

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**O EFEITO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES
INTERNADOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Dissertação de Mestrado

SÉRGIO KESKE

Mestrando

**São Leopoldo
2008**

**O EFEITO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES
INTERNADOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

SÉRGIO KESKE

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós Graduação em Psicologia, Área de concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro

São Leopoldo, 2008

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**O EFEITO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES
INTERNADOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Monografia (Dissertação) apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Elaborado por
Sérgio Keske

São Leopoldo, 2008

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

K42e

Keske, Sérgio.

O efeito da intervenção psicológica em pacientes internados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) / Sérgio Keske. – 2008.

119 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2008.

“Orientador: Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro”.

1. Pulmões – Doenças – Pacientes. 2. Terapia cognitiva. 3. Depressão 4. Psicologia educacional. 5. Psicologia clínica. 6. Ansiedade. I. Título.

CDU-159.9:616.24

Catálogo na publicação:
Bibliotecário Flávio Nunes – CRB 10/1298

À minha querida esposa Raquele
cujo apoio afetivo foi essencial
ao término desse trabalho e ao
meu filho Renato

AGRADECIMENTOS

Todo trabalho só existe com a colaboração de alguém. Muitos dos quais anônimos, mas não por isso de menor importância. Agradeço a toda equipe de enfermagem do Hospital Sapiranga, que me auxiliou na busca dos pacientes com DPOC e na aferição do peso dos mesmos.

Um obrigado aos estudantes da graduação de Psicologia da UNISINOS. Tamires, que auxiliou na coleta de dados e Elisa que organizou de forma primorosa os dados no SPSS. Um especial obrigado ao amigo e também estudante de Psicologia, mas na Faculdade de Taquara (FACAT), Jadir, que completou o trabalho inicial da Tamires, mesmo estando sempre muito atarefado.

Aos professores Taís e Jardim que gentilmente cederam o questionário *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) e ao professor Paulo Zimmermann do Centro Universitário Feevale que, sem me conhecer, emprestou seu espirômetro para que essa pesquisa fosse viabilizada.

A minha esposa que pacientemente ajudou-me na difícil tarefa de selecionar os artigos de revisão e me apoiou nos momentos de desânimo.

Ao professor e primeiro orientador Christian Haag Kristensen que norteou a pesquisa, organizando as idéias, estabelecendo metas, e montando o protocolo com Técnicas Cognitivo-comportamentais com maestria.

Ao professor e orientador Maycoln Teodoro que muito me ensinou, da forma mais educada e afetiva, o trabalhar das idéias. Admiro a sua capacidade de pesquisa e sua abnegação aos mestrandos que orientou.

Aos pacientes, sem os quais nada disso seria possível.

A família, início de tudo.

Muito Obrigado!

Sumário

Resumo.....	9
Abstract.....	10
Apresentação.....	11
Seção I – Relatório de Pesquisa	12
Histórico e Prevalência da DPOC.....	12
Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida na DPOC.....	19
Intervenções em DPOC.....	23
DPOC e Programas de Reabilitação.....	24
Objetivo Geral.....	26
Objetivos Específicos e Hipóteses.....	26
Materiais e Método.....	27
Delineamento.....	27
Amostra.....	27
Instrumentos.....	30
Procedimentos de Pesquisa e Éticos.....	31
Procedimentos de Intervenção.....	33
Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).....	33
Psicoeducação.....	34
Análise dos Dados.....	34
Resultados.....	34
Discussão.....	38
Seção II – artigo teórico.....	42
Seção III – artigo empírico.....	61
Considerações Finais.....	74
Referências.....	75
Anexo A - Iniciativa GOLD para DPOC	83
Anexo B - Técnicas empregadas no protocolo de intervenção em TCC	102
Anexo C - Ficha de Dados Sócio-Demográficos	104
Anexo D – Método de Cálculo da Pontuação do questionário SGRQ	106
Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117

Lista de Tabelas

Tabela 1. Classificação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pela gravidade

Tabela 2. Frequência, Porcentagem, Média e Desvio-Padrão das Variáveis Demográficas dos Participantes e Gravidade da DPOC

Tabela 3. Média, Desvio-padrão e Teste de Significância entre o Pré e Pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC, G1) e TCC com Psicoeducação (G2)

Tabela 4. Porcentagem e Desvio-Padrão do SGRQ Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória no Pré e Pós-teste Dividido pelos Grupos Controle, TCC e Psicoeducação

Tabela 5. Publicações sobre as Intervenções Psicológicas na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Tabela 6. Média, Desvio-padrão e Teste de Significância entre o Pré- e Pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC, G1) e TCC com Psicoeducação (G2)

Tabela 7. Frequência e Porcentagem da Classificação dos Sintomas de Depressão para os Grupos Controle, TCC e TCC com Psicoeducação

Tabela 8. Frequência e Porcentagem da Classificação dos Sintomas de Ansiedade para os Grupos Controle, TCC e TCC com Psicoeducação

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia frequentemente acompanhada de um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão. O objetivo desta dissertação foi investigar o efeito de uma intervenção psicológica cognitivo-comportamental associada à Psicoeducação nos sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com DPOC. Participaram da pesquisa 22 pacientes divididos aleatoriamente em três grupos. Os pacientes do primeiro grupo (n=7) receberam o atendimento padrão do hospital. O segundo (n=8), o atendimento padrão e sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e, para o terceiro (n=7), todo o procedimento anterior acrescido de uma sessão de Psicoeducação. Os participantes foram avaliados antes e após o atendimento com o Inventário Beck de Ansiedade e Depressão e o *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), para a Qualidade de vida. Os dados foram analisados com técnicas estatísticas não-paramétricas para medidas repetidas. Os resultados indicaram que os participantes do Grupo TCC apresentaram diminuição da intensidade de sintomas depressivos, enquanto que os do Grupo TCC associado com Psicoeducação reduziram os escores de ansiedade. Estes resultados apontam para a efetividade de intervenções cognitivo-comportamentais nesta amostra para a depressão e da psicoeducação para a ansiedade.

Palavras-chave: DPOC, Ansiedade, Depressão, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicoeducação

ABSTRACT

The Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a pathology often accompanied by an increase of anxiety and depression symptoms. The goal of this dissertation was the inquiry on the effects of a cognitive-behavioral psychological intervention associated to a psychoeducation of anxiety and depression symptoms, as well as quality of life, in patients with COPD. 22 patients randomly divided into three groups participated in the research. The patients of the first group (n=7) received the hospital's medical standard of care. The second group (n=8) received the medical standard of care and cognitive-behavioral therapy sections (CBT) and the third group (n=7) received the procedures mentioned before with one psychoeducation section added. The participants were evaluated before and after the treatment, with the Beck Anxiety and Depression Inventory and the Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), to quality of life. The data were analyzed with techniques from non-parametric statistics to repeated measures. The results indicated that the participants of the CBT Group showed intensity decrease of depressive symptoms, whereas the participants of the CBT Group associated with psychoeducation reduced the anxiety scores. These results indicate the effectiveness of cognitive-behavioral interventions on this sample for depression and on psychoeducation directed to anxiety.

Keywords: COPD, Anxiety, Depression, Cognitive-Behavioral Therapy, Psychoeducation.

Apresentação

Esta dissertação é produto da observação do sofrimento dos pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em um hospital da região metropolitana de Porto Alegre. Pacientes com essa patologia respiratória sofrem de dispnéia (falta de ar) constante e tem sua vida modificada de forma drástica, com perda da capacidade de trabalho (Sin, e cols., 2002), da qualidade de vida (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs, & Pettinari, 2004) e buscam constantemente auxílio em emergências hospitalares por exacerbações (Cidulka e cols., 2003) além da necessidade de apoio familiar (Crockett, Cranston, Moss, & Alpers, 2002). As comorbidades como depressão e ansiedade são freqüentes (Kunik e cols., 2005) e merecem atenção da saúde pública. O propósito deste trabalho é verificar se uma intervenção psicológica pode diminuir os sintomas depressivos e ansiosos dessa população bem como melhorar sua qualidade de vida.

Esse trabalho foi desenvolvido nas enfermarias direcionadas para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Hospital do município de Sapiranga, no Rio Grande do Sul e foi desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os resultados foram organizados em um relatório de pesquisa e dois artigos.

Os achados obtidos nessa dissertação foram divididos em três seções. A seção I apresenta o relatório de pesquisa que descreve detalhadamente o histórico da DPOC, sua prevalência, comorbidades, relações com o trabalho, qualidade de vida e intervenções, além da amostra, instrumentos e os procedimentos de coleta e análise dos dados, bem como os resultados do presente estudo.

Na Seção II é apresentada uma revisão de literatura a respeito das intervenções psicológicas mais utilizadas em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e os resultados encontrados com relação a sua eficácia na diminuição de sintomas ansiosos e depressivos. A Seção III apresenta um artigo que compara os efeitos de uma intervenção sobre os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com DPOC em pré e pós-teste entre três grupos: GC, grupo-controle que recebeu apenas o atendimento padrão do hospital; G1, grupo que recebeu o mesmo que o GC acrescido de Técnicas Cognitivo-Comportamentais (TCC) e o G2, grupo que recebeu todos os demais e uma sessão de psicoeducação. Este artigo verifica as mudanças nas classificações quanto à ansiedade e depressão antes e após o tratamento. Concluindo o trabalho, são apresentadas as considerações finais como direções futuras ao atendimento dos pacientes com DPOC em nível terciário (hospitalar).

Seção I - Relatório de Pesquisa

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença irreversível que causa modificações na vida dos indivíduos em relação a sua vida social, seu trabalho, sua família. O aparecimento de comorbidades tais como ansiedade e depressão são comuns a essas pessoas, diminuindo sua qualidade de vida e aumentando o número de visitas às emergências e de internações hospitalares com custo financeiro elevado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho busca proporcionar alternativas para o tratamento dessa patologia utilizando, além do tratamento convencional, técnicas cognitivo-comportamentais, visando diminuir sintomas e doenças associadas e melhora da qualidade de vida.

