e ansiedade-estado dentro dos parâmetros esperados para a população brasileira em geral, conforme dados normativos apresentados por Biaggio & Natalício (1979);

6. A reprodutibilidade (proporções de concordância) nos subgrupos da amostra, não foi influenciada pelas variáveis sexo, ocupação, estado civil, grau de escolaridade, estágio da doença, graus de depressão e ansiedade.

Uma das vantagens da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é o tempo estimado gasto para a sua aplicação (15-20 minutos), conforme apresentado no Guia de Aplicação original⁵² (Anexo II). Este curto tempo deve ser considerado como relevante, principalmente face ao custo envolvido na prestação de serviços e na pesquisa em saúde e à agilidade e objetividade necessárias nestas áreas. Além da estimativa de tempo informada no Guia de Aplicação original, os demais estudos de validação^{20,41,55} não apresentaram registros do tempo utilizado na aplicação do instrumento. A média de tempo gasto para aplicação no presente estudo foi de 11 minutos e, para a sumarização dos dados pelo aplicador na folha de Sumário, foi de um minuto, totalizando 12 minutos em média. Não fez parte deste estudo e, portanto, não foi incluído na contabilização do tempo gasto, o preenchimento do campo “Comentários”, da folha de Sumário. Este campo é destinado à análise do aplicador acerca dos resultados obtidos com o instrumento, especificando os detalhes da carreira ocupacional e dos valores do paciente – dados importantes na utilização do instrumento na clínica da Terapia Ocupacional para direcionar o plano de intervenção junto ao paciente. Se preenchido este campo, provavelmente, seria atingida a média de 15 minutos por aplicação no total, conforme indicado na literatura⁵².

Em relação à opinião dos pacientes com DPOC acerca do instrumento, 76% deles indicaram que os enunciados são de fácil entendimento, no entanto, 72% utilizaram auxílio máximo na primeira aplicação e 64% na segunda aplicação. O grau de auxílio máximo foi definido como solicitação de esclarecimentos e ou auxílio na leitura em mais que dois terços do tempo de aplicação. Uma vez que era facultada a opção de ler o instrumento sozinho ou de receber o auxílio do aplicador, este grupo, na faixa de 64 a 72%, foi classificado

como tendo utilizado auxílio máximo por ter preferido que o aplicador lesse ao seu lado as proposições do instrumento. Nós atribuímos esta escolha ao baixo grau de escolaridade (76% com até oito anos incompletos de escolaridade formal) e ao fato de alguns deles não estarem portando os óculos de leitura no dia da aplicação.

Hachey, Jumoorty & Mercier (1995) referem-se à desvantagem dos terapeutas ocupacionais em países que não são de língua inglesa, no que concerne à falta de acesso ao universo de instrumentos de avaliação existentes nesta língua, levando muitos a utilizarem inadequadamente traduções simples.

A falta de instrumentos de avaliação tem impacto direto no desenvolvimento técnico-científico de uma profissão que pretende se inserir com seriedade na prática clínica e prestar sua contribuição ao desenvolvimento científico e tecnológico. Esta é a dificuldade enfrentada pela Terapia Ocupacional na área de reabilitação pulmonar.

Com a validação deste instrumento, o aspecto ocupacional do portador de DPOC poderá ser checado de forma objetiva. Os dados obtidos poderão auxiliar o direcionamento dos esforços da equipe para reabilitar o paciente em seus aspectos biopsicossociais dentro do contexto de papéis ocupacionais que possam: ser reassumidos se foram prejudicados pela doença; ser mantidos com qualidade; e, até mesmo, ser ampliados. Checando o valor que o indivíduo empresta a cada papel, tem-se a dimensão do grau de importância e significado que os papéis (e tudo o mais que se relaciona com ele: atividades, tarefas, pessoas, lugares) desempenham na vida daquela pessoa. Considerando este aspecto, o terapeuta ocupacional poderá prestar importante contribuição ao paciente e à equipe porque, identificando aquilo que é importante para o paciente, estamos, na verdade, contando com sua motivação a favor do processo de reabilitação⁶¹. Estes são alguns dos pressupostos da terapia centrada no cliente³⁰, conforme denominada pelos terapeutas ocupacionais canadenses: uma abordagem que busca causar impacto significativo na funcionalidade do paciente, por meio de uma aliança entre paciente e terapeuta.

Em resumo, podemos concluir que a versão brasileira da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um instrumento reprodutível, de rápida aplicação e sumarização de dados podendo, desta maneira, ser utilizado no Brasil para avaliação dos papéis ocupacionais de pacientes portadores de DPOC. Em

virtude da independência da concordância com as variáveis controladas, pode-se afirmar que a versão brasileira do instrumento, muito provavelmente, poderá ser considerada válida para a população brasileira em geral.

6 – CONCLUSÃO

Este estudo mostrou a viabilidade em validar a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, inicialmente desenvolvida para uma língua e cultura diferentes, a qual foi adaptada para a língua portuguesa utilizada no Brasil e, portanto, pode-se concluir que:

A versão brasileira da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é reprodutível, de aplicação rápida e fácil, podendo ser utilizada para discriminar os papéis ocupacionais e sua importância para os pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Brasil.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
2. American Psychological Association (Trad. Daniel Bueno) (2001). *Manual de publicação da American Psychological Association*. (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
3. American Thoracic Society. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic pulmonary obstructive disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 52, S77- S120.
4. American Thoracic Society. (1999). Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 159, S1-S40.
5. Asher I. (1989). *An annotated index of occupational therapy assessment tools*. Rockville: American Occupational Therapy Association.
6. Baker, K., Curbow, B., & Wingard, J. R. (1991). Role retention and quality of life of bone marrow transplant survivors. *Social Science and Medicine*, 32, 697-704.
7. Barris, R., Dickie, V., & Baron, K. B. (1988). A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. *Occupational Therapy Journal of Research*, 8, 3-23.
8. Barris, R., Kielhofner, G., Martin, R. M. B., Gelinas, I., Klement, M., & Schultz, B. (1986). Occupational function and dysfunction in three groups of adolescents. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 301-317.
9. Bavaro, S. M. (1991). Occupational therapy and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 456-458.
10. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191.
11. Bertolucci, P. H. F., Mathias, S. C., Brucki, S. M. D., Carrilho, P. E. M., Okamoto, I. H., & Nitrini, R. (1994). Proposta de padronização do Mini-Exame

- do Estado Mental (MEM): estudo piloto comparativo (FMUSP/EPM). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52, (Supl. 1).
12. Biaggio, A. M. B., & Natalício, L. (1979). *Inventário de ansiedade traço-estado IDATE (State-trait anxiety inventory – STAI): Manual*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
 13. Branholm, I.-B., & Fugl-Meyer, A. R. (1994). On non-work activity preferences: relationship with occupational roles. *Disability and Rehabilitation*, 16, 205-216.
 14. Bussab, W., & Morettin, P. A. (2004). *Estatística básica*. São Paulo: Saraiva.
 15. Camelier, A., Rosa, F., Jones, P., & Jardim, J. R. (2003). Validation of the Airways Questionnaire 20 – AQ20 in patients with chronic obstructive disease (COPD) in Brazil. *Jornal de Pneumologia [Série on-line]*, 29, 28-35. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br>
 16. Carlo, M. M. R. P., & Bartalotti, C. C. (Org.) (2001). *Terapia ocupacional no Brasil*. São Paulo: Plexus.
 17. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Buchalla, C M. (Org.).(2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
 18. Chen, S. (2003). Psychological-state theories about significant others: implications for the content and structure of significant-other representations. *Personality Social Psychological Bulletin*, 29,1285-302.
 19. Ciconelli, R. M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
 20. Colón, H., & Haertlein, C. (2002). Spanish translation of the role checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 586-589.
 21. Coppola, S., & Wood, W. (2000). Occupational therapy to promote function and health-related quality of life. In J. E Hodgkin, B. R. Celli & G. L Connors (Eds.),. *Pulmonary rehabilitation guidelines to success* (3rd. ed.) (pp.213-316). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

22. Crowe, T. K., VanLeit, B., Berghmans, K. K., & Mann, P. (1997). Role perception of mothers with young children: The impact of a child's disability. *American Journal of Occupational Therapy, 51*, 651-661.
23. Dickerson, A., & Oakley, F. (1995). Comparing the roles of community-living persons and patient populations. *American Journal of Occupational Therapy, 49*, 221-228.
24. Duellman, M. K., Barris, R., & Kielhofner G. (1986). Organized activity and the adaptative status of nursing home residents. *American Journal of Research, 40*, 618-622.
25. Ebb, E. W., Coster, W., & Duncombe, L. (1989). Comparison of normal and psychosocially dysfunctional male adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health, 9*, 53-57.
26. Egan, M., Warren, S.A., Hessel, P.A., & Gilewich, G. (1992). Activities of daily living after hip fracture: pre and post discharge. *Occupational Therapy Journal Research, 12*, 342-356.
27. Elliot, M.S., & Barris R. (1987). Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. *Occupational Therapy Journal of Research, 7*, 215-224.
28. Fabbri, L., Pauwels, R. A., & Hurd, S. S. on behalf of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Scientific Committee. (2004). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD Executive summary updated 2003. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 1*, 105-141.
29. Falcão, D. M., Ciconelli, R. M., & Ferraz, M. B. (2003). Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *The Journal of Rheumatology, 30*, 379-385.
30. Fearing, V. G., Law, M., & Clark, J. An occupational performance process model; fostering client and therapist alliances. (1997). *Canadian Journal of Occupational Therapy, 64*, 7-15.
31. Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology, 43*, 543-549.

32. Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
33. Frosch, S., Gruber, A., Jones, C., Myers, S., Noel, E., Westerlund, A., & Zavisin, T. (1997). The long term effects of traumatic brain injury on the roles of caregivers. *Brain Injury*, 11, 891-906.
34. Gorestein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.
35. Gorestein, C., & Andrade, L. (2000). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorestein, C., Andrade, L. H. S. G. & Zuardi, A. W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 89-96.
36. Griffiths, T.L., Burr, M.L., Campbell, I. A., Lewis-Jenkins, V., Mullins, J., Shields, K., Turner-Lawlor, P. J., Payne, N., Newcombe, R. G., Ionescu, A. A., Thomas, A., & Tunbridge, J. (2000). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomized controlled trial. *Lancet*, 355, 362-368.
37. Griffiths, T.L., Burr, M.L., & Campbell, I. A. (2001). Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. *Thorax*, 56, 779-784.
38. Guillemin, F., Bombardier, C & Beaton D. E. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.
39. Gusich, R. L. (1984). Occupational therapy for chronic pain: A clinical application of the model of human occupation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 4, 59-73.
40. Hachey, R., Boyer, G., & Mercier, C. (2001). Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 112-120.

41. Hachey, R., Jumoorthy, J., & Mercier, C. (1995). Methodology for validating the translation of test measurements applied to occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 2, 190-203.
42. Hajiro, T., Nishimura, K., & Tsukino, M. (1998). Comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 157, 785-790.
43. Hallet, J. D., Zasler, N. D., Maurer, P., & Cash, S. (1994). Role change after traumatic brain injury in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 221-228.
44. Harmon-Weis, S. (1999). Nutritional strategies and efficacious in the prevention or treatment of chronic obstructive pulmonary disease. In: American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, National Council on the Aging. *The Role of Nutrition in Chronic Disease Care. Nutrition screening initiative project* (pp.22-31). Washington: Autor.
45. Jackoway, I. S., Rogers, J. C., & Snow, T. L. (1987). The role change assessment: An interview tool for evaluating older adults. *Occupational Therapy in Mental Health*, 7, 17-37.
46. Karpinski, A. (2004). Measuring self-esteem using the implicit association test: The role of the other. *Personality Social Psychological Bulletin*, 30, 22-34.
47. Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application* (2nd. ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
48. Koenig, A. M. *Avaliação cognitiva de uma população de idosos residentes no município de São Paulo* (2001). Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
49. Kuszniir, A., Scott, E., Cooke, R. G., & Young, L. T. (1996). Functional consequences of bipolar affective disorder: an occupational therapy perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 313-322.
50. Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

51. Lederer, J. M., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1985). Values, personal causation and skills of delinquents and nondelinquents. *Occupational Therapy in Mental Health, 5*, 59-77.
52. National Institutes of Health. (2000). Role *checklist*. Bethesda: Occupational Therapy Service, Department of Rehabilitation Medicine, Clinical Center, National Institutes of Health [formulário impresso].
53. Oakley, F. (1987). Clinical application of the model of human occupation in dementia of the Alzheimer's type. *Occupational Therapy in Mental Health, 7*, 215-224.
54. Oakley, F., Kielhofner, G., & Barris R. (1985). An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptative functioning. *American Journal of Occupational Therapy, 39*, 147-154.
55. Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. K. (1986). The role checklist; development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research, 6*, 157-170.
56. Ponsford, J., Olver, J., Nelms, R., Curran, C., & Ponsford, M. (1999). Outcome measurement in an inpatient and outpatient traumatic brain injury rehabilitation programme. *Neuropsychological Rehabilitation, 9*, 517-534.
57. Rust, K. M., Barris, R., & Hooper, F. H. (1987). Use the model of human occupation to predict women's exercise behavior. *Occupational Therapy in Mental Health, 7*, 17-37.
58. Seabra, M.L. (1982). *Avaliação da resposta de ansiedade induzida em sujeitos submetidos ao "stroop color word test"*: Influência da instrução e da limitação de tempo para a realização da tarefa. Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
59. Sepiol, J. M., & Froelich, J. (1990). Use of the role checklist with the patient with multiple personality disorder. *American Journal of Occupational Therapy, 44*, 1008-1012.
60. Silva, E. F. *Variabilidade Observacional em Epidemiologia: Uma Metodologia de Avaliação das Estruturas de Concordância com Dados Ordinais*

- Categorizados em Delineamentos com Painéis Fixos* (1998). Tese (doutorado), Universidade de Brasília.
61. Skelton, J. A. & Croyle, R. T. (1991). *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
62. Smynteck, L., Barris, R., & Kielhofner, G. (1985). The model of human occupation applied to psychosocially dysfunctional adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health, 5*, 21-40.
63. Souza, C. B., Cendon, S., Cavalhero, L., Jardim, J. R. B., & Bogossian, M. (2003). Anxiety, depression and traits of personality in COPD patients. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*, 149-162.
64. Sousa, T. C., Jardim J. R. B., & Jones, P. (2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal de Pneumologia, 16*, 119-128. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br>.
65. Velloso, M., Stella, S. G., Cendon, S., Silva, A. C. & Jardim, J. R. (2003). Metabolic and ventilatory parameters of four activities of daily living accomplished with arms in COPD patients. *Chest, 123*, 1047-1053.
66. Watson, M.A., & Ager, C.L. (1991). The impact of role valuation and performance on life satisfaction in old age. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 10*, 27-62.
67. Watts, J. H., Kielhofner, G. Bauer, D. F., Gregory, M. D., & Valentine, D. B. (1986). The assessment of occupational functioning: A screening tool for use in long-term care. *American Journal of Occupational Therapy, 40*, 231-240.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

São Paulo, 7 de fevereiro de 2003

CEP Nº 0024/03

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): JÚNIA JORGE REJEILLE CORDEIRO

Disciplina/Departamento: Reabilitação/Pneumologia/Medicina

Ref.: Projeto de Pesquisa:

Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto acima.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **06/08/03**

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Anexo II - Original em inglês do *Role Checklist* – Guia de Aplicação

The Role Checklist

Background

Within the occupational behavior tradition, roles are characterized as critical determinants of productivity. Occupational roles organize behavior by contributing to one's personal identity, conveying social expectations for performance, organizing use of time, and including the individual within the social structure. The occupational therapist's unique view of disability involves understanding how illness or injury affects occupational role performance. Successful adaptation after illness or injury may depend on a person's ability to competently resume or to establish new occupational roles.

The Role Checklist was designed to elicit information about a person's occupational roles. Occupational roles consist of both playful and productive behaviors. Playful behaviors are characterized as "non work" such as hobbies, sports, or social recreation. Productive behaviors contribute some services or commodity that others need or desire.

The Role Checklist has been translated into eight languages (Arabic, Dutch, French, German, Japanese, Portuguese, Spanish, & Swedish) for international use. It is a reliable and valid assessment tool that provides:

1. Data on individuals' perception of their participation in roles throughout their life span.
2. Data regarding the degree to which each role is valued.
3. Supplemental information regarding an individual's capacity to maintain a balance among roles.

Description of the Role Checklist

The Role Checklist is a written inventory, requiring approximately fifteen (15) minutes to administer, and is appropriate for use with an adolescent, adult, or elderly population. It is divided into two parts. *Part 1* assesses, along a temporal continuum, the major occupational roles that organize an individual daily life. *Part 2* identifies the degree to which each role is valued.