Histórico e Prevalência da DPOC

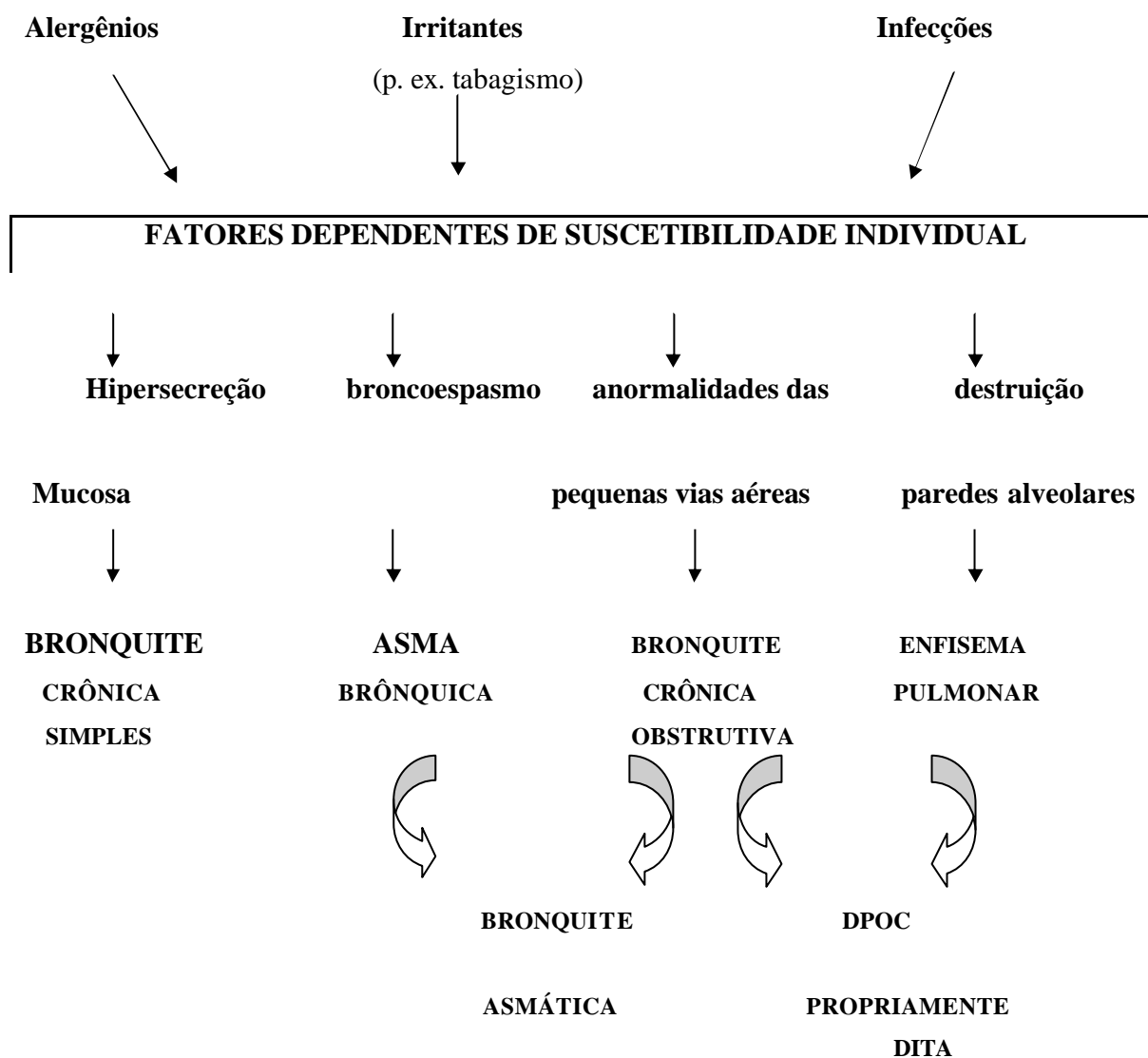
A conceituação da DPOC teve grande impulso no fim da década de 50 e início dos anos 60. Até 1958, havia grande falta de uniformidade na definição desta doença e de seus componentes (Moreira, Palombini, & Silva, 1991). Naquele ano, foram estabelecidos definições e critérios, ficando mais claros os conhecimentos sobre este tema. Em 1962, a *American Thoracic Society* publicou alguns trabalhos abordando as definições e a classificação das entidades incluídas na DPOC. Em 1981, Burrows (citado em Moreira, Palombini, & Silva, 1991) propôs uma classificação para DPOC considerando quatro grandes doenças ou síndromes clínicas: asma brônquica, bronquite crônica simples, bronquite crônica obstrutiva e enfisema pulmonar (Figura 1).

Na Figura 1 pode se observar as os fatores causais da DPOC, as alterações estruturais dos pulmões e os nomes atribuídos às doenças correlatas, segundo Burrows (citado em Moreira, Palombini, & Silva, 1991). O próprio termo DPOC, na literatura, é encontrado nas designações: “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, “Obstrução Crônica de Vias Aéreas” e “Limitação Crônica ao Fluxo Aéreo”. A bronquite crônica e o enfisema pulmonar são as patologias mais freqüentemente encontradas, obtendo em decorrência disso o rótulo de DPOC. Para fins de entendimento, os autores definem bronquite crônica como a condição caracterizada clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias de três meses seguidos, por ano, durante dois anos consecutivos ou mais, estando afastada outras causa de tosse como, por exemplo, tuberculose e bronquiectasias. Essa definição é utilizada

atualmente com a concordância do projeto GOLD-Brasil- *Global Initiative for Chronic Lung Disease* (2000) que ainda reforça os três sintomas essenciais para o diagnóstico que são: tosse, produção de expectoração e dispnéia ao esforço. Enfisema pulmonar é a condição caracterizada estruturalmente pela dilatação dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares. Estas alterações podem ser visualizadas no Anexo A, deste trabalho.

Figura 1

Esquema proposto por Burrows (1981) na classificação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e síndromes correlatas



A DPOC é uma patologia crônica caracterizada por inflamação das vias aéreas e destruição do parênquima pulmonar normal, causando um quadro clínico irreversível em relação ao fluxo de ar. A Asma não se enquadra nesta categoria em razão de ser uma obstrução reversível. O fator etiológico preponderante na DPOC é o tabagismo, responsável por 80 a 90% das causas determináveis que promovem a diminuição no Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF_1), medido através da espirometria (GOLD, 1998; Moreira, Palombini & Silva, 1991).

Os pacientes portadores de DPOC apresentam uma inevitável deterioração do seu estado físico e pulmonar com o passar dos anos com conseqüente perda na qualidade de vida. Mesmo que ocorra a interrupção do tabagismo, fator essencial ao aparecimento desse quadro respiratório, a doença tende a progredir com internações cada vez mais frequentes em decorrência de doenças associadas (van Manen e cols., 2001). A prevalência mundial da DPOC em 1990 foi estimada em 9,34/1000 em homens e 7,33/1000 em mulheres (GOLD, 1998). Algo ainda pouco estudado é a perturbação do sono nos pacientes com doenças respiratórias. O controle respiratório, o funcionamento neuromuscular e a resistência das vias aéreas são alterados durante o sono (Krieger, 2005). Parece que a hipoventilação noturna é a principal causa de hipoxemia durante o sono REM (*rapid eyes moviment*) em pacientes com DPOC. Podem ainda estar implicados, a redução da capacidade residual funcional (CRF) e transtornos na relação ventilação/perfusão, os quais podem ser exacerbados com a posição supina e o sono REM.

A patogênese e as manifestações clínicas da DPOC não estão restritas à inflamação pulmonar. Precocemente ocorrem alterações na bioquímica e na função do órgão (Wouters, Creutzberg, & Schols, 2002). Os aspectos sistêmicos incluem estresse oxidativo com alterações nos níveis circulatórios dos mediadores inflamatórios e proteínas. Um prejuízo no balanço oxidativo-antioxidativo tem sido relatado em pacientes com exacerbações e em pacientes com a doença considerada estável apresentam alterações nos níveis sanguíneos de citocinas e moléculas de adesão.

Essas condições são mais fáceis de entender quando se observa no organismo humano uma perda da massa corpórea, da força muscular, uma perda tecidual nos pacientes com DPOC. Esta perda pode representar um mau prognóstico em paciente com doença respiratória crônica. Os processos que envolvem a diminuição de massa corpórea ainda são incertos, mas parecem estarem relacionados a proteínas, hormônios endócrinos tais como insulina, hormônio do crescimento, testosterona e glucocorticóides. Além disso, inflamação sistêmica crônica

envolve citocinas tais como: interleucina-1 e fator-alfa que podem estar associadas com mudanças hormonais e perda de massa muscular (Wouters, Creutzberg, & Schols, 2002).

Macrófagos, linfócitos T (predomínio de CD8) e neutrófilos encontram-se aumentados em várias partes do pulmão na DPOC (GOLD, 1998). As células inflamatórias ativadas liberam uma variedade de mediadores - incluindo leucotrieno B4 (LTB4), interleucina 8 (IL-8), fator alfa de necrose tumoral (TNF-alfa) e outros – capazes de lesarem as estruturas pulmonares. Além da inflamação, outros dois processos que parecem ter importância na patogênese da DPOC são um desequilíbrio de proteinases e antiproteinases no pulmão, além do estresse oxidativo já mencionado. A fumaça do cigarro costuma induzir esta inflamação com lesão direta aos pulmões.

No Guia de Bolso para o Diagnóstico, a Conduta e a Prevenção de DPOC (2002 – disponível em www.goldbrasil.com.br) existe uma descrição com características sugestivas do diagnóstico de DPOC: início na meia idade, sintomas paulatinamente progressivos, longa história de fumo, dispnéia durante o exercício e limitação do fluxo aéreo amplamente irreversível. Nesse documento as metas do tratamento em um programa de conduta da DPOC sugerem: prevenir a progressão da doença, aliviar os sintomas, aumentar a tolerância aos exercícios, melhorar a condição de saúde, prevenir e tratar as complicações e as exacerbações, reduzir a mortalidade, prevenir ou minimizar os efeitos colaterais provenientes do tratamento e cessar o tabagismo ao longo do programa de tratamento.

Para implementar um programa de conduta na DPOC é recomendado quatro componentes:

1. Avaliação e monitorização da doença;
2. Redução dos fatores de risco;
3. Conduta na DPOC estável;
4. Conduta nas exacerbações.

Em um encontro ocorrido em Abril de 1998, diversas entidades médicas e afins aderiram à estratégia global para o diagnóstico, conduta e prevenção para DPOC (GOLD, 1998). Nesse encontro iniciou-se um projeto, levando em conta as características do nosso país, mas tentando uniformizar conceitos, tratamentos, condutas em exacerbações e tudo o que mais estivesse envolvendo a patologia DPOC em conformidade com entidades internacionais. Os fatores de risco para o DPOC são fatores hereditários (deficiência rara de alfa-1 antitripsina) e exposições ambientais (fumaça do tabaco, exposição excessiva às poeiras e a

produtos químicos ocupacionais (poeiras, irritantes, fumaça) e a poluição intra/extradomiciliar).

Portadores de DPOC necessitam de cuidados especiais e apresentam exacerbações que os levam a buscar emergências e tratamentos hospitalares. O uso de emergências é uma constante em pacientes com distúrbios respiratórios, apesar de, muitas vezes, estarem em acompanhamento por seu médico clínico, a doença torna-os mais suscetíveis a infecções, o que justifica a alta frequência na procura de cuidados imediatos (Cidulka e cols., 2003).

Um trabalho baseado em um estudo multicêntrico buscou determinar a aderência das emergências às diretrizes de diversas entidades que trabalham em prol da excelência em atendimento para pacientes com patologias respiratórias, incluindo a DPOC (Cidulka e cols., 2003). A coorte investigada consistiu de 397 sujeitos dos quais 224 (56%) relataram somente DPOC e 173 (44%) relataram DPOC e asma concomitante. O estudo foi feito em 29 emergências de 15 estados dos Estados Unidos da América e em três províncias do Canadá. O método utilizado foi uma entrevista na emergência com seguimento após duas semanas. A maioria dos pacientes (80%) havia feito uso de algum tipo de medicação. Somente 31% dos pacientes avaliados fizeram espirometria e 48% fizeram coleta de gasometria arterial. Os autores encontraram diferenças entre as recomendações dos guias, mas não encontraram explicações para tal fato.

As recomendações das diretrizes maiores para tratamento das exacerbações da DPOC versus o manejo atual das emergências levaram em consideração a comparação entre a *American Thoracic Society*, a *European Respiratory Society*, a *British Thoracic Society*, a *American College of Chest Physicians - American College of Physicians - American Society of Internal Medicine* e a *Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD)* e a prática real utilizada nas emergências. Mais da metade dos pacientes necessitou internação e, após o seguimento de duas semanas, 43% dos indivíduos estudados tiveram uma recaída ou uma nova exacerbação. O estudo de Cidulka e colaboradores (2003) concluiu que existem importantes diferenças entre as recomendações e diretrizes utilizadas, comparadas ao manejo real das emergências em pacientes mais idosos e que os resultados pós-emergência foram pobres e podem estar relacionados à qualidade do atendimento. Os autores acreditam que uma melhor observação das recomendações das diretrizes para exacerbações pode aumentar os resultados clínicos com os recursos disponíveis.

A classificação segundo a gravidade da DPOC está relatada na Tabela 1. Segundo esta tabela, pode-se classificar a DPOC em cinco estágios de acordo com a sua gravidade. Para

tanto se levam em consideração o quadro clínico e o resultado da espirometria (GOLD, atualizado em 2005).

Tabela 1

Classificação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pela gravidade (GOLD, 2005).

Estádio	Características
0: Em Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria normal • Sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
I: Leve	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 \geq 80\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
II: Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $50\% \leq VEF_1 < 80\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
III: Grave	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 \leq 30\%$ do previsto ou $VEF_1 < 50\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
IV: Muito Grave	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 < 30\%$ do previsto ou $VEF_1 < 50\%$ do previsto mais insuficiência respiratória ou sinais clínicos de falência ventricular direita

Nota: VEF_1 : volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF: capacidade vital forçada; insuficiência respiratória: pressão arterial parcial de oxigênio (PaO_2) menor que 60 mmHg com ou sem pressão arterial parcial de CO_2 ($PaCO_2$) maior que 50 mmHg durante a inspiração ao nível do mar.

Outro estudo epidemiológico avaliou a prevalência de doenças respiratórias obstrutivas em uma amostra de população que morava no norte da Itália (Viegi e colaboradores, 2000). Dados como sintomas respiratórios, doenças e fatores de riscos foram coletados através de questionários elaborados pelo *Italian National Research Council*. Os testes da função pulmonar levaram em conta critérios utilizados pela *European Respiratory Society* (ERS), critérios clínicos e da *American Thoracic Society* (ATS). Os critérios europeus eram

espirometria com a relação $VEF_1/CVF < 88\%$ da predita em homens e $< 89\%$ da predita em mulheres. Já os critérios americanos eram espirometria com a relação $VEF_1/CVF < 75\%$ e os critérios clínicos uma espirometria com relação $VEF_1 < 70\%$ equivalente ao utilizado por GOLD (GOLD, 2000). A severidade da DPOC foi definida como a seguir: ERS leve ($VEF_1 \geq 70\%$ do valor predito, moderado (VEF_1 de 69 a 50% do valor predito) e severo ($VEF_1 < 50\%$ do valor predito); Critérios clínicos: leve ($\geq 70\%$ do valor predito), moderado-severo ($VEF_1 < 70\%$) e ATS leve (VEF_1 de 70 a 100% do valor predito), moderado (VEF_1 de 69 a 60% do valor predito), moderadamente severo (VEF_1 de 59 a 50% do valor predito), severo (VEF_1 de 49 a 34% do valor predito) e muito severo ($VEF_1 < 34\%$ do valor predito).

Um estudo multicêntrico sobre DPOC em grandes cidades da América Latina, chamado *Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar* (Projeto PLATINO), na qual a cidade de São Paulo e a área metropolitana fizeram parte, avaliou a prevalência de DPOC e fatores associados em uma população adulta acima de 40 anos (Menezes e cols., 2005). Neste estudo, houve grande dificuldade em se chegar a resultados comparáveis devido ao uso de diferentes critérios de diagnóstico, parâmetros espirométricos e questionários respiratórios, acarretando em mudanças na frequência de DPOC, mas não nos fatores associados. Menezes e colaboradores definiram a DPOC como a razão entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e a capacidade vital forçada (CVF) $<$ de 70% (relação fixa). O estudo PLATINO encontrou DPOC associada positivamente com idade e tabagismo e inversamente com índice de massa corporal.

Em torno de 40 a 50% dos pacientes com DPOC são readmitidos no prazo de um ano após a alta hospitalar (Osman, Godden, Friend, Legge, & Douglas, 1997). Estes pacientes apresentam alta prevalência de ansiedade e depressão, bem como modificações significativas na qualidade de vida (Kunik e cols., 2005).

Kunik e colaboradores (2005) avaliaram uma amostra de 1334 pessoas com diagnóstico de doenças respiratórias crônicas encontrando alta prevalência de ansiedade e depressão, utilizando o questionário *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD). Cerca de 80% dos indivíduos estudados apresentaram valor predito positivo para ansiedade, depressão ou ambos. Para fins comparativos foram feitas em subamostras avaliações, seguindo os padrões de diagnóstico estabelecidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV* (American Psychiatric Association, 1994) chegando ao diagnóstico em 65% dos pacientes acima relatados. Destes, apenas 31% estavam recebendo tratamento para depressão e/ou ansiedade. Este estudo demonstra alta prevalência de

ansiedade e depressão nessa população e falta de tratamento adequado para essas comorbidades.

Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida na DPOC

As comorbidades são freqüentes em pacientes com patologias respiratórias. Van Manen e colaboradores (2001) avaliaram 290 pessoas com alguma doença respiratória obstrutiva crônica para determinar a prevalência de 23 doenças comparando com 421 pessoas como grupo-controle. Foram submetidos a questionário específico encontrando-se uma prevalência maior de comorbidades nos pacientes com doença obstrutiva crônica os quais sofriam de uma ou mais patologias (10-12% maior que o grupo controle) e, que aumentava proporcionalmente com o acréscimo da idade. As doenças que ocorreram com maior freqüência no grupo investigado foram doenças relacionadas à locomoção (artrites, artroses, discopatias, etc.), insônia, sinusite, enxaqueca, depressão, úlceras duodenal-estomacais e câncer.

A *American Psychiatric Association* (1994) considera como característica essencial de um Episódio Depressivo Maior a existência de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades por um período mínimo de duas semanas. Em adolescentes e crianças o humor pode ser irritável.

Numa revisão sobre ansiedade e depressão em pacientes com DPOC, foi observada prevalência nos estudos de cerca de 50% destas comorbidades. Nesse estudo os pesquisadores acreditam que as Técnicas Cognitivo-Comportamentais (TCC) parecem ser uma alternativa não farmacológica efetiva em pacientes com distúrbios psiquiátricos associados, menores e moderados e em pacientes com elevado risco de efeitos adversos ao uso de medicamentos ou interações com outras drogas (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2003).

Brenes (2003), em um artigo de revisão, verificou a prevalência de ansiedade, o impacto da mesma na qualidade de vida em pacientes com DPOC e tipos de tratamento. O autor levantou dados de 1966 a 2002 pela *Pubmed* encontrando taxas elevadas de ansiedade (prevalência variando de 13% a 51%), transtorno de ansiedade generalizada (10 a 15,8%, sendo três vezes maior em pacientes com DPOC do que a população geral) e transtorno de pânico (taxa de ataque de pânico variou nos estudos de 8 a 37%) comparado com a população geral. Os artigos revisados, na sua maioria evidenciaram ansiedade com um significativo e negativo impacto na qualidade de vida desses pacientes. Alguns ensaios clínicos mostraram

redução da ansiedade com medicamentos antidepressivos como a nortriptilina, buspirona e sertralina e também com a utilização de Psicoterapia com ênfase cognitivo-comportamental, valorizando técnicas de mudança de pensamentos e de relaxamento.

Um estudo multicêntrico nos países nórdicos feito em cinco hospitais universitários, avaliou níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em 416 pacientes. Neste trabalho, a ansiedade foi mais comum em mulheres do que em homens (47% versus 34%, $p= 0,009$) e fumantes ativos obtiveram uma prevalência maior de ansiedade e depressão do que em não-fumantes (54% versus 37% para ansiedade e, 43% versus 23% para depressão, $p< 0,01$). Estágios mais avançados da DPOC, considerando o estudo GOLD (2000), foram significativamente associados ao maior prejuízo quanto ao status de saúde. O estudo ainda conclui que as mulheres que ainda fumavam pareciam sofrer mais de ansiedade e depressão (Gudmundsson e cols., 2006).

Outro estudo encontrou prevalências de 28,2% para ansiedade e 18,8% para a depressão entre os pacientes com DPOC, comparados ao grupo-controle, no qual os níveis foram 6,1% e 3,5%, respectivamente. O estudo também relata que a dispnéia (falta de ar) teve níveis mais elevados em mulheres do que homens que possuíam o mesmo prejuízo ventilatório. A dispnéia foi mais fortemente correlacionada com depressão em mulheres do que em homens. Concluiu-se, neste estudo, que a percepção da dispnéia em mulheres é maior que nos homens com um prejuízo psicológico maior para elas (Di Marco e cols., 2006).

Dahlén e Janson (2002) estudaram a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes que procuraram uma emergência por exacerbação da doença respiratória. Foi aplicada aos pacientes uma escala de ansiedade e depressão: “*Hospital Anxiety and Depression*” (HAD). De 43 pacientes (19 homens e 24 mulheres), 25 tinham diagnóstico clínico de asma e 15 pacientes de DPOC (idades entre 22 e 87 anos). O tratamento emergencial foi desnecessário em 14 pacientes. O estudo encontrou 16 pacientes (37%) com um escore HAD provável para ansiedade (escore ≥ 8) cinco pacientes (12%) com escore HAD para depressão, quatro (9%) com escore HAD para depressão e ansiedade e 17 pacientes (40%) com escore HAD provável para um ou outro transtorno.

Numa análise das características encontradas em 416 pacientes hospitalizados com DPOC em cinco hospitais universitários dos países nórdicos, a média de idade era de 69 anos sendo 51% do total composto por mulheres. A maioria dos pacientes (76%) tinha DPOC severa (estágio GOLD III e IV) e 24% utilizavam oxigenoterapia contínua. Apresentavam doenças cardiovasculares de forma concomitante 45% dos pacientes e 11% diabetes. O

período médio de internação em quatro centros foi de 7-8 dias. Os preditores para uma longa internação foram: morar sozinho (+ 3 dias), estar em uso de terapia com oxigênio (+ 8 dias) e ter diabetes (+ 5 dias) (Janson e cols., 2006).

Segundo a Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD, 2000), a DPOC é uma importante causa de morbidade e mortalidade crônicas em todo mundo, sendo atualmente, a quarta causa principal de êxito letal. No Brasil, há um estudo sobre as principais características da morbidade das doenças respiratórias no município de São Paulo através do exame das internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1995 a 2000 (Toyoshima, Ito, & Gouveia, 2005).

Não há unanimidade a respeito dos fatores que influenciam a qualidade de vida nos portadores de DPOC. A qualidade de vida é considerada como sendo a satisfação e/ou felicidade com a vida frente aos domínios considerados importantes pelo indivíduo segundo a *American Thoracic Society –ATS*, (1999). Para avaliar fatores que pudessem interferir na qualidade de vida destes pacientes Dourado, Antunes, Carvalho, e Godoy (2004) estudaram 21 pacientes com essa patologia respiratória, considerando diagnóstico clínico confirmado por espirometria. Independente do estágio GOLD da doença e do pequeno número da amostra, o estudo encontrou como fatores de correlação positiva à qualidade de vida o índice de massa corpórea (IMC) e o teste de caminhada de 6 minutos (TC6).

O apoio familiar parece ter um impacto em pacientes com doenças respiratórias. Em um estudo feito em pacientes candidatos ao uso contínuo de oxigenoterapia domiciliar indivíduos que morassem com algum companheiro (a) tinham uma provável ganho adicional de 12 meses de vida (Crockett, Cranston, Moss, & Alpers, 2002) e melhora na qualidade de vida. O funcionamento emocional foi pior em mulheres inclusive com aumento na mortalidade em comparação com os homens. Também avaliaram preditores de sobrevivência com relação ao prognóstico concluindo que a função emocional, o índice de massa corporal e a capacidade vital forçada (CVF) foram preditores ao sexo feminino e a pressão parcial arterial de oxigênio (PO_2) para o sexo masculino.

Em outro estudo (Vargas e cols., 2001), foram avaliados 278 sujeitos de duas comunidades espanholas com diagnóstico de DPOC. O objetivo foi o de descrever características sócio-demográficas e conhecer nesses pacientes sua qualidade de vida, o apoio social e a dinâmica familiar. Observou-se nesta pesquisa que cerca da metade dos pacientes referiram um bom apoio social e a qualidade de vida se viu mais afetada nas dimensões de sono, energia e mobilidade. Já na qualidade de vida, foram observados prejuízos maiores na

dimensão atividade. No entanto, alguns aspectos metodológicos deste estudo devem ser destacados. A pesquisa foi baseada na resposta dos pacientes através do telefone. Após cinco chamadas não atendidas o paciente era considerado perdido. Os pacientes mais graves, com maior grau de dependência, não conseguiriam ir aos centros para responder os questionários. A amostra de pacientes era proveniente de comunidades pequenas, nas quais os vizinhos se conheciam e eram prestativos. Em áreas metropolitanas, provavelmente o resultado com relação ao apoio social seria diferente. De qualquer forma, mesmo com as limitações metodológicas acima relatadas, é possível verificar o grau de comprometimento e dependência que o DPOC causa no indivíduo e sua família.