Ten roles are presented each followed by a brief definition. The roles include student, worker, volunteer, care giver, home maintainer, friend, family member, religious participant, hobbyist/amateur, and participant in organizations. There is also an "other" category where individuals can enter additional roles not listed. It should be noted that the roles definitions include examples that are not meant to be all encompassing. The intent of the checklist is to identify roles with occupational components that serve to organize an individual's daily life. Thus, reference to frequency of performance is included in role definitions. For example, the role of family member refers to spending time or doing something, *at least once a week*, with a family member such as a spouse, child, parent, or other relative. The key phrase is *once a week*. People may view themselves as family members, but their family may reside out of town resulting in infrequent contact. Consequently, that role is not available to organize present daily life.

Administration of the Role Checklist

Instruct individuals to complete the demographic information at the top of the checklist. Remain with them until the checklist is completed.

Part 1

1. Ask them to read the instructions.
2. Inquire if they understood the instructions and answer any questions pertaining to the administration of *Part 1*.
3. Define the time frames as follows:
 - a. "*Present* refers not only to today, but also includes the previous seven days."
 - b. "*Past* refers to the period of time up until seven days ago."
 - c. "*Future* is anytime from tomorrow onward."

Part 2

1. When individuals completed *Part 1*, ask them to read the instructions for *Part 2*.
2. Inquire if they understand the instructions and answer any questions pertaining to the administration of *Part 2*.
3. Define "valuable" as follows:

"*Valuable* refers to the worth you place on each role, that is, how important or desirable the role is to you."

Anexo III - Original em inglês do *Role Checklist* – Impresso para Coleta de Dados

Role Checklist

NAME _____ AGE _____ DATE _____
SEX: MALE FEMALE ARE YOU RETIRED? YES NO
MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED SEPARATED DIVORCED
WIDOWED

The purpose of this checklist is to identify the major roles in your life. The checklist, which is divided into two parts, presents 10 roles and defines each one.

Part I

Beside each role, indicate, by checking the appropriate column, if you performed the role in the past, if you presently perform the role, and if you plan to perform the role in the future. You may check more than one column for each role. For example, if you volunteered in the past, do not volunteer at present, but plan to in the future, you would check the past and the future columns.

ROLE	PAST	PRESENT	FUTURE
STUDENT: Attending school on a part-time or full time basis.			
WORKER: Part-time or full-time paid employment.			
VOLUNTEER: Donating services, at least once a week , to a hospital, school, community, political campaign, and so forth.			
CARE GIVER: Responsibility, at least once a week , for the care of someone such as a child, spouse, relative or friend.			
HOME MAINTAINER: Responsibility, at least once a week , for the upkeep of the home such as housecleaning or yardwork.			
FRIEND: Spending time or doing something, at least once a week , with a friend.			
FAMILY MEMBER: Spending time or doing something, at least once a week , with a family member such as a child, spouse, parent, or other relative.			
RELIGIOUS PARTICIPANT: Involvement, at least once a week , in groups or activities affiliated with one's religion (excluding worship).			
HOBBYIST/AMATEUR: Involvement, at least once a week , in a hobby or amateur activity such as sewing, playing a musical instrument, woodworking, sports, the theater, or participation in a club or team.			
PARTICIPANT IN ORGANIZATIONS: Involvement, at least once a week , in organizations such as the American Legion, National Organization for Women, Parents Without Partners, Weight Watchers, and so forth.			
OTHER: _____ A role not listed which you have performed, are presently performing, and/or plan to perform. Write the role on the line above and check the appropriate column(s).			

PART II

The same roles are listed below. Next to each role, check the column which best indicates how valuable or important the role is to you. Answer for each role, even if you have never performed or do not plan to perform the role.

ROLE	NOT AT ALL VALUABLE	SOME-WHAT VALUABLE	VERY VALUABLE
STUDENT: Attending school on a part-time or full time basis.			
WORKER: Part-time or full-time paid employment.			
VOLUNTEER: Donating services, at least once a week , to a hospital, school, community, political campaign, and so forth.			
CARE GIVER: Responsibility, at least once a week , for the care of someone such as a child, spouse, relative or friend.			
HOME MAINTAINER: Responsibility, at least once a week , for the upkeep of the home such as housecleaning or yardwork.			
FRIEND: Spending time or doing something, at least once a week , with a friend.			
FAMILY MEMBER: Spending time or doing something, at least once a week , with a family member such as a child, spouse, parent, or other relative.			
RELIGIOUS PARTICIPANT: Involvement, at least once a week , in groups or activities affiliated with one's religion (excluding worship).			
HOBBYIST/AMATEUR: Involvement, at least once a week , in a hobby or amateur activity such as sewing, playing a musical instrument, woodworking, sports, the theater, or participation in a club or team.			
PARTICIPANT IN ORGANIZATIONS: Involvement, at least once a week , in organizations such as the American Legion, National Organization for Women, Parents Without Partners, Weight Watchers, and so forth.			
OTHER: _____ A role not listed which you have performed, are presently performing, and/or plan to perform. Write the role on the line above and check the appropriate column(s).			

Role Checklist Summary Sheet

Name _____ Age _____
 Date _____
 Sex: Male Female Retired: Yes No
 Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed

Role	Perceived Incumbency			Value Designation		
	Past	Present	Future	Not At All	Some-What	Very
Student						
Worker						
Volunteer						
Care Giver						
Home Maintainer						
Friend						
Family Member						
Religious Participant						
Hobbyist/Amateur						
Participant in Organizations						
Other _____						

Comments:

Anexo IV – Versão brasileira do guia de aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com a tradição do comportamento ocupacional, os papéis têm sido enfatizados como determinantes críticos da produtividade. Os papéis ocupacionais organizam o comportamento contribuindo para a identidade pessoal dos indivíduos, conduzindo as expectativas sociais a uma realização, organizando o uso do tempo e envolvendo os indivíduos na estrutura social. Uma visão apropriada da incapacidade na Terapia Ocupacional envolve a compreensão de como a doença ou a deformidade afeta o desempenho do papel ocupacional. O sucesso da adaptação após uma doença ou lesão depende da capacidade da pessoa para se recuperar competentemente ou estabelecer novos papéis ocupacionais.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais foi criada por Francis Oakley, terapeuta ocupacional, com a finalidade de extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa. Tais papéis consistem em comportamentos produtivos ou de lazer. Os comportamentos de lazer se caracterizam por não serem atividades de trabalho e sim atividades tais como passatempos, esportes ou recreação social. Os comportamentos produtivos são os que contribuem com algum serviço ou comodidade que outros necessitam ou desejam.

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um instrumento válido e confiável de avaliação que oferece:

1. Dados sobre a percepção do indivíduo quanto à sua percepção ao longo de sua vida;
2. Dados referentes ao grau de importância de cada papel;
3. Informação complementar sobre a capacidade de uma pessoa em manter o equilíbrio entre os papéis.

DESCRIÇÃO DA LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

A Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais é um inventário escrito, que exige aproximadamente 15 minutos para ser aplicada, e é indicada para se usar com adolescentes, adultos e a população geriátrica. Divide-se em duas partes. A Parte I avalia, através de um tempo contínuo, os principais papéis ocupacionais que constituem a vida diária do indivíduo. A Parte II identifica o grau de importância que o indivíduo atribui a cada papel.

Dez papéis ocupacionais são apresentados, cada um dos quais é acompanhado por uma breve definição. Os papéis incluídos são de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações. Há também a categoria “Outro” para os indivíduos adicionarem outros papéis não listados. É importante notar que as definições de papéis contêm exemplos que não englobam todas as possibilidades. O propósito da Lista de Identificação é identificar papéis com os componentes ocupacionais que servem para organizar a vida diária dos indivíduos. Assim, a frequência do desempenho está incluída nas definições dos papéis. Por exemplo, o papel do membro de família se refere ao tempo gasto ou realização de algo, pelo menos uma vez por semana, com membros da família tais como esposo (a), filhos, pais ou outros parentes. A sentença chave é “uma vez por semana”. As pessoas podem se ver como membros da família, mas suas famílias podem residir fora da cidade o que resulta em infreqüentes contatos. Portanto, esse papel não é próprio para organizar a atual vida diária.

APLICAÇÃO DA LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

Instrua as pessoas para completarem a informação demográfica no alto da Lista. Permaneça junto às pessoas até a lista ser completada.