Estima-se que as internações no âmbito do SUS representam cerca de 60 a 70% das internações de São Paulo. Foram contabilizadas 206.764 internações por doenças respiratórias no período investigado. Asma e DPOC participaram, respectivamente, com 12,5% e 5,8% do total das internações. As pneumonias representaram 47% do total das internações. Houve pouca diferença na distribuição do número de internações por doenças respiratórias entre os sexos, mas houve maior número para pacientes do sexo masculino para DPOC. A média de idade dos pacientes com DPOC foi de 57,7 anos havendo uma expressão maior entre maiores de 65 anos, com representação de 18% das internações. O tempo de internação para DPOC no período de 1995 a 2000 evoluiu de cerca de oito para 11,2 dias e foi observada maior percentagem de óbitos, com 12,2% das internações evoluindo para a morte. Observou-se que, enquanto as internações por asma se mantiveram praticamente constantes, as internações por DPOC aumentaram substancialmente no período (Toyoshima, Ito, & Gouveia, 2005). Os autores creditam o aumento das internações entre aqueles acima de 65 anos pelo próprio envelhecimento da população e o maior tempo de exposição ao tabagismo. Houve também aumento do número de internações na população feminina o que poderia ser explicado pelo aumento da incidência de tabagismo entre as mulheres.

Um estudo qualitativo avaliou o uso de serviços de saúde e sintomas no último ano de vida de pacientes com DPOC (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs, & Pettinari, 2004). Foram feitas entrevistas com 25 cuidadores de pacientes com DPOC que haviam falecido de três a dez meses antes. A média de idade de morte foi de 77,4 anos e a maioria dos pacientes faleceu em hospital. O maior sintoma relatado pelos cuidadores foi a falta de ar que causava prejuízo ao falecido com relação a sua mobilidade deixando-o confinado à casa. Também evidenciaram a associação com ansiedade, pânico e depressão nesses pacientes. O tratamento, bem como os sintomas, impôs restrições ao estilo de vida e a qualidade da mesma para os

pacientes, segundo seus cuidadores. Com relação ao atendimento alguns pacientes eram visitados por enfermeiras que muitas vezes, levavam as receitas dos seus médicos que os visitavam eventualmente. Alguns médicos informaram aos cuidadores que nada mais poderia ser feito. O estudo acredita que sintomas psicológicos em pacientes com DPOC avançada têm importantes repercussões e que pacientes com sintomas ansiosos e depressivos poderiam se beneficiar mais e tolerar melhor os sintomas respiratórios, quando melhor diagnosticados dessas comorbidades.

Intervenções em DPOC

Bourbeau e colaboradores (2003) avaliaram o efeito de um programa de automanejo em pacientes com DPOC, em relação ao uso de serviços hospitalares e status de saúde em um estudo multicêntrico. O estudo foi realizado em sete hospitais de três cidades na província de Quebec, no Canadá, e os pacientes selecionados com DPOC deveriam ter internado pelo menos uma vez no último ano em decorrência de uma exacerbação da doença. A intervenção consistia de um programa de educação com visitas semanais de profissionais de saúde treinados em um período de dois meses. Após, eram acompanhados mensalmente por contatos telefônicos. Havia um plano de ação para exacerbações e as medicações eram prescritas conforme a necessidade. Também faziam exercícios três vezes por semana. O objetivo do estudo era reduzir a utilização hospitalar e aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Em relação ao grupo-controle, as admissões hospitalares no grupo estudado foram 39,8% menores, as admissões por outros problemas reduziram em 57,1%, as visitas ao departamento da emergência reduziram em 41,0% e as visitas não agendadas aos médicos foram 58,9% menores.

Rea e colaboradores (2004) avaliaram se um programa de manejo de pacientes poderia reduzir o tempo de internação de pacientes com DPOC na Nova Zelândia. Os pacientes receberam uma série de intervenções e responderam questionários para avaliar qualidade de vida, um programa de reabilitação pulmonar e implementação de cuidados primários com visitas de enfermeiras em casa. O tempo de internação para o grupo estudado reduziu de 2,8 para 1,1 dias de internação/paciente/ano enquanto que o tempo para o grupo controle aumentou de 3,5 para 4,0 dias de internação/paciente/ano.

Um estudo avaliou a influência na qualidade nos cuidados intra-hospitalares sobre o risco de reingresso precoce na exacerbação aguda da DPOC em um hospital na província de

Málaga na Espanha. Foram analisados 45 casos e 45 controles e concluído que os reingressos em um mês se relacionavam às características clínicas da DPOC e os reingressos em uma semana se relacionavam à qualidade dos cuidados aplicados no Hospital (Puente e cols., 2003).

DPOC e Programas de Reabilitação

As doenças respiratórias crônicas representam um alto custo financeiro ao sistema público de saúde. Em um estudo conduzido em Edinburgo (Escócia), no qual foram atendidos pacientes com DPOC em duas condições – domicílio e hospital, a média do custo total do serviço de saúde por paciente foi estimado em £870 (aproximadamente R\$ 3.516,00) para o grupo de apoio em casa e £1.753 (R\$ 7.085,00) para o grupo admitido em hospital (Skwarska e cols., 2000). Tendo em vista este custo se faz necessária a elaboração de intervenções que evitem a re-internação e aumentem a qualidade de vida.

Uma das formas de intervenção em pacientes com problemas respiratórios é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela tem características propícias para esse tipo de pacientes porque é breve e tolerada pela maioria dos pacientes com dispnéia. O desenvolvimento da TCC iniciou-se com Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 60 (Beck, 1997). Segundo Beck, a terapia cognitiva baseia-se no “modelo cognitivo” o qual levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Nesse trabalho será desenvolvida uma estratégia de tratamento que acreditamos ter maior possibilidade de execução e êxito baseados em algumas técnicas exequíveis em Hospitais (Caminha, 2003). Maiores detalhes dos procedimentos da TCC são demonstrados na seção procedimento de intervenção.

A idéia de utilizar TCC em pacientes hospitalizados apareceu pela primeira vez na Universidade de Western Ontário em 1980 (citado em Wright, 2005). Os terapeutas de pacientes hospitalizados têm alcançado grandes avanços em curto espaço de tempo com as técnicas, diminuindo sintomas e reabilitando o funcionamento social e ocupacional dos mesmos possibilitando altas mais precoces. Entre os vários modelos relatados, há o modelo de terapeuta primário, no qual um terapeuta adquire o peso da responsabilidade da intervenção psicoterapêutica. Esse é o modelo utilizado neste estudo.

Antunes e Mello Filho (2000) especificam o atendimento de pacientes com DPOC em grupoterapia, técnica que se baseia em reunir os pacientes com a doença e fazerem debates

sobre suas angústias, preocupações e dúvidas em grupo. Pacientes com DPOC desenvolvem depressão se mantiverem uma baixa auto-estima, uma perspectiva de vida pessimista, sem esperança ou um sentimento de abandono. Conversar com os pacientes sobre os seus sentimentos, angústias e dificuldades esclarecendo suas dúvidas pode contribuir para a melhora dos sintomas respiratórios e emocionais.

Em uma meta-análise, realizada por Salman, Mosier, Beasley, e Calkins (2003), foi estudado 20 ensaios randomizados que possuíam pacientes com Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) <70% do predito, grupo de intervenção que receberam pelo menos quatro semanas de reabilitação e grupo controle. Os resultados verificaram capacidade de exercícios e diminuição da capacidade respiratória. Vale ressaltar que essa revisão não incluiu estudos com programas de reabilitação na qual a TCC também fosse utilizada. De qualquer forma alguns ensaios utilizaram treinamento da musculatura respiratória, semelhante ao proposto no presente estudo, que é o relaxamento respiratório progressivo utilizado no segundo dia de intervenção. Pacientes que receberam reabilitação tiveram uma maior capacidade de exercícios e melhora na sensação de falta de ar. A meta-análise concluiu que grupos de pacientes com DPOC severa só apresentaram melhora significativa, comparados com os grupos-controle, quando foram superiores a seis meses ou mais. Ensaios que incluíram pacientes com leve ou moderada DPOC, no entanto, mostraram melhora significativa em menor ou maior espaço de tempo quando comparados com grupo-controle.

Rodrigues, Viegas, e Lima (2002) avaliaram a efetividade da reabilitação pulmonar em 30 pacientes na cidade de Brasília. Os pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação de seis semanas com frequência de três sessões semanais utilizando teste de caminhada de seis minutos, teste de carga máxima sustentada pelos membros superiores, teste de potência máxima de membros inferiores, do questionário de percepção de esforço físico, espirometria e gasometria. Para o grupo estudado concluiu-se que o programa de reabilitação pulmonar aumentou a capacidade física, carga máxima sustentada pelos membros superiores e não alterou variáveis espirométricas.

Na literatura pesquisada foram encontrados dois artigos que descrevem um programa de reabilitação pulmonar no Brasil, na cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, no qual a TCC é utilizada (Godoy & Godoy, 2002; Godoy e cols., 2005). Em ambos os artigos os pacientes são submetidos à sessões de exercícios físicos, de Fisioterapia, de psicoterapia e educacionais. Os resultados são semelhantes, apresentando alta prevalência de ansiedade e depressão nos grupos estudados em relação aos grupos-controle. Foram utilizados os

Inventários de Ansiedade e depressão de Beck, teste de caminhada de seis minutos, além de exame físico, radiografia de tórax, espirometria. No primeiro trabalho, foram considerados os graus de DPOC de acordo com o I Consenso Brasileiro de DPOC (2000), enquanto que o segundo artigo já utilizou parâmetros GOLD (2002). Em ambos trabalhos os grupos que incluíram psicoeducação foram mais efetivos na redução dos níveis de ansiedade e depressão dos pacientes.

Considerando a elevada morbidade e o custo social associados à DPOC, o presente estudo pretende verificar o efeito de uma intervenção psicológica baseada em TCC (Técnicas Cognitivo-Comportamentais) e psicoeducação, na promoção da melhora no estado emocional e na qualidade de vida dos pacientes. DPOC é uma doença crônica e, portanto, irreversível. Deste modo, faz-se necessária a existência de serviços especializados capazes de melhorar as condições físicas e psicológicas dos pacientes acometidos promovendo bem estar e qualidade de vida para os mesmos.

Objetivo Geral

Verificar os efeitos do atendimento psicológico individual utilizando TCC e psicoeducação realizado junto a pacientes hospitalizados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em enfermarias de um hospital público da região do Vale do Rio dos Sinos, região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos e Hipóteses

a) Verificar a eficácia de dois procedimentos de intervenção baseada em Terapia Cognitivo-Comportamental e TCC associado com Psicoeducação em um grupo de pacientes internados com DPOC com relação à qualidade de vida, depressão e ansiedade.

Hipótese: Espera-se que os grupos de TCC e TCC com psicoeducação apresentem melhora na de qualidade de vida e diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade quando comparados os pós com os pré-testes.

b) Comparar os resultados dos dois procedimentos de intervenção baseada em TCC e TCC associado com Psicoeducação em um grupo de pacientes internados com DPOC com o de um grupo controle com relação à qualidade de vida, depressão e ansiedade.

Hipótese: Espera-se que os grupos de TCC e TCC com psicoeducação tenham maiores escores de qualidade de vida e menores níveis de depressão e ansiedade, quando comparados com o grupo-controle no pós-teste e na comparação TCC e TCC com psicoeducação.

Materiais e Método

Delineamento

O estudo possui delineamento experimental

Amostra

A amostra inicial foi constituída por 36 pacientes adultos, homens e mulheres, internados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em um hospital na região metropolitana de Porto Alegre no Rio Grande do Sul com diagnóstico de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Todos os pacientes que procuraram atendimento no hospital com o diagnóstico de DPOC descrito na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) foram convidados para a participação. Desta amostra inicial foram retirados dois participantes por erro no diagnóstico (a espirometria era normal), óbitos (três participantes) e alta antes do término da coleta ou desistência (nove participantes). Houve um total de 15 indivíduos que se recusaram a participar do estudo.

A amostra final constitui-se de 22 pacientes, sendo 12 mulheres (54,5%) e 10 homens (45,5%) com idade variando de 46 a 78 anos (Média=64,77, DP=8,50) (vide Tabela 2). Quanto à escolaridade três participantes (13,6%) eram analfabetos, 13 (59,1%) tinham o ensino fundamental incompleto, três (13,6%) o ensino fundamental completo, um o ensino médio incompleto (4,5%) e dois (9,1%) completaram o ensino médio. Com relação ao estado civil, oito participantes (36,4%) eram casados, três (13,6%) eram solteiros, três (13,6%) eram separados ou divorciados e oito (36,4%) eram viúvos. Treze pacientes (59,1%) moravam com os filhos, quatro (18,2%) moravam com filhos e companheiro (a), dois (9,1%) somente com o

companheiro (a), dois (9,1%) viviam sozinhos e um (4,5%) com pessoas que não eram familiares.

Dos 22 pacientes, 20 eram tabagistas (90,91%) e dois pacientes adquiriram DPOC através de aerodispersóis (DPOC ocupacional). O tempo de tabagismo variou de 20 a 62 anos (Média=46,85, DP=10,39). Dos pacientes que permanecem fumando, 15 (88,3%) fumam até 25 cigarros/dia e os dois restantes (11,7%) acima de 40 cigarros/dia.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram que os pacientes tivessem idade acima de 40 anos, que tenham sido expostos a aerodispersóis ou ao tabagismo (pelo menos 10 cigarros/dia) que tenham diagnóstico de DPOC aferido por espirometria. Os fatores de exclusão utilizados foram: presença de doenças co-mórbidas exceto doenças como transtornos depressivos, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e/ ou pneumonias, ou ausência de diagnóstico de DPOC verificados quando questionados na ficha de dados sócio-demográficos (Anexo C) ou no prontuário médico.

O diagnóstico do DPOC foi realizado por meio de espirometria através do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) que variou de 18 a 69% (Média=39,32; DP=15,95). A porcentagem encontrada de pacientes com DPOC moderada foi de 27,3% (seis participantes), com DPOC grave foi de 45,5% (10 pacientes) e muito grave de 27,3% (seis pacientes).

A amostra final foi dividida em três subgrupos alocados de forma aleatória, sendo o primeiro alocado no Grupo TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental), o segundo no Grupo TCC associado com Psicoeducação e o terceiro no Grupo Controle e assim sucessivamente. O grupo controle (GC) foi composto por sete pacientes atendidos conforme os procedimentos padrões do hospital, como medicamentos, atendimento diário feito pelo médico clínico responsável, nutricionista, fisioterapia respiratória, oxigenoterapia quando necessário e demais cuidados pela enfermagem. O Grupo de TCC (G1) foi formado por oito pacientes que receberam, além do atendimento padrão prestado pelo hospital, sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental (conforme Protocolo em Anexo B). O terceiro grupo, TCC associado com Psicoeducação (G2), foi composto por sete pacientes submetidos ao procedimento padrão do hospital acrescido de sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental e uma sessão de psicoeducação sobre a DPOC (Anexo A) baseada no Guia do Paciente GOLD-Brasil (disponível em www.golddpoc.com.br). As características demográficas de cada grupo podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2

Frequência, Porcentagem, Média e Desvio-Padrão das Variáveis Demográficas dos Participantes e Gravidade da DPOC

Variáveis	GC	G1	G2	Amostra final
Idade em anos, Média (DP)	64,71 (6,55)	64,50 (10,01)	65,14 (9,63)	64,77 (8,50)
Sexo, n (%)				
Feminino	3 (42,9%)	3 (37,5%)	6 (85,7%)	12 (54,5%)
Masculino	4 (57,1%)	5 (62,5%)	1 (14,3%)	10(45,5%)
Escolaridade				
Analfabeto	1 (14,3%)	2 (25%)	0 (0%)	3(13,6%)
Fundamental incompleto	4 (57,1%)	6 (75%)	3 (42,9%)	13 (59,1%)
Fundamental	2 (28,6%)	0 (0%)	1 (14,3%)	3 (13,6%)
Médio incompleto	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	1 (4,5%)
Médio completo	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	2(9,1%)
Tempo de tabagismo em anos, Média (DP)	42,83 (13,69)	48,12 (5,44)	49,17 (12,37)	46,85 (10,39)
VEF1 (média e DP)	39,14 (18,04)	42,5 (13,19)	35,86 (18,29)	39,32 (15,95)
Severidade da DPOC				
Moderada	2 (28,6%)	2 (25%)	2 (28,6%)	6 (27,3%)
Grave	3 (42,9%)	5 (62,5%)	2 (28,6%)	10 (45,5%)
Muito Grave	2 (28,6%)	1 (12,5%)	3 (42,9%)	6 (27,3%)

Nota: DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC); G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação; VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo; DP: Desvio-Padrão.

Instrumentos

Ficha de Dados Sócio-demográficos

Com a finalidade de se obter dados que caracterizem os participantes, foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sócio-demográficos preenchida pelo pesquisador contendo nome, idade, sexo, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, patologias associadas, entre outros (ver Anexo C).

Espirometria

A espirometria pós-broncodilatação é feita através do aparelho portátil marca Spirodoc com o objetivo de diagnosticar DPOC através da medida do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e a relação com a Capacidade Vital Forçada (CVF) segundo critérios relacionados neste trabalho na Tabela 1 (pág. 16). A Espirometria foi utilizada como critério diagnóstico do DPOC e de exclusão dos participantes, caso apresentassem desempenho não compatível com o quadro clínico.

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Esta escala objetiva avaliar a intensidade dos sintomas mais comuns de depressão. Possui 21 itens compostos por sintomas e atividades (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). A validação para o Brasil foi realizada por Cunha (2001) e os *alpha* de Cronbach para amostras não clínicas foi de 0,70 a 0,86. O inventário apresenta propriedades psicométricas adequadas com relação à estabilidade temporal pelo método de teste-reteste, validade de conteúdo, convergente e fatorial. Possui a seguinte classificação: 0 a 11 – mínima; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderada; e 36 a 63 – grave. A depressão é considerada clinicamente importante a partir do nível leve. No estudo atual, os escores do Alpha de Cronbach foram de 0,88 para o pré e 0,81 para o pós-teste, indicando índices satisfatórios de consistência interna.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Esta escala objetiva avaliar a intensidade dos sintomas mais comuns de ansiedade. Possui 21 sintomas com quatro alternativas de respostas em ordem crescente. A validação para o Brasil foi realizada por Cunha (2001). O *alpha* de Cronbach para amostras não clínicas foi de 0,71 a 0,92. O inventário apresenta propriedades psicométricas adequadas com relação à estabilidade temporal pelo método de teste-reteste, validade de conteúdo, convergente e

fatorial. Possui a seguinte classificação: 0 a 9 – mínima; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderada; e 30 a 63 – grave. A ansiedade é considerada clinicamente importante a partir do nível leve. Na presente pesquisa, o instrumento apresentou escores de consistência interna (Alpha de Cronbach) de 0,90 para o pré e 0,94 para o pós-teste. Estes valores são satisfatórios e semelhantes aos encontrados na pesquisa de validação da escala.

Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória (SGRQ)

O *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (ver Anexo D), elaborado por Jones, Quirk, Baveystock, e Little Johns em 1992, foi adaptado e validado no Brasil por Sousa, Jardim e Jones (2000). O questionário avalia os últimos três meses e o último ano de cada paciente em três domínios: sintomas (tosse, dispnéia, catarro), atividade (disfunção da mobilidade ou atividade física) e impacto psicossocial da doença respiratória. É um questionário específico para doença respiratória que contém 76 itens. O questionário é dividido em duas partes. A primeira parte é constituída de oito questões que abrangem os sintomas respiratórios, a segunda parte é dividida em sete seções com perguntas que avaliam as restrições nas atividades diárias e o impacto da doença sobre o indivíduo. Nesta pesquisa optou-se pelo questionário que corresponde aos últimos três meses vivenciados pelo paciente, mais fáceis de serem lembrados pelo mesmo.

O escore de cada um dos três domínios varia de 0 (sem redução de qualidade de vida) a 100 (redução máxima da qualidade de vida). Em relação à interpretação, cada área tem sua pontuação máxima possível, os pontos de cada resposta são somados e o total é referido como um percentual desse máximo. Valores acima de 10% refletem uma qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais ou maiores que 4% após uma intervenção indicam uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes.

Procedimentos de Pesquisa e Éticos

O hospital selecionado para a realização da pesquisa situa-se no município de Sapiranga/RS, cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS, com uma população próxima dos 80.000 habitantes. O hospital também serve de referência para cidades próximas, apresentando atualmente 36 leitos para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas enfermarias e conta com sete leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Os pacientes são internados através da emergência ou são encaminhados pelo seu próprio médico.

Neste hospital, no período de agosto de 2006 a dezembro de 2006 foram internados 93 pacientes com DPOC, sendo 48 homens (51,6%) e 45 mulheres (48,4%). Neste período seis pacientes re-internaram uma vez e dois pacientes re-internaram três vezes. A média de tempo de internação foi de 8,15 dias. Comparativamente, pacientes do sexo masculino permaneceram internados, em média 7,12 dias enquanto que pacientes do sexo feminino 9,24 dias. A média de pacientes com DPOC/mês foi de 18,60 havendo maior número de pacientes no mês de agosto (26 pacientes). Para uma intervenção hospitalar levaram-se em conta esses dados e, desta forma, estabeleceu-se três dias para a utilização das técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducação considerando a média de internação neste hospital e o tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

Os participantes dessa pesquisa foram convidados pelo próprio pesquisador junto ao leito nas enfermarias. Para a seleção foram observados os critérios de inclusão e, para identificar o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) foram analisadas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). É provável que alguns pacientes com o diagnóstico DPOC não tenham sido contatados em decorrência do diagnóstico principal escrito na AIH ser outro.

Após aceitar a participação na pesquisa, os pacientes eram alocados em três subgrupos sendo o primeiro alocado no grupo 1, o segundo no grupo 2 e o terceiro no grupo controle e assim sucessivamente. Caso algum paciente não terminasse o protocolo de pesquisa por desistência ou óbito, o próximo participante era selecionado para o grupo desse paciente.

Os pacientes, após a primeira etapa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) e respondiam a ficha de dados sócio-demográficos (Anexo C) ao próprio pesquisador sendo então realizados os questionários de pré-teste. Os questionários, tanto de pré-teste como pós-teste foram aplicados por dois estudantes de psicologia que desconheciam a qual grupo cada participante pertencia. O entrevistador lia as questões e marcava as respostas para todos os participantes, visto que alguns eram analfabetos ou tinham pouca instrução e poderiam não compreender o conteúdo dos questionários, além daqueles que tinham sua saúde deteriorada pela doença. Após os questionários pré-teste serem preenchidos, os pacientes eram submetidos a três sessões em dias consecutivos de Terapia Cognitivo-Comportamental (Anexo B) com duração de 30 minutos cada (G1) e Terapia cognitivo-comportamental e Psicoeducação (G2) (Anexo A) conforme descrito neste trabalho logo abaixo. Após, os pacientes eram requisitados a responderem novamente os questionários.

As sessões foram realizadas sempre pela manhã junto ao leito de cada paciente e assistidas pelos familiares se o paciente quisesse. No caso da psicoeducação era solicitado um familiar para também ficar a par das informações dadas ao paciente e para levar o material para o domicílio do paciente após a alta hospitalar. A psicoeducação era realizada logo após a última sessão de TCC.

O protocolo deste estudo foi enviado e aceito pelo Comitê de Ética do Hospital de Sapiroanga. Os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) podendo retirar-se da pesquisa se assim o quisessem. Número do processo 01/2007.

Procedimentos de Intervenção

Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Foram utilizadas na intervenção técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamentais (TCC). Uma vez diagnosticada, a dificuldade da pessoa hospitalizada em lidar com a situação de crise na resolução de problemas aí advindos, a TCC é empreendida, sendo utilizada da seguinte maneira: em primeiro lugar identifica-se a problemática; em seguida, faz-se com que o paciente identifique possíveis soluções alternativas e avalia-se a relação custo – benefício das soluções encontradas. O próximo passo é verificar a aceitação da solução por parte do participante; por fim, analisar a eficácia da mesma; e, ainda, caso não tenha sido eficaz, estudar o que poderia estar sendo feito para modificá-la, ou, então, retornar até o ponto de origem, tentando identificar outras possibilidades (Caminha e cols., 2003).