PARTE 1

1. Peça-lhes para ler as instruções.
2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 1.
3. Defina o esquema do tempo da seguinte forma:
 - a) “O presente se refere não somente a hoje, mas também inclui os sete dias passados”.
 - b) “Passado se refere ao período de tempo até sete dias atrás”.
 - c) “Futuro é qualquer tempo de amanhã em diante”.

PARTE 2

1. Quando as pessoas completarem a Parte 1, peça-lhes para ler as instruções da Parte 2.
 2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 2.
 3. Defina “valor” assim: “Valor se refere à importância que você dá a cada papel, isto é, quão importante ou desejável é esse papel para você”.
-

Anexo V – Versão brasileira do impresso para coleta de dados da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

Data: ___/___/___

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: Masculino . Feminino

Você é aposentado (a)? Sim Não

Estado civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo

O propósito desta lista é identificar os principais papéis em sua vida.

A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

PARTE 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE: Freqüentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: <i>Pelo menos uma vez por semana</i> , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, <i>pelo menos uma vez por semana</i> , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondentes(s).			

PARTE 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana , em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana , em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana , responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, pelo menos uma vez por semana , com amigo.			
MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana , com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana , em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondentes(s).			

Gostaríamos de saber qual a sua opinião em relação ao questionário que acabou de responder. Assinale com um "X" a resposta das questões abaixo:

1. Em relação ao tamanho do questionário, você acha que:

- tem um bom tamanho
- é curto
- é longo
- é muito longo

2. Em relação aos enunciados dos papéis, ou seja, o que cada questão estava perguntando, você acha que:

- são de fácil entendimento
- alguns são confusos
- quase todos são confusos
- todos eles são de difícil entendimento

3. Durante o tempo em que respondeu o questionário, você ficou com dúvida quanto à resposta:

- em nenhuma questão
- em 1 ou 2 questões
- em 3 ou 4 questões
- em mais de 5 questões

Se houve dúvidas ou dificuldades em responder aos papéis, gostaria que escrevesse qual o papel ou coluna (passado / presente / futuro ou nenhuma / pouca / muita importância) mais difícil para você e o porquê da sua dificuldade:

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS – SUMÁRIO

Nome: _____ Idade: _____ Data: ___/___/___

Sexo: Masculino Feminino Aposentado (a): Sim Não
Estado civil: Solteiro Casado Separado Divorciado
 Viúvo

PAPEL	Incumbência Percebida			Importância Designada		
	Passado	Presente	Futuro	Nenhuma	Alguma	Muita
ESTUDANTE						
TRABALHADOR						
VOLUNTÁRIO						
CUIDADOR						
SERVIÇO DOMÉSTICO						
AMIGO						
MEMBRO DE FAMÍLIA						
RELIGIOSO						
PASSATEMPO / AMADOR						
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES						
OUTRO: _____						

Comentários:

Anexo VI – Tradução retrógrada do guia de aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Occupational Tasks Identification List

According to the occupational behavior tradition, the tasks have been emphasized as dominant to the productivity. The occupational tasks organize the behavior contributing to the personal identity of the individual, leading the social expectations to realization, organizing the time span and involving the individuals in the social structure. An appropriate vision of the incapacity of the Occupational Therapy involves the understanding of how an illness or a deformity affects the occupational task performance. The success of the adaptation after illness or incapacity depends on the person's capacity to recover or to establish new occupational tasks.

The Occupational Tasks Identification List was created by Francis Oakley, an occupational therapist, with the purpose of collecting information about a person's occupational tasks. These tasks consist in productive behavior or leisure. The leisure behaviors are characterized for not being work activities but activities like hobbies, sports or social recreation. The productive behaviors are the ones that contribute with any activity or comfortableness that others need or hope for.

The occupational tasks identification list is a valid instrument and reliable evaluation that gives:

1. Data about the individual perception of his life;
2. Data referred to the graduation of importance of each task;
3. Complementary information about the person's capacity to be in control in her tasks.

Occupational Tasks Identification List Description

The Occupational Tasks Identification List is a written inventory that lasts approximately 15 minutes and it is indicated to use with adolescents, adults and old people. It is divided in two parts. Part I evaluates in a continued time, the most important occupational tasks that compose the daily life of an individual. Part II identifies how important is each occupational task to a person.

Ten tasks are presented and each one is briefly described. The tasks included are student, employee, volunteer, caregiver, house work, friend, family member, religious, hobby, organization member. There is also the category "Others" so people can write a new task that is not listed. It is important to notice that the tasks definitions have examples and that these examples aren't the only ones that exist. The Identification List purpose is to identify tasks with their components that organize the person's daily life. Therefore, the performance frequency is included in the tasks definition. For example, the family member's task refers to the time spent or realization of something at least once a week with family members like spouse, sons, parents or others. The main sentence is "once a week". People can see themselves as family members, but their families can live in different town

Anexo VII – Tradução retrógrada do impresso de coleta de dados da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

OCCUPATIONAL ROLES CHECKLIST

Date:

Name:

Age:

Gender: Male Female

Are you retired? yes no

Civil Status: Single Married Separated Divorced Widowed

The main goal of this list is to identify the most important roles in your life. The identification list, which is divided in two parts, is composed by 10 tasks and each one is defined.

Part 1

Beside each role, indicate in the correspondent column if you had done that role in the past, if you are doing it now or if you intend to do it in the future. You can mark more than one column for each role. For example, if you had been a volunteer in the past, is not in the moment, but is planning to be in the future, you should mark the columns for the past and future.

Role	Past	Present	Future
Student: Go to school part time or full time			
Worker: Working part time or full time			
Volunteer: Non paid work at least once a week in hospital, school, community, etc.			
Care Giver: Responsible at least once a week for giving care to child, spouse, family member or friend			
Housework: Responsible at least once a week for taking care of the house, for example, cooking, cleaning, gardening, etc.			
Friend: Spend some time or do something at least once a week with a friend			
Family Member: Spend some time or do something with a family member such as child, spouse, parents or other relative him at least once a week			
Religious: Be involved at least once a week in religious groups or participate of religious activity (except religious service)			
Hobby: Be involved at least once a week in leisure activities like sewing, playing instrument, wood working, sports, theatre, etc.			
Organization Member: Be involved at least once a week in organizations like Rotary or Lions Club, Weight Watchers, etc.			
Other: _____ A role that was not listed above that you have done in the past, is doing now and/or is planning to do in the future. Write the role on the line above and mark the correspondent column			

Part 2

The same roles are listed bellow. With each role mark the column that best describe how important that role is for you. Answer each role even if you had never done it or if you are not planning to do it.

Role	Not important	Little important	Very important
Student: Go to school part time or full time			
Worker: Work part time or full time			
Volunteer: Non paid work at least once a week in hospital, school, community, etc.			
Care Giver: Responsible at least once a week for giving care to child, spouse, family member or friend			
Housework: Responsible at least once a week for taking care of the house, for example, cooking, cleaning, gardening, etc.			
Friend: Spend some time with a friend or do something for a friend at least once a week			
Family Member: Spend some time with a family member or do something for him at least once a week			
Religious: Be involved at least once a week in religious groups or participate of religious activity (except religious cult)			
Hobby: Be involved at least once a week in leisure activities like sewing, playing instrument, wood working, sports, theatre, etc.			
Organization Member: Be involved at least once a week in organizations like Rotary or Lions Club, Weight Watchers, etc.			
Other: _____ A role that was not listed above that you have done in the past, is doing now and/or is planning to do in the future. Write the role on the line above and mark the correspondent column			

Occupational Roles Identification Checklist - Summary

Name: _____ Age: _____ Date: _____
 Gender: () male () female Retired: () yes () no
 Civil Status: () single () married () separated () divorced () widowed

Role	<i>Perceived Incumbency</i>			<i>Importance Designation</i>		
	Past	Present	Future	None	Some	Very
Student						
Worker						
Volunteer						
Caregiver						
Housework						
Friend						
Family member						
Religious						
Hobby						
Organization participation						
Other: _____						

Comments:

Anexo VIII – Carta informativa ao paciente e termo de consentimento

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Escola Paulista de Medicina (EPM)
Lar Escola São Francisco
Centro de Reabilitação Pulmonar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em Pacientes Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no Brasil.

1) Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que visa:

Adaptar para a língua portuguesa um instrumento para identificação de funções ocupacionais desenvolvido por Frances Oakley nos Estados Unidos, a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, já que existe falta de comprovação na literatura científica de que instrumentos de pesquisa validados em outros países possam ser aplicados aos pacientes de outro país, com língua e cultura diferentes, sem que se percam as suas propriedades de avaliação. O objetivo desta lista é o de extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais do indivíduo ao longo de sua vida e qual a importância a eles atribuída. Este instrumento se constitui em uma listagem de dez papéis ocupacionais divididos em duas partes. Na primeira parte, objetiva-se levantar que papéis a pessoa já desempenhou no passado, desempenha atualmente e planeja desempenhar no futuro. Na segunda parte, será avaliada a importância que o paciente atribui a cada papel. Com estas informações pretendemos melhorar os tratamentos que existem para os portadores de DPOC, direcionando os esforços profissionais para as atividades que fazem parte da história de vida do paciente e que lhe são importantes.

2) O estudo terá a duração aproximada de um mês, onde teremos duas consultas a serem realizadas com a duração aproximada de duas horas, nas quais serão aplicados os seguintes questionários: Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, com o objetivo de checar os papéis ocupacionais do indivíduo ao longo de sua vida e qual a importância a eles atribuída, conforme definido no item anterior; Questionário de Estabilidade Clínica do ambulatório de DPOC / UNIFESP, para sabermos se não houve piora de sua condição clínica; Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória, para verificarmos a influência da doença pulmonar em sua qualidade de vida; Inventário de Beck e o Questionário de Auto-Avaliação IDATE para verificarmos presença de

ansiedade e depressão. Não há riscos nestes procedimentos, pois se constituem somente de questionários.

3) Nas duas consultas, será realizada a Oximetria de Pulso, onde um aparelho será colocado em seu dedo, e sem furos, cortes ou dor, poderemos ver a quantidade de oxigênio disponível em seus glóbulos vermelhos. O outro exame a ser realizado é a Espirometria, onde testaremos a sua capacidade pulmonar por meio de sopros e respirações em um bocal ligado a um computador. Os exames estarão à sua disposição sempre que precisar.

4) Sempre que necessário você poderá esclarecer suas dúvidas ou ser atendido através de contato por telefones da Instituição com a pesquisadora responsável Júnia Jorge Rjeille Cordeiro ou, pessoalmente, no Centro de Reabilitação Pulmonar da UNIFESP/EPM – Lar Escola São Francisco, situado à Rua dos Açores, 310, Jardim Lusitânia, fone: (11) 5572-4301, de 2^a. a 6^a f., de 8:00 às 17:00 horas. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), à Rua Botucatu, 572, 1^o. andar, conjunto 14, telefone: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162, e-mail: cepunifesp@epm.br.

5) A qualquer momento você poderá desistir do estudo, sem para isto precisar justificar o motivo de sua saída. O seu atendimento médico habitual não terá nenhuma mudança se isto acontecer.

6) Os dados obtidos com este estudo serão mantidos em segredo. O resultado do estudo será discutido com você.

7) Você terá direito a tratamento médico e indenização pela Instituição em casos de danos ocorridos por causa deste estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo IX – Questionário de estabilidade clínica do ambulatório de DPOC da UNIFESP

Questionário de Estabilidade Clínica do Grupo de DPOC/ UNIFESP/EPM

Disciplina de Pneumologia - Ambulatório de DPOC – Evolução Clínica

Nome: _____ Idade : _____ anos

1. Consulta atual: _____ Última consulta: _____

2. Evolução neste período: Esteve internado ou foi ao Pronto-Socorro nestes últimos 15 dias: sim não

3. Tosse: sim não

 seca produtiva

 melhorou piorou inalterado

 diurna noturna diuturna

4. Escarro: aumentou diminuiu inalterado

Mudou de cor sim não

 claro amarelo esverdeado

 hemoptóico hemoptise

 diurno noturno diuturno

Quantidade de colheres de sobremesa em 24 horas: _____

5. Falta de ar: sim não

 melhorou piorou inalterado

com chiado : sim não

tomar banho : sim não

vestir-se : sim não

subir ladeira: sim não

andar na rua plana : sim não

andar dentro de casa : sim não

6. Febre: sim não Quanto : ____°C

7. Quantos dias?____ Período _____ a _____.

8. Outros sintomas que não tinha: _____.

9. Fumando: sim não parou quando ____ cigarros/dia: ____

Anexo X – Mini-Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Nome do paciente: _____ Data: ____/____/____

Escolaridade: _____

Aplicador: _____

“Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas.”

1) Qual o dia em que estamos?

1 () ano

2 () semestre

3 () mês

4 () dia da semana

5 () dia do mês

2) Onde nós estamos?

1 () local

2 () rua

3 () bairro

4 () cidade

5 () estado

3) Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte todas três)

1 () caneca

2 () tijolo

3 () tapete

Se ele não conseguir repetir as três, repita até que aprenda as três. Conte as tentativas: _____

4) O(A) Sr.(a) faz cálculos?

Se a resposta for SIM pergunte: Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta?

E se tirarmos mais 7, quanto resta? (total de cinco subtrações).

1 () _____ (93)

2 () _____ (86)

3 () _____ (79)

4 () _____ (72)

5 () _____ (65)

Se a resposta for NÃO, peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

1 () _____ O

2 () _____ D

3 () _____ N

4 () _____ U

5 () _____ M

5) Repita as palavras que disse a pouco:

1 () _____

2 () _____

3 () _____

6) Mostre um relógio de pulso e pergunte: o que é isso? Repita com o lápis.

1 () Relógio

2 () Lápis

7) Repita o seguinte:

() “Nem aqui, nem ali, nem lá”.

8) Siga uma ordem em três estágios:

() Tome um papel com a mão direita

() Dobre-o ao meio

() Ponha-o no chão

9) Leia e execute o seguinte: (cartão) “Feche os olhos” ()

10) Escreva uma frase: _____ ()

11) Copie este desenho: (cartão)

Total: _____ / 30

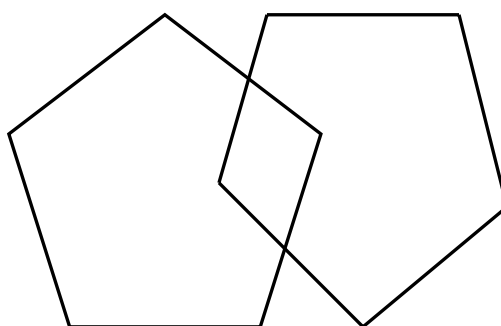
Dizeres do cartão para a questão número 9:

F E C H E

O S

O L H O S

Desenho do cartão para a questão número 11:



Anexo XI – Inventário de Depressão de Beck

INVENTÁRIO BECK

Nome: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Sexo: _____
Grau de Instrução: _____ Profissão: _____
Ocupação Atual: _____
Data da Prova: ____/____/____ Reg. Hosp.: _____
Pontos: _____

INSTRUÇÕES

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir, **escolha a alternativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sente no momento**. Assinale no parêntese à esquerda da alternativa que você escolheu. **Se várias afirmativas no grupo estiverem de acordo com o que você sente no momento, assinale cada uma delas**. Tenha a certeza de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

-
1. Não me sinto triste
 Sinto-me triste
 Sinto-me triste todo o tempo e por mais que eu queira não consigo deixar de sentir isso
 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar
 2. Não estou desencorajado(a) quanto ao meu futuro
 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao meu futuro
 Sinto não poder esperar nada mais do futuro
 Sinto que o futuro é sem esperanças e que as coisas não podem melhorar
 3. Não me sinto um fracassado
 Sinto que falhei mais do que qualquer outra pessoa
 Quando olho para trás na minha vida, tudo o que vejo é uma série de fracassos
 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa
 4. Obtenho satisfação em todas as coisas que tenho feito
 Não gosto da maneira como tenho feito as coisas
 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
 5. Não me sinto particularmente culpado(a)
 Sinto-me culpado(a) em alguma parte do tempo
 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo
 Sinto-me culpado(a) o tempo todo
 6. Não sinto que esteja sendo castigado(a)
 Sinto que posso ser castigado(a)
 Espero ser castigado(a)
 Sinto que estou sendo castigado(a)
 7. Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
 Sinto-me infeliz comigo mesmo(a)
 Eu me odeio
 8. Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa
 Critico-me por minhas fraquezas ou erros