Também foi empregada a Técnica de Relaxamento Progressivo conforme descrito em Davis, Eshelman, e McKay (1996). São lidas instruções, tais como sentar e inspirar suavemente e expirar com força pelos lábios. Outras técnicas empreendidas foram: a técnica de distração na qual se estimula um pensamento agradável no momento em que o paciente estiver sentindo ansiedade ou dispnéia e a técnica de parada de pensamento na qual o paciente evita os pensamentos negativos utilizando imagens tais como placa de pare, sinal vermelho, etc. (Caminha e cols., 2003). A intervenção cognitivo-comportamental foi efetuada pelo investigador principal em sessões individuais em seqüência (por três dias consecutivos), independente da gravidade da DPOC. Em cada encontro era revisada a sessão anterior para facilitar a memorização das técnicas empreendidas.

Psicoeducação

O procedimento de psicoeducação constituiu na discussão junto ao paciente dos seguintes tópicos apresentados na Iniciativa GOLD (Anexo A): (a) O que é a DPOC?; (b) Quem adquire a DPOC?; (c) Graus da DPOC; (d) Estratégias para diminuir os danos pulmonares; (e) Medicamentos na DPOC; (f) Orientações sobre ambiente, exercícios, alimentação e planejamento de rotinas diárias (disponível em www.goldbrasil.com.br). Esse material explica, de forma didática através de leitura e figuras situações cotidianas, as dúvidas que a maioria dos pacientes com DPOC tem e não esclarecem com seus médicos. A psicoeducação foi efetuada após o término do protocolo de intervenção (TCC) em sessão única.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados descritivamente através de medidas de frequência, média e desvio-padrão. As análises inferenciais foram conduzidas com testes não-paramétricos para medidas independentes (para comparações entre os grupos intervenção e controle) e dependentes (pré e pós-teste). Após o levantamento e tabulação, os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS for Windows (versão 16.0). O grau de significância utilizado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Os resultados são apresentados de acordo com os objetivos da pesquisa. Primeiramente, foi feita uma descrição dos escores de pré-teste e pós-teste de cada grupo com relação à qualidade de vida, depressão e ansiedade. Em segundo lugar, foram feitas comparações entre os três grupos pesquisados no pré e pós-teste.

Os resultados descritivos da qualidade de vida medida pelo St George (SGRQ), Depressão e ansiedade (Escala Beck) no pré e pós-teste estão descritos na Tabela 3. Também constam nesta tabela os testes de significância entre os escores de pré e pós-teste de cada grupo e os resultados obtidos por cada grupo separadamente. A significância entre as medidas de pré e pós-teste foram calculadas pelo teste não paramétrico para amostras dependentes de Wilcoxon.

Tabela 3

Média, Desvio-padrão e Teste de Significância entre o Pré e Pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC, G1) e TCC com Psicoeducação (G2)

Instrumento	GC			G1			G2		
	Pré	Pós	z/Sig	Pré	Pós	z/Sig	Pré	Pós	z/Sig
SGRQ									
Sintomas	471,53 (53,03)	467,17 (47,05)	0,0	444,01 (60,66)	479,79 (119,70)	0,98	475,43 (48,66)	414,97 (93,55)	1,69
Atividades	1062,17 (110,97)	891,31 (231,83)	1,57	866,35 (225,67)	826,03 (293,60)	0,78	928,88 (327,40)	953,77 (124,32)	0,67
Impacto	1407,55 (366,59)	960,24 (323,53)	1,52	1166,33 (273,62)	1099,15 (434,54)	0,56	1197,64 (583,73)	1071,62 (458,64)	0,68
Total	2941,25 (407,10)	2318,72 (448,90)	1,86 ^a	2476,68 (446,72)	2404,97 (796,90)	0,78	2601,95 (837,30)	2440,37 (606,01)	0,51
BDI	21,00 (10,01)	14,57 (15,02)	1,86 ^a	16,5 (6,80)	9,12 (4,12)	2,31*	25,62 (17,65)	25,36 (15,63)	0,00
BAI	36,23 (7,97)	30,71 (3,14)	1,44	37,23 (8,60)	32,12 (2,47)	1,54	53,00 (8,10)	38,66 (10,54)	2,12*

Nota: ^a Tendência, *p<0,05. SGRQ: Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; GC: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC); G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação.

Como pode ser observado na tabela 3, não houve diferença significativa do pré e pós-teste para o tratamento padrão oferecido pelo hospital (grupo controle). Para a depressão, houve uma tendência de melhora dos sintomas no pós-teste (p<0,07), bem como para a qualidade de vida geral verificada pelo questionário SGRQ.

Para o G1, que recebeu além do tratamento hospitalar padrão, três sessões de TCC, as comparações de pré-teste e pós-teste mostraram uma diferença significativa para depressão. Os escores de pré-teste tiveram média de 16,50 (DP=6,80), enquanto o pós-teste apresentou

média de 9,12 (DP=4,12), sendo essa diferença significativa ($z=2,31$, $p<0,05$). Para os demais testes não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa neste grupo.

Comparações entre os escores de pré e pós-teste do grupo de psicoeducação mostraram uma diferença significativa para a ansiedade. Os escores de pré-teste tiveram média de 53,00 (DP=8,10) enquanto o pós teste apresentou média de 38,66 (DP=10,54), sendo esta diferença significativa ($z=2,12$, $p<0,05$). Para os demais testes não houve nenhuma diferença significativa.

No intuito de verificar se havia diferença entre os escores obtidos no pré-teste entre os três grupos, foram realizadas análises comparativas com o teste de Mann-Whitney. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativa nas variáveis ansiedade e sintomas. Os participantes do grupo G2 (TCC e psicoeducação) possuíam maiores escores de ansiedade do que o grupos controle ($z = 2,63$, $p<0,001$) e G1(TCC) ($z = 2,66$, $p<0,01$). Também foi encontrado que o grupo G2 possuía maiores escores de sintomas no SGRQ do que o G1 ($z = 2,32$, $p<0,05$).

Comparações entre os escores dos três grupos foram feitas também para as medidas do pós-teste através do teste de Mann-Whitney. As Comparações dos escores do pós-teste entre os três grupos indicaram que o escore da intensidade de depressão do grupo TCC e psicoeducação é superior ao do grupo TCC ($z=2,38$, $p<0,05$). Não houve diferença significativa nas outras comparações. O grupo G2 apresentou escores superiores aos dos outros grupos no pré-teste, o que pode ter causado um ponto de partida mais desvantajoso. Isso ocorreu porque estavam muito deprimidos já na primeira avaliação e também porque eram pacientes com DPOC mais grave. Apesar de não haver diferença no pós-teste, pode-se verificar uma diminuição do nível de ansiedade e dos sintomas (qualidade de vida).

A análise dos resultados do SGRQ Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória) quanto à diferença entre os grupos está descrito na Tabela 4. O Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) oferece duas possibilidades de correção. A primeira, já apresentada, é feita pela soma de alguns valores padrões (vide Anexo D) e foi apresentada na Tabela 3. A segunda forma de correção é apresentada na Tabela 4 e se refere ao cálculo da porcentagem de pontos obtida.

Como pode ser visto na Tabela 4, o estudo de qualidade de vida relacionada à saúde, mensurada por meio do questionário SGRQ, mostrou que os pacientes do grupo controle tiveram uma redução em média de 14,13% para o domínio atividade; 21,12% para o domínio impacto e 15,61% para o domínio geral. No domínio sintoma não houve modificação clínica

importante. No G1 (TCC) houve piora de 5,40% no domínio sintoma e não houve alterações significativas nos outros domínios. Já no G2 (TCC e psicoeducação) houve redução no domínio sintoma (9,12%); no domínio impacto (5,95%) e no domínio geral (4,05%). No domínio atividade não houve diferença significativa.

Tabela 4

Porcentagem e Desvio-Padrão do SGRQ Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória no Pré e Pós-teste Dividido pelos Grupos Controle, TCC e Psicoeducação

Instrumento	GC			G1			G2		
	Pré	Pós	Diferença	Pré	Pós	Diferença	Pré	Pós	Diferença
SGRQ									
Sintomas	71,17% (8,00)	70,52% (7,10)	0,65	67,02% (9,16)	72,42% (18,07)	-5,40**	71,76% (7,34)	62,64% (14,12)	9,12**
Atividades	87,85% (9,18)	73,72% (19,17)	14,13*	71,65% (18,66)	68,32% (24,28)	3,33	76,82% (27,08)	78,88% (10,28)	-2,0
Impacto	66,46% (17,31)	45,34% (15,28)	21,12*	55,07% (12,92)	51,90% (20,52)	3,17	56,55% (27,56)	50,60% (21,66)	5,95**
Total	73,73% (10,20)	58,12% (11,25)	15,61*	62,08% (11,20)	60,28% (19,97)	1,80	65,22% (20,99)	61,17% (15,19)	4,05**

*>10% indicativo de qualidade de vida alterada; **>4% mudança significativa; SGRQ: Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória; GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC); G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação.

Discussão

Comparações entre os escores do pré-teste indicaram diferenças significativas entre os grupos controle (GC), e TCC com Psicoeducação (G2). Os participantes do Grupo TCC e psicoeducação (G2) possuíam maiores níveis de ansiedade do que os do grupo-controle no início da pesquisa. Por uma coincidência esse grupo apresentou maior número de participantes do sexo feminino (85,7%). A existência de diferenças entre os participantes no ponto de partida do estudo deve ser levada em conta na interpretação dos resultados, já que é um indicativo de que os grupos não eram semelhantes antes da intervenção. Esta diferença da intensidade da ansiedade, entretanto, desapareceu nas comparações entre os pós-testes, sugerindo que esta intervenção pode ser importante na redução da ansiedade.

A diminuição da ansiedade dos participantes do Grupo 2 (TCC com Psicoeducação) foi verificada também na comparação entre os resultados do pré e pós-teste. Houve uma redução significativa do nível de ansiedade relatada pelos pacientes no pós-teste. Esta redução não ocorreu nos grupos GC e G1 (TCC). Estes resultados estão de acordo com os de outros estudos que utilizaram apenas TCC e não encontraram redução na ansiedade, como um estudo que utilizou uma fita gravada que os pacientes escutavam no intervalo de 12 sessões de exercícios semanais (Carrieri-Kohlman e cols., 1996), ou submetendo os pacientes a sessões de TCC com intervalos semanais (Eiser e cols., 1997 – seis sessões de 90 minutos cada durante três meses; Lisansky & Donna, 1996 – oito sessões, durante 2 meses; e Sassi-Dambron, Eakin, Ries, & Kaplan, 1995 – seis sessões sem tempo determinado, com grupos de quatro a oito participantes em um período de seis semanas). Apenas um artigo encontrado obteve melhora nos níveis de ansiedade utilizando técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamentais (TCC), baseado em técnicas de relaxamento gravadas em fitas e reproduzidas em quatro sessões semanais (Gift, Moore, & Soeken, 1992).

Por outro lado, o efeito da TCC associada à Psicoeducação na melhora dos sintomas de ansiedade está de acordo como o encontrado em vários estudos inseridos em programas de reabilitação pulmonar (PRP) citados a seguir: Emery, Leatherman, Burker, e MacIntyre (1991), PRP de 30 dias incluiu leituras diárias sobre tópicos como medicação e fisiologia pulmonar, duas sessões semanais de aconselhamento psicossocial e manejo do estresse e técnicas respiratórias; Emery, Schein, Hauck, e MacIntyre (1998), PRP de 10 semanas submeteu os pacientes a 16 sessões de psicoterapia e 10 sessões de manejo de estresse, além de exercícios físicos; Godoy e Godoy (2003) obtiveram melhora da ansiedade com apenas três

sessões semanais em grupo, além de TCC semanal; Godoy e cols. (2005), reduziu níveis de ansiedade com uma sessão de psicoterapia individual semanal baseada em TCC e logoterapia, além de uma sessão mensal de psicoeducação, durante 12 semanas; Kayahan e cols. (2006), PRP que incluiu uma sessão semanal de psicoeducação com orientações sobre medicação, nutrição e manejo da DPOC, além de três sessões semanais de TCC; Kunik e cols. (2001), submeteu os pacientes a duas horas de TCC e psicoeducação em uma única sessão semanal com duas horas de duração e, ao final desta, deu fitas gravadas para os pacientes relembrem as técnicas aprendidas. Um trabalho não inserido em PRP que utilizou apenas psicoeducação também obteve redução da ansiedade com duas sessões em um intervalo de dois anos (Sudo, Kitade, Kitagawa, & Kawaguchi, 2006),

Na comparação entre os grupos no pós-teste com relação à depressão houve uma tendência de melhora no grupo-controle (GC). Este resultado pode indicar que um atendimento multidisciplinar (enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas) dentro de uma enfermaria por si só já influencia o resultado geral do tratamento nesse grupo de pacientes. Indivíduos com DPOC tendem a chamar mais a equipe de enfermagem e solicitar muito o auxílio de familiares, principalmente com doença mais grave.