-
10. () Não costumo chorar mais do que o normal
() Choro mais agora do que antigamente
() Atualmente choro muito freqüentemente
() Eu costumava chorar, mas agora não consigo, ainda que queira
11. () Eu não estou mais irritado(a) agora do que costumo estar
() Fico molesto(a) ou irritado(a) com mais facilidade do que antigamente
() Atualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo
() Dificilmente fico irritado(a) com coisas que costumavam me irritar
12. () Não perdi o interesse por outras pessoas
() Interesse-me menos do que costumava por outras pessoas
() Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas
() Perdi todo o meu interesse por outras pessoas
13. () Tomo decisões tão bem hoje como em qualquer outra época
() Adio minhas decisões mais do que costumava fazer
() Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antigamente
() Não consigo mais tomar decisão alguma
14. () Não sinto que minha aparência é pior do que costumava ser
() Preocupa-me estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
() Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
() Considero-me feio(a)
15. () Posso trabalhar tão bem quanto antes
() Preciso de um esforço extra para começar a fazer qualquer coisa
() Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
() Não consigo fazer nenhuma atividade
16. () Durmo tão bem quanto de hábito
() Não durmo tão bem quanto antigamente
() Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
() Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo mais dormir
17. () Não fico mais cansado(a) do que de hábito

19. () Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
() Perdi mais de 2,5 Kg
() Perdi mais de 5,0 Kg
() Perdi mais de 7,5 Kg

Estou propositadamente tentando perder peso, comendo menos

- () Sim () Não

20. () Não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
() Preocupo-me com meus problemas físicos, como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre
() Estou muito preocupado(a) com meus problemas físicos que é difícil pensar em outra coisa
() Estou tão preocupado(a)

Anexo XII – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE (PARTES I E II)

Nome: _____	No. _____
Idade: ____anos ____meses	Data da Prova __/__/__
Data do nascimento __/__/__	Pontos _____
Naturalidade _____ Est. Civil _____ Sexo _____	Examinador _____
Nível de instrução _____	
Profissão _____	
Ocupação atual _____	

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever **sentimentos pessoais**.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da **Parte I** e assinale com um **círculo** um dos números (1,2,3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a **Instrução** do alto da página.

Quando terminar, passa para a **Parte II** e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM
TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÃO

PARTE I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como **você se sente agora, neste momento**.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que **mais se aproxime** de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....	4	Um pouco.....	2
Bastante.....	3	Absolutamente não... 1	

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calmo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto-me seguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estou tenso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estou arrependido(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me perturbado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me descansado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sinto-me ansioso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me "em casa" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraído(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |

PARTE II

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como **você geralmente se sente agora**.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproximar de como você **se sente geralmente**.

AVALIAÇÃO

Quase sempre..... 4 Às vezes..... 2

Freqüentemente.. 3 Quase nunca..... 1

-
1. Sinto-me bem1 2 3 4
 2. Canso-me facilmente 1 2 3 4
 3. Tenho vontade de chorar 1 2 3 4
 4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser 1 2 3 4
 5. Perco oportuno 46m05portun01dm/P <</M0.00031 Tc 0.0020 Tw 12 0 0 12 103.05373se ns

Anexo XIII – Dados demográficos individuais

Tabela - Anexo XIII - Dados individuais demográficos dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	Sexo	Idade (anos)	Ocupação*	Estado Civil	Escolaridade (anos de educação formal)
1	F	60	inativo	viúvo	4
2	M	70	inativo	casado	4
3	M	63	inativo	viúvo	15
4	M	65	ativo	casado	10
5	M	71	inativo	casado	2
6	M	75	inativo	casado	1
7	M	64	inativo	solteiro	4
8	F	73	inativo	viúvo	0
9	M	69	inativo	casado	3
10	M	60	inativo	casado	4
11	F	49	ativo	casado	4
12	M	64	inativo	casado	13
13	F	64	ativo	viúvo	11
14	F	50	ativo	casado	4
15	M	72	ativo	casado	7
16	F	71	ativo	viúvo	1
17	M	77	inativo	casado	7
18	F	51	inativo	solteiro	11
19	M	62	inativo	casado	8
20	F	48	ativo	casado	4
21	M	68	inativo	casado	4
22	M	66	inativo	casado	0
23	M	77	inativo	casado	1
24	F	69	ativo	solteiro	5
25	M	85	inativo	viúvo	2
X	....	65,7	....	....	5,2
DP	....	9,3	....	....	4,1
Mi	....	66	....	....	4
IC (95%)	....	62,1 69,3			3,6 6,8

* Ocupação:

ativo = possui trabalho regular e remunerado

inativo = afastado do trabalho regular ou desempregado ou aposentado

Anexo XIV – Dados individuais de caracterização da DPOC na amostra

Tabela - Anexo XIV a - Dados espirométricos individuais dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	VEF ₁ (l)	VEF ₁ %	CVF(l)	CVF%	VEF ₁ /CVF
1	0,59	26	1,98	69	0,30
2	1,29	41	3,29	81	0,39
3	2,81	87	4,20	103	0,67
4	1,48	48	2,69	70	0,55
5	0,79	29	2,18	62	0,36
6	1,42	50	2,53	69	0,56
7	1,63	46	4,12	91	0,40
8	1,46	63	2,46	79	0,59
9	2,01	79	3,01	95	0,67
10	1,83	52	3,16	70	0,58
11	0,70	31	1,75	64	0,40
12	2,00	64	3,21	81	0,62
13	1,43	70	2,48	98	0,57
14	2,64	101	4,67	147	0,57
15	1,15	38	2,44	63	0,47
16	1,52	81	2,45	101	0,62
17	1,67	62	3,40	98	0,49
18	0,86	32	2,00	61	0,43
19	0,99	29	2,41	55	0,41
20	0,82	33	1,99	68	0,41
21	1,19	44	2,33	68	0,51
22	1,18	44	2,71	82	0,44
23	1,01	36	2,48	67	0,41
24	1,03	61	1,76	82	0,59
25	1,03	42	1,90	58	0,54
X	1,38	51,6	2,70	79,3	0,50
DP	0,56	20,2	0,77	20,1	0,10
Mi	1,29	46,0	2,5	70,0	0,51
IC (95%)	1,16 1,60	43,7 59,5	2,4 3,0	71,4 87,2	0,46 0,54

Tabela - Anexo XIV b - Dados individuais oximétricos (SpO_2), do hábito tabágico (anos-maço), estágio da doença dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	1a. SpO_2	2a. SpO_2	X SpO_2	ΔSpO_2	Anos-Maço	Estádio*
1	93	90	92	3	22,5	4
2	91	94	93	3	51	3
3	96	95	96	1	80	1
4	92	95	94	3	150	3
5	92	92	92	0	160	4
6	97	94	96	3	80	2
7	92	91	92	1	40	3
8	92	93	93	1	0	2
9	96	92	94	4	100	2
10	93	90	92	3	25	2
11	88	89	89	1	16	3
12	96	93	95	3	33	2
13	95	93	94	2	30	2
14	95	94	95	1	66	1
15	91	92	92	1	92	3
16	93	96	95	3	57	1
17	93	95	94	2	63	2
18	95	96	96	1	40,5	3
19	93	93	93	0	45	4
20	94	95	95	1	16,5	3
21	95	96	96	1	25	3
22	90	86	88	4	104	3
23	95	93	94	2	40	3
24	95	94	95	1	75	2
25	90	90	90	0	10	3
X	93,28	92,84	93	1,8	56,9	.....
DP	2,25	2,46	2,09	1,2	41,0	.....
Mi	93	93	94	1	45,0	.....
IC (95%)	92,4 94,2	91,9 93,8	92,2 93,8	1,3 2,3	40,8 73,0	.....