No grupo submetido à TCC (G1) houve, como esperado, melhora significativa nos escores de depressão como também encontrado no trabalho de van Eijk e cols (2004). Este resultado não foi encontrado no grupo submetido à TCC com Psicoeducação (G2), o que não corrobora com os achados de outros trabalhos (Emery, Leatherman, Burker, & MacIntyre, 1991; Godoy & Godoy, 2003; Godoy e cols., 2005; Kunik e cols., 2001). Acredita-se que três fatores contribuíram para a ausência de resultados significativos neste grupo. Primeiramente, apesar de não haver diferença com relação à depressão entre os Grupos TCC e TCC com Psicoeducação no pré-teste, estes últimos possuíam valores bem superiores. Em segundo lugar, o desvio padrão do Grupo 2 era muito maior, o que indica que estes participantes possuíam maior discrepância interna, dificultando o aparecimento de resultados significativos. Por último, o tamanho reduzido da amostra avaliada pode afetar o resultado final.

Com relação à qualidade de vida não houve mudanças significativas nos resultados do pré e pós-teste na comparação dos grupos. No entanto, na análise entre os grupos verificaram-se diferenças na qualidade de vida nos três grupos. O grupo controle (GC) apresentou melhora na qualidade de vida nos domínios da atividade e impacto da doença.

O Grupo com TCC (G1) apresentou mudança significativa no domínio sintoma com piora da qualidade de vida. É possível que os pacientes desse grupo não tenham se engajado no programa pela condição física, debilitada pela própria doença.

O grupo com TCC e Psicoeducação (G2) apresentou melhora significativa nos domínios dos sintomas e do impacto à doença. Como esse grupo apresentou um maior número de pacientes muito graves já no início do estudo, consideramos esse resultado excelente, caracterizando uma melhora na qualidade de vida em geral. Esse achado indica que a psicoeducação além de reduzir sintomas ansiosos nos pacientes também melhora sua qualidade de vida. Apesar do tempo de internação ser relativamente curto (uma a duas semanas em média), foram encontradas diversas mudanças na percepção da qualidade de vida em um instrumento que mede essa característica em um período de três meses (SGRQ).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) foi a quinta causa de morte no mundo em 2002 e estima-se que 5% da população mundial tenha morrido em 2005 em decorrência dessa patologia (World Health Organization, 2008). Pacientes com DPOC têm uma prevalência maior de ansiedade (Brenes, 2003) além de apresentarem piora na qualidade de vida e sintomas depressivos comórbidos (Gudmundsson e cols., 2005; Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2003).

Vários estudos utilizam programas de reabilitação pulmonar nos pacientes portadores de DPOC com o intuito de minimizar o impacto que a doença causa na população afetada com relação à qualidade de vida, depressão e ansiedade (Burgess, Kunik, & Stanley, 2005; Emery, Leatherman, Burker, & MacIntyre, 1991; Godoy & Godoy 2002, 2003; Godoy e cols., 2005; Kayahan e cols., 2006). Os programas de reabilitação pulmonar também podem reduzir os dias de internação hospitalar (Rea e cols., 2004) e a procura para a hospitalização (Bourbeau e cols., 2003) e melhorarem a condição física dos pacientes (Rodrigues, Viegas, & Lima, 2002).

Por estes motivos, é extremamente importante o desenvolvimento de programas de intervenção que vão além dos procedimentos hospitalares padrão e ofereçam ao paciente suporte para lidar melhor com os sintomas da doença. Como não se encontrou artigos que descrevessem como deveria ser um protocolo de intervenção psicológica em hospitais, utilizou-se apenas três sessões de TCC e uma sessão de psicoeducação. Esse tempo foi determinado com base nos dados estimados em 2006, nos quais, a média de internação hospitalar por DPOC foi de 8,15 dias. As técnicas de TCC foram selecionadas conforme se julgou mais apropriado para a intervenção em pacientes com debilidade física e comorbidades associadas, e o material utilizado na psicoeducação vem de encontro com a necessidade

estabelecida mundialmente por pneumologistas e agentes da saúde, na estratégia chamada GOLD (anexo A), material disponível para os pacientes através da internet (www.goldbrasil.com.br).

Apesar da amostra desse estudo ser pequena, os achados desse trabalho foram considerados positivos. Estudos posteriores com intervenções psicológicas poderão determinar se esse tipo de intervenção pode ser utilizado de forma isolada (sem estarem vinculadas aos programas de reabilitação) e qual seria o melhor protocolo para pacientes internados com DPOC. Através deste trabalho conclui-se que a aplicação de técnicas baseadas em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) reduz os níveis de depressão e a psicoeducação, os níveis de ansiedade, em pacientes portadores de DPOC.

Seção II

Intervenções Psicológicas em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Uma Revisão Sistemática

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é definida como uma série de condições caracterizadas por inflamação, destruição e obstrução do aparelho respiratório, mais precisamente os pulmões com seus segmentos como brônquios, bronquíolos e alvéolos (Moreira, Palombini, & Silva, 1991). A bronquite crônica e o enfisema pulmonar são as patologias mais frequentemente relacionadas ao termo DPOC. Para fins de entendimento, os autores definem bronquite crônica como a condição caracterizada clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias durante três meses seguidos, por ano, durante dois anos consecutivos ou mais. Deverão estar afastadas outras causas de tosse como, por exemplo, tuberculose e bronquiectasias. Essa definição é utilizada, atualmente, com a concordância do projeto GOLD-Brasil- *Global Initiative for Chronic Lung Disease* (2000) que ainda reforça os três sintomas essenciais para o diagnóstico que são: tosse, produção de expectoração e dispnéia ao esforço. Já o enfisema pulmonar é a condição caracterizada estruturalmente pela dilatação dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares.

Os pacientes portadores da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresentam, com o passar dos anos, uma inevitável deterioração do seu estado físico e pulmonar com conseqüente perda na qualidade de vida (van Manen e cols., 2001). Mesmo que ocorra a interrupção do tabagismo, fator essencial ao aparecimento desse quadro respiratório, a doença tende a progredir com internações cada vez mais freqüentes em decorrência de doenças associadas. Segundo o *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), a prevalência mundial da DPOC para todas as idades em 2002 foi estimada em 11,6/1000 em homens e 8,8/1000 em mulheres (World Health Organization, 2008). Em 2002, DPOC foi a quinta causa que levou à morte no mundo e em 2005 mais de três milhões de pessoas (5% do total mundial) morreram dessa doença. De acordo com estimativas de 2007, 210 milhões de pessoas em todo o mundo são portadores de moderada a severa DPOC (World Health Organization, 2008).

Uma das comorbidades encontradas na DPOC é a presença de depressão e de ansiedade. Kunik e colaboradores (2005) avaliaram uma amostra de 1334 pessoas com diagnóstico de doenças respiratórias crônicas encontrando alta prevalência de ansiedade e depressão por meio do questionário *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD). Cerca de 80% dos indivíduos estudados apresentaram valor predito positivo para ansiedade, depressão ou ambos. Para fins comparativos foram feitas em subamostras, avaliações seguindo os padrões de diagnóstico estabelecidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV* (DSM-IV, Associação Americana de Psiquiatria, 1994) chegando ao diagnóstico em 65% dos pacientes acima relatados. Destes, apenas 31% estavam recebendo tratamento para depressão e/ou ansiedade. Este estudo demonstra alta prevalência de ansiedade e depressão nessa população e falta de tratamento adequado para essas comorbidades. Em outra revisão sobre ansiedade e depressão em pacientes com DPOC (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2003), foi observada prevalência nos estudos de cerca de 50% destas comorbidades. Nesse estudo os pesquisadores acreditam que a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) parece ser uma alternativa não farmacológica efetiva em pacientes com distúrbios psiquiátricos associados menores e moderados e em pacientes com elevado risco de efeitos adversos ao uso de medicamentos ou interações com outras drogas.

Rybarczy e colaboradores (1992) esboçaram abordagens específicas, utilizando psicoterapia cognitivo-comportamental, visando ultrapassar barreiras comuns a pacientes com doenças crônicas como o DPOC. Os autores verificaram que os pacientes deveriam: (1) solucionar barreiras práticas para a participação de terapias (alguns pacientes utilizam oxigênio em seu domicílio e tem dificuldade para irem ao hospital); (2) aceitar a depressão como um problema separado da doença base e reversível; (3) entender suas limitações e incapacidades; (4) evitar a perda do seu papel social e autonomia e (5) modificar a percepção de ser um “peso”. O uso da psicoterapia cognitivo-comportamental, segundo os autores, tem como foco o alívio de sintomas depressivos e ansiosos através do encorajamento do paciente a promover mudanças no seu modo de pensar sobre a vida, e sobre sua própria doença. Isso envolve aprendizagem de técnicas, identificando pensamentos distorcidos e mudando-os para pensamentos mais adaptativos à realidade do paciente.

Diversas estratégias de tratamento psicológico para pacientes portadores de DPOC foram formuladas com o passar do tempo, visando diminuir sintomas comórbidos como ansiedade e depressão. Intervenções não-farmacológicas para ansiedade e depressão em DPOC

podem incluir reabilitação pulmonar com exercícios respiratórios, psicoterapia breve e terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Burgess, Kunik, & Stanley, 2005).

Em uma revisão ampla, Brenes (2003) avaliou a prevalência de ansiedade na DPOC, bem como o impacto da mesma na qualidade de vida dos pacientes portadores da enfermidade, descobrindo que há realmente um impacto negativo da ansiedade nos pacientes com DPOC. Outros dados encontrados nesse trabalho foram diversos ensaios, avaliando o uso de medicamentos como nortriptilina, buspirona e sertralina com redução dos sintomas ansiosos. Uma menor quantidade de estudos revisados pelo autor, relacionou programas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que focavam relaxamento e mudanças de pensamento também com uma diminuição dos sintomas ansiosos. O autor levantou dados de 1966 a 2002 pela *Pubmed*, encontrando taxas elevadas de ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico comparado com a população geral.

Em outra revisão, foram selecionados 20 ensaios (979 pacientes) de programas de reabilitação com o intuito de avaliar a eficácia dos mesmos (Salman, Mosier, Beasley, & Calkins, 2003). Os vinte trabalhos apresentaram resultados significativamente melhores que dos grupos-controle no teste de caminhada. Os grupos de reabilitação que utilizaram o *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* (12 trabalhos) tiveram menos dispnéia do que os grupos-controle. Os estudos que utilizaram apenas um Treinamento Muscular Respiratório não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os ensaios que incluíam pacientes com DPOC severa mostraram melhora significativa quando comparados aos grupos-controle somente, quando os programas de reabilitação tinham seis meses ou mais. Por outro lado, os pacientes com DPOC leve a moderada obtiveram melhora significativa com relação aos grupos-controle em qualquer tempo. Os autores concluíram que pacientes com DPOC que receberam programas de reabilitação têm uma melhor capacidade ao exercício e experimentam menor dispnéia do que os pacientes que não se submeteram à reabilitação.

Gilbert (2003) revisou o uso de técnicas respiratórias para várias doenças inclusive o DPOC. Na doença respiratória as técnicas mais utilizadas foram a respiração diafragmática, fisioterapia para aumentar a flexibilidade da parede torácica, introdução da respiração pelos lábios e um misto destas técnicas com uma redução nos sintomas depressivos e das atitudes auto-defensivas de alguns pacientes.