*Estádio, segundo os critérios do GOLD (2004):

1 = DPOC leve: $VEF1/CVF < 0,70$ e $VEF1 = 0,80$

2 = DPOC moderada: $0,50 = VEF1 < 0,80$

3 = DPOC grave: $0,30 = VEF1 < 0,50$

4 = DPOC muito grave: $VEF1 < 0,30$

Anexo XV – Dados antropométricos individuais

Tabela - Anexo XV - Dados individuais de peso, altura, índice de massa corpórea dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	Peso (Kg)	Alt.(m)	IMC
1	36,0	1,58	14,4
2	59,0	1,70	20,4
3	77,0	1,68	27,3
4	84,0	1,65	30,9
5	51,0	1,61	19,7
6	72,0	1,66	26,1
7	90,8	1,76	29,3
8	65,0	1,68	23,0
9	77,0	1,55	32,0
10	85,0	1,74	28,1
11	51,0	1,52	22,1
12	65,5	1,66	23,8
13	78,7	1,53	33,6
14	60,0	1,60	23,4
15	78,0	1,68	27,6
16	67,0	1,54	28,3
17	64,0	1,63	24,1
18	42,0	1,62	16,0
19	84,0	1,73	28,1
20	51,0	1,54	21,5
21	59,0	1,59	23,3
22	57,0	1,56	23,4
23	61,0	1,66	22,1
24	66,8	1,47	30,9
25	72,0	1,62	27,4
X	66,2	1,62	25,1
DP	13,9	0,07	4,8
Mi	65,5	1,62	24,1
IC (95%)	60,8 71,7	1,59 1,65	23,2 27,0

*1 = Desnutrido - IMC abaixo de 22,0

2 = Eutrófico - IMC de 22,0 a 27,0

3 = Sobrepeso - IMC acima de 27,0

Anexo XVI – Dados cognitivo-emocionais individuais

Tabela - Anexo XVI - Dados individuais dos resultados do Mini-Exame do Estado Mental, Inventário de Beck, Inventário de Ansiedade Traço-Estado dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	MEEM	Inventário de Beck*	Ansiedade-traço**	Ansiedade-estado**
1	25	17	45	33
2	27	18	50	39
3	30	11	23	31
4	26	9	47	41
5	29	5	31	25
6	24	31	53	43
7	28	10	40	22
8	25	17	57	43
9	24	17	58	48
10	25	8	27	33
11	29	13	40	49
12	29	22	39	31
13	27	5	35	31
14	26	20	56	53
15	30	18	57	47
16	28	8	32	33
17	30	19	33	31
18	30	12	41	38
19	29	14	36	27
20	27	3	32	39
21	27	2	49	37
22	29	8	45	38
23	26	11	28	30
24	29	33	50	55
25	29	46	52	41
X	27,52	15,08	42,24	37,52
DP	1,96	10,06	10,47	8,57
Mi	28	13	41	38
IC (95%)	26,7 28,3	11,1 19,1	38,1 46,3	34,2 40,9

*Grau de depressão

- 1 - Normal (Escore 0 a 9 pontos)
- 2 - Mínima (Escore 10 a 15 pontos)
- 3 - Leve a moderada (Escore 16 a 19 pontos)
- 4 - Moderada a grave (Escore 20 a 29 pontos)
- 5 - Grave (Escore 30 a 63 pontos)

**Grau de Ansiedade-traço ou estado

- 1 - Baixo (Escore < 30 pontos)
- 2 - Médio (30 = Escore = 50 pontos)
- 3 - Alto (Escore > 50 pontos)

Anexo XVII – Dados individuais e concordância das respostas à Parte I da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais

Tabela - Anexo XVII a - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Estudante e Trabalhador, da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Estudante									Trabalhador								
	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
2	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
3	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
4	S	S	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	S	S	C
5	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
6	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
7	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	S	N	NC
8	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
9	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
10	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
11	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
12	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
13	S	S	C	N	N	C	S	N	NC	S	S	C	N	N	C	N	N	C
14	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
15	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C
16	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
17	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
18	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
19	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
20	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
21	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	S	S	C
22	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	S	N	NC
23	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	S	NC
24	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	S	NC
25	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C

Pas.1 - Passado, 1a. Aplicação

Pas.2 - Passado, 2a. Aplicação

Pres.1 - Presente, 1a. Aplicação

Pres.2 - Presente, 2a. Aplicação

Fut.1 - Futuro, 1a. Aplicação

Fut.2 - Futuro, 2a. Aplicação

Conc. - Concordância

S - Sim (papel presente na coluna indicada)

N - Não (papel ausente na coluna indicada)

C - Concorda (mesma resposta entre a 1a. e a 2a. aplicação)

NC - Não concorda (resposta diferente entre a 1a. e a 2a. aplicação)

Tabela - Anexo XVII b - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Voluntário e Cuidador, da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Voluntário									Cuidador								
	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	S	N	NC	N	N	C	S	N	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
2	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
3	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC
4	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	S	NC
5	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
6	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
7	N	N	C	N	N	C	S	N	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
8	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC
9	N	S	NC	N	S	NC	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
10	S	N	NC	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC
11	N	N	C	N	N	C	N	S	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
12	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
13	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C
14	N	N	C	N	N	C	S	N	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
15	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
16	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
17	N	N	C	N	N	C	S	N	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
18	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
19	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
20	S	S	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
21	N	N	C	N	N	C	N	S	NC	S	S	C	S	S	C	S	S	C
22	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
23	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
24	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC
25	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C

Tabela - Anexo XVII c - Respostas individuais e concordância dos 25 portador

No.	Serviço Doméstico									Amigo								
	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	S	S	C
2	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	N	NC	S	N	NC
3	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC
4	N	N	C	N	N	C	N	S	NC	N	S	NC	N	N	C	N	S	NC
5	N	N	C	N	N	C	N	N	C	S	S	C	S	N	NC	S	N	NC
6	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
7	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C	N	S	NC
8	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
9	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC	S	S	C	N	S	NC	S	S	C
10	N	N	C	N	N	C	N	S	NC	N	S	NC	N	N	C	N	N	C
11	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
12	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
13	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
14	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
15	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
16	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
17	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
18	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	N	NC	N	N	C	S	S	C
19	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
20	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C	N	N	C
21	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
22	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
23	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	S	S	C
24	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC	N	S	NC
25	S	S	C	S	N	NC	S	S	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C

Tabela - Anexo XVII d - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Membro de Família e Religioso, da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Membro de Família									Religioso								
	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
2	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
3	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
4	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	S	S	C	S	S	C
5	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
6	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
7	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
8	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
9	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	S	S	C
10	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C	N	N	C
11	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC	N	S	NC
12	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
13	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
14	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
15	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C
16	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
17	N	S	NC	N	S	NC	N	S	NC	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
18	N	S	NC	N	S	NC	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	N	S	NC
19	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
20	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	S	C
21	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
22	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
23	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
24	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
25	S	S	C	S	N	NC	S	N	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C

Tabela - Anexo XVII e - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Passatempo / Amador e Participante em Organizações, da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Passatempo/Amador									Participante em Organizações								
	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
2	S	S	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
3	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
4	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	S	NC
5	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
6	S	N	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
7	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
8	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
9	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C	S	N	NC
10	S	S	C	N	N	C	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C
11	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	N	NC
12	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	S	NC	N	N	C	N	N	C
13	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	S	N	NC
14	S	S	C	S	S	C	S	S	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
15	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
16	S	S	C	N	N	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
17	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	N	N	C	N	N	C
18	S	S	C	N	S	NC	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
19	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
20	S	S	C	S	N	NC	S	N	NC	S	S	C	N	N	C	N	N	C
21	S	S	C	S	S	C	S	S	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C
22	S	S	C	N	S	NC	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C
23	S	S	C	N	N	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C
24	S	S	C	N	N	C	S	N	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C
25	N	S	NC	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C

Pas.1 - Passado, 1a. Aplicação
 Pas.2 - Passado, 2a. Aplicação
 Pres.1 - Presente, 1a. Aplicação
 Pres.2 - Presente, 2a. Aplicação
 Fut.1 - Futuro, 1a. Aplicação
 Fut.2 - Futuro, 2a. Aplicação

Conc. - Concordância
 S - Sim (papel presente na coluna indicada)
 N - Não (papel ausente na coluna indicada)
 C - Concorda (mesma resposta entre a 1a. e a 2a. aplicação)
 NC - Não concorda (resposta diferente entre a 1a. e a 2a. aplicação)

No.	Pas.1	Pas.2	Conc.	Pre.1	Pre.2	Conc.	Fut.1	Fut.2	Conc.
1	N	N	C	N	N	C	N	N	C
2	N	N	C	N	N	C	N	N	C
3	N	N	C	N	N	C	N	N	C
4	N	N	C	N	N	C	N	N	C
5	N	N	C	N	N	C	N	N	C
6	N	N	C	N	N	C	N	N	C
7	N	N	C	N	N	C	N	N	C
8	N	N	C	N	N	C	N	N	C
9	N	N	C	N	N	C	N	N	C
10	N	N	C	N	N	C	N	N	C
11	N	N	C	N					

Anexo XVIII – Dados individuais e concordância das respostas à Parte II da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais

Tabela - Anexo XVIII a - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Estudante, Trabalhador, Voluntário, Cuidador e Serviço Doméstico da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Estudante			Trabalhador			Voluntário			Cuidador			Serviço Doméstico		
	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.
1	M	N	NC	M	A	NC	A	A	C	M	M	C	A	M	NC
2	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
3	M	M	C	M	M	C	A	A	C	M	M	C	M	M	C
4	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	A	M	NC
5	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	A	M	NC
6	M	M	C	M	M	C	M	A	NC	M	A	NC	A	M	NC
7	M	M	C	M	M	C	A	A	C	M	M	C	M	M	C
8	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
9	M	M	C	M	M	C	A	M	NC	A	M	NC	M	M	C
10	A	M	NC	M	M	C	A	A	C	A	A	C	A	A	C
11	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
12	M	M	C	M	M	C	A	N	NC	M	A	NC	M	A	NC
13	M	M	C	M	M	C	M	N	NC	A	M	NC	A	M	NC
14	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
15	M	M	C	M	M	C	A	A	C	M	M	C	A	A	C
16	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
17	M	M	C	M	M	C	M	A	NC	M	M	C	A	A	C
18	A	M	NC	M	M	C	A	A	C	M	A	NC	A	M	NC
19	M	M	C	M	M	C	M	M	C	A	M	NC	M	M	C
20	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
21	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
22	M	A	NC	M	A	NC	M	M	C	M	M	C	M	M	C
23	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C
24	M	M	C	M	M	C	M	A	NC	M	M	C	M	M	C
25	M	M	C	M	M	C	M	N	NC	M	M	C	M	M	C

Imp.1 - Importância atribuída ao papel na 1a. aplicação

Imp.2 - Importância atribuída ao papel na 2a. aplicação

N - Nenhuma importância

A - Alguma importância

M - Muita importância

Conc. - Concordância

C - Concorda (mesma resposta entre a 1a. e a 2a. aplicação)

NC - Não concorda (resposta diferente entra a 1a. e a 2a. aplicação)

Tabela - Anexo XVIII b - Respostas individuais e concordância dos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo nos papéis de Amigo, Membro de Família, Religioso, Passatempo/Amador, Participante em Organizações da Parte I da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Amigo			Membro de Família			Religioso			Passatempo/Amador			Participante em Organizações			Outro		
	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.	Imp.1	Imp.2	Conc.
1	A	A	C	M	M	C	A	N	NC	A	N	NC	N	N	C	NA	NA	NA
2	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	NA	NA	NA
3	A	M	NC	M	M	C	M	A	NC	A	A	C	A	A	C	NA	NA	NA
4	A	M	NC	M	M	C	M	M	C	A	A	C	A	M	NC	NA	NA	NA
5	A	M	NC	M	M	C	N	N	C	A	M	NC	A	N	NC	NA	NA	NA
6	N	A	NC	A	M	NC	A	A	C	A	A	C	N	M	NC	NA	NA	NA
7	A	A	C	M	M	C	M	N	NC	M	M	C	N	N	C	NA	NA	NA
8	N	N	C	M	A	NC	M	M	C	M	M	C	M	N	NC	NA	NA	NA
9	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	A	M	NC	NA	NA	NA
10	A	A	C	A	M	NC	A	A	C	A	A	C	A	A	C	NA	NA	NA
11	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	NA	NA	NA
12	A	N	NC	M	M	C	N	N	C	A	A	C	N	N	C	A	A	C
13	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	N	NC	NA	NA	NA
14	A	M	NC	M	M	C	A	A	C	A	A	C	N	A	NC	NA	NA	NA
15	A	N	NC	M	A	NC	M	M	C	A	N	NC	N	N	C	NA	NA	NA
16	M	M	C	M	M	C	M	M	C	N	N	C	M	N	NC	NA	NA	NA
17	A	M	NC	M	M	C	M	M	C	A	A	C	A	A	C	NA	NA	NA
18	M	M	C	A	M	NC	A	A	C	A	A	C	A	A	C	NA	NA	NA
19	M	M	C	M	A	NC	M	M	C	M	M	C	N	M	NC	NA	NA	NA
20	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	NA	NA	NA
21	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	A	NC	NA	NA	NA
22	M	A	NC	M	A	NC	M	A	NC	M	A	NC	M	A	NC	NA	NA	NA
23	M	M	C	M	M	C	M	M	C	M	A	NC	M	M	C	NA	NA	NA
24	A	A	C	M	M	C	M	M	C	M	M	C	A	M	NC	NA	NA	NA
25	N	N	C	M	M	C	M	M	C	A	A	C	M	M	C	NA	NA	NA

Imp.1 - Importância atribuída ao papel na 1a. aplicação

Imp.2 - Importância atribuída ao papel na 2a. aplicação

N - Nenhuma importância

A - Alguma importância

M - Muita importância

Conc. - Concordância

C - Concorda (mesma resposta entre a 1a. e a 2a. aplicação)

NC - Não concorda (resposta diferente entra a 1a. e a 2a. aplicação)

Anexo XIX – Dados individuais de utilização de tempo e auxílio para aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Tabela - Anexo XIX a - Tempo utilizado pelos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo na 1a. e 2a. aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança.

No.	Tempo do indivíduo (minuto:segundo)		Tempo do aplicador (minuto:segundo)		Tempo total (minuto:segundo)	
	1a. Aplic.	2a. Aplic.	1a. Aplic.	2a. Aplic.	1a. Aplic.	2a. Aplic.
1	10:00	5:00	2:00	3:00	12:00	8:00
2	10:00	10:00	1:00	3:00	11:00	13:00
3	20:00	10:00	1:00	2:00	21:00	12:00
4	15:00	5:00	1:00	2:00	16:00	7:00
5	10:00	10:00	1:00	1:00	11:00	11:00
6	5:00	5:00	1:00	1:00	6:00	6:00
7	5:00	10:00	1:00	2:00	6:00	12:00
8	10:00	8:00	1:00	1:00	11:00	9:00
9	10:00	10:00	1:00	1:00	11:00	11:00
10	20:00	5:00	1:00	1:00	21:00	6:00
11	15:00	10:00	1:00	1:10	16:00	11:10
12	20:00	20:00	1:08	1:00	21:08	21:00
13	5:00	5:00	1:00	1:00	6:00	6:00
14	10:00	5:00	1:00	0:48	11:00	5:48
15	10:00	10:00	0:53	0:45	10:53	10:45
16	22:00	18:00	1:06	0:43	23:06	18:43
17	10:00	8:00	1:00	0:55	11:00	8:55
18	11:00	8:00	1:00	0:50	12:00	8:50
19	5:00	4:00	0:40	0:45	5:40	4:45
20	12:00	15:00	1:05	1:05	13:05	16:05
21	8:00	8:00	1:05	0:45	9:05	8:45
22	11:00	10:00	0:40	1:10	11:40	11:10
23	14:00	10:00	0:55	0:56	14:55	10:56
24	11:00	8:00	0:55	0:50	11:55	8:50
25	10:00	11:00	0:45	0:45	10:45	11:45
X	11:34	8:46	1:00	1:13	12:34	9:59
DP	4:50	4:16	0:14	0:39	4:52	4:16
Mi	10:00	10:00	1:00	1:00	11:00	10:45
IC (95%)	9:40 13:28	7:06 10:26	0:54 1:06	0:58 1:28	10:40 14:28	9:17 10:41

Tabela - Anexo XIX b - Grau de auxílio requerido pelos 25 portadores de DPOC que participaram deste estudo na 1a. e na 2a.. aplicação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais.

No.	Grau de auxílio*	
	1a. Aplicação	2a. Aplicação
1	máximo	máximo
2	máximo	máximo
3	mínimo	mínimo
4	máximo	máximo
5	máximo	máximo
6	máximo	máximo
7	máximo	máximo
8	máximo	máximo
9	máximo	máximo
10	moderado	máximo
11	moderado	mínimo
12	mínimo	mínimo
13	máximo	máximo
14	máximo	moderado
15	moderado	moderado
16	máximo	máximo
17	máximo	mínimo
18	mínimo	moderado
19	máximo	máximo
20	máximo	mínimo
21	máximo	máximo
22	moderado	moderado
23	máximo	máximo
24	máximo	máximo
25	máximo	máximo

*Grau de Auxílio

Mínimo = auxílio em até um terço do tempo de aplicação

Moderado = auxílio de um a dois terços do tempo de aplicação

Máximo = auxílio de mais que dois terços do tempo de aplicação