Dowson, Town, Frampton, e Mulder (2004) exploraram a influência das características psicológicas de pacientes com DPOC que haviam se submetido a programas de educação de automanejo da doença. Pacientes admitidos com exacerbação da doença foram entrevistados

por um psiquiatra que utilizou o *COPD Self Management Interview (COPD-SMI)*. Este instrumento coloca três cenários diferentes para os pacientes, simulando uma futura exacerbação da doença. Das 39 pessoas participantes, 41% tinham ataques de pânico, 33% ansiedade generalizada, 35% história de depressão, 31% história de ansiedade e 21% história de alcoolismo. Vinte e seis pacientes (67%) tinham um plano de automanejo (utilização de cenários estruturados que simulam uma exacerbação da DPOC, estimulando os pacientes a desenvolverem respostas para as situações de dispnéia e ansiedade).

Pesquisas sugerem que a modificação dos padrões comportamentais e de *coping*, apesar de necessitarem de tempo, melhoram sintomas depressivos. Um programa de reabilitação de pelo menos três meses pode aperfeiçoar a função fisiológica de pacientes com DPOC levando em conta fatores psicológicos tais como humor, *coping* e estilo de vida dos pacientes (Wempe & Wijkstra, 2004). Além disso, quanto mais precocemente a doença for detectada, aumenta o potencial para reduzir o processo de dano através de programas de cuidados compreensivos (Dudley, Glaser, Jorgenson, & Logan, 1980).

Tendo em vista a importância e o impacto da depressão e da ansiedade na qualidade de vida dos pacientes com DPOC, este artigo pretende verificar quais intervenções psicológicas são mais utilizadas em pacientes portadores dessa patologia. Pretende-se, deste modo, realizar uma revisão da literatura sistemática sobre a aplicação e eficácia psicoterapêutica nestes pacientes.

Método

A revisão de literatura foi conduzida de Janeiro a Agosto de 2007 para a busca e apreensão dos artigos dos últimos vinte anos (1987 à 2007) e, para a coleta dos mesmos, utilizou-se as bases de dados da PsychINF, ISI, BIREME (Medline e Cochrane) e PUBMED, usando as diversas combinações possíveis das seguintes palavras-chaves em português e inglês: depressão (*depression*), ansiedade (*anxiety*), DPOC (*COPD*), terapia comportamental (*behavior therapy*), terapia cognitiva (*cognitive therapy*), terapia psicológica (*psychological therapy*), e psicoterapia (*psychotherapy*). Utilizando estes descritores, foram encontrados cinco artigos na base de dados PsychInfo, quatro artigos na base de dados ISI, 524 artigos pela BIREME (incluindo Medline e Cochrane) e 173 artigos pela PUBMED/Medline. Outras bases de dados foram consultadas (SCIELO e LILACS), porém não foram localizados artigos referentes ao tema pesquisado. Praticamente, todos os artigos tinham como idioma o inglês.

Também foram encontrados artigos em português, polonês e chinês. Após revisão minuciosa, foram excluídos capítulos de livros, editoriais e artigos que não tinham relação com o tema proposto chegando a um total de 19 artigos. Os artigos com suas respectivas intervenções estão categorizados na Tabela 5.

Tabela 5

Publicações sobre as Intervenções Psicológicas na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Autor	Tipo de Intervenção	Duração/ Frequência	Número de Participantes	Resultados
<u>TCC</u>				
Eiser e cols. (1997)	TCC	6 sessões de 90 minutos uma vez por semana	10 GE 8 GC	Aumentaram tolerância ao exercício Não houve modificação nos escores para ansiedade
Carrieri-Kohlman e cols. (1996)	TCC	Fita gravada vista antes de cada 2 sessões de exercícios	27 GE 24 GC	Não houve diferença significativa entre os grupos na redução da ansiedade
Lisansky e Donna (1996)	TCC	8 semanas	8 em pré e pós-teste	Não houve mudança quanto à sintomas ansiosos e/ou depressivos
Van Eijk e cols. (2004)	TCC	1 sessão semanal	29	Pacientes consideraram a intervenção positiva com melhora dos

Psicoeducação

Emery, Leatherman, Burker, e MacIntyre (1991)	Psicoeducação Técnicas respiratórias	5 dias por semana (4 horas por dia no período de 30 dias)	61 (em pequenos grupos de 5 a 8 participantes)	Melhora nos sintomas de ansiedade e depressão
Emery, Schein, Hauck, e MacIntyre (1998)	Psicoeducação Exercícios Manejo de stress	Dez semanas, sendo: Psicoeducação (16 sessões) Exercícios (37 sessões) Manejo de Stress (10 sessões)	29 (exercício, educação e manejo do stress). 25 (educação e manejo do stress) 25 GC	Somente grupo com todas as intervenções obteve melhora na redução da ansiedade, na resistência aos exercícios e no desempenho cognitivo
Sudo, Kitade, Kitagawa, e Kawaguchi (2006)	Educação respiratória	2 sessões em um intervalo de 2 anos	24	Durante a aula melhora dos níveis de ansiedade que se manteve elevado um ano após a primeira aula

TCC +Psicoeducação

Cully, Graham, Stanley, e Kunik (2007)	TCC Psicoeducação	8 sessões de 1 hora	89 GE 92 GC	Associação de DPOC c/ ansiedade e/ou depressão diminui engajamento em
--	----------------------	---------------------	----------------	---

				tratamentos
Kayahan e cols. (2006)	PRP (incluindo Psicoeducação e TCC -Técnicas respiratórias)	Dois meses, três dias por semana com duas horas de duração	26 GE 19 GC	Decréscimo significativo nos escores para a ansiedade
Kunik e cols. (2001)	TCC TCC + psicoeducação	Sessões de 2h de TCC por seis semanas no GE + psicoeducação (2h de informações sobre DPOC)	21 GE 27 GC	Diminuição de sintomas ansiosos e depressivos no GE
Godoy e Godoy (2003)	Psicoeducação Exercícios físicos fisioterapia TCC	Sessões semanais, sendo: Psicoeducação (3 sessões) Exercícios (24 sessões) TCC (12 sessões)	14 GE 16 GC	GE teve melhora significativa dos sintomas depressivos e ansiosos
Godoy e cols. (2005)	PRP (incluindo psicoeducação e TCC)	2 sessões semanais de TCC; 1 sessão mensal de psicoeducação durante 12 semanas	12 como G1(PRPP completo) 16 como G2 (sem exercícios) 14 como G3 (sem psicoterapia)	G1 e G2 melhoraram capacidade de exercício, qualidade de vida e diminuíram níveis de ansiedade e depressão; G3 diminuíram apenas níveis de ansiedade
Nguyen, e	Psicoeducação	Três programas	34 sem	Os pacientes com 24

Carrieri-Kohlman (2005)	TCC Técnicas respiratórias	de automanejo (nenhuma, quatro ou 24 sessões)	sessões 32 quatro sessões 34 24 sessões	sessões supervisionadas tinham maiores risco de desenvolverem Depressão. Melhora significativa na dispnéia
Sassi-Dambros, Eakin, Ries, e Kaplan (1995)	TCC Técnicas respiratórias	6 sessões semanais Pacientes avaliados antes, após e 6 meses após a intervenção	46 GE 43 GC	Não houve diferença nos momentos quanto a melhora dos sintomas depressivos ou ansiosos ou na qualidade de vida.

Técnicas

Específicas

Acosta-Austan (1991)	Hipnoeducação	Durante crises de ansiedade	1	Redução da intensidade da dispnéia durante crises de ansiedade
Gift, Moore, e Soeken (1992)	Técnicas de relaxamento	4 sessões semanais com fitas gravadas	26 divididos em GE e GC	Redução da dispnéia e da ansiedade no GE
Lolak, Connors, Sheridan, e Wise (2008)	RPP	Fita gravada com 25 minutos escutados durante 2-8 semanas	83 divididos em GE e GC	O acréscimo de RPP não conferiu benefício na redução de ansiedade e depressão
McBride, Graydon,	Musicoterapia	Sessões semanais	24	Após a segunda semana houve um

Sidani, e Hall (1999)		durante 5 semanas		decréscimo dos níveis de dispnéia e ansiedade, que não se manteve após a quinta semana
Wu, Wu, Lin, e Lin (2004)	Acupuntura	5 sessões de 16 minutos durante 4 semanas	22 GE 22 GC	Redução da ansiedade e da dispnéia.

Nota: TCC= Técnicas cognitivo-comportamentais; GE= Grupo Experimental; GC= Grupo-controle; DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; PRP= Programa de Reabilitação Pulmonar; MPI= Intervenção Psicológica Mínima; RPP= Relaxamento Pulmonar Progressivo.

Uma descrição dos artigos será realizada a seguir. Os mesmos foram divididos de acordo com as técnicas psicológicas empregadas, inseridas ou não em programas de reabilitação pulmonar: Técnicas Cognitivo-Comportamentais (TCC), Educação, TCC e Educação e Técnicas Específicas.

Estratégias Psicológicas utilizadas em Intervenções de Ansiedade e Depressão

Técnicas Cognitivo-Comportamentais

Eiser e colaboradores (1997) investigaram 18 pacientes diagnosticados com DPOC (classificado como moderado a severo), que se submeteram a seis sessões de TCC de 90 minutos com intervalos semanais. Os pacientes responderam o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *Medical Research Council Questionnaire* (MRCQ) e o *St George's Respiratory Questionnaires* (SGRQ). Além disso, foram investigados pelo método da espirometria para avaliação da capacidade respiratória, gasometria arterial e teste de caminhada de seis minutos em pré e pós-teste (uma semana antes e uma semana depois da psicoterapia). No controle, oito pacientes tiveram a função pulmonar examinada, mas não se submeteram à psicoterapia. Como conclusão, as seis sessões de psicoterapia aumentaram a tolerância ao exercício no grupo dos pacientes ansiosos submetidos com severa DPOC, sem, entretanto mudança nos escores de ansiedade avaliados pelo HADS e, portanto, na qualidade de vida desses indivíduos.

A utilização de diferentes instrumentos para identificar sintomas nos pacientes com DPOC determinou resultados nem sempre confiáveis, além da amostra utilizada ser pequena. Lisansky e Donna (1996) avaliaram o impacto de um programa educacional de auto-ajuda em um período de oito semanas, utilizando técnicas cognitivo-comportamentais para oito pacientes com DPOC em pré e pós-teste. Os instrumentos utilizados foram o *Sickness Impact Profile (SIP)*, o *Combined General* e o *COPD Cognitive Error Questionnaires*, e o *Symptom Questionnaire*. Os resultados encontrados foram decréscimos no impacto psicossocial e no total de escores do SIP e na subescala de personalização do *General-Cognitive Error Questionnaire*. No entanto, no pós-teste não houve mudança significativa em relação à depressão, ansiedade, hostilidade e sintomas somáticos.

Em outro estudo, 51 pacientes com DPOC foram divididos em dois grupos: monitorado (intervenção com 27 participantes) e supervisionado (controle com 24 pacientes) para avaliar percepção do esforço respiratório, intensidade da dispnéia, ansiedade associada à dispnéia durante um treinamento de exercícios supervisionados por enfermeiros (fase um) e caminhadas em casa (fase 2) (Carrieri-Kohlman e colaboradores, 1996). O objetivo do estudo foi comparar se exercícios feitos com monitorização (pacientes seguiam um programa) seriam mais efetivos que os supervisionados por enfermeiros. O programa de monitorização foi baseado em um modelo de dessensibilização que sugere que medo e ansiedade diminuem após exposição gradativa da pessoa ao estímulo causador dos mesmos. O programa do grupo supervisionado foi baseado em métodos de TCC que aumentavam a auto-estima e o desempenho do paciente nas tarefas solicitadas, através de persuasão verbal, e 14 técnicas cognitivo-comportamentais baseadas no *guided mastery* (ex.: Respiração e relaxamento, realimentação, distração, demonstração e encorajamento). Os pacientes olhavam uma fita gravada sobre as técnicas antes de cada duas sessões de exercícios. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos estudados com relação à redução da ansiedade.

Van Eijk e cols. (2004) desenvolveram uma intervenção em pacientes com doenças crônicas, incluindo pacientes com DPOC baseada em TCC. Primeiro, utilizaram os princípios de um programa de automanejo chamado de *Chronic Disease Self Management Program (CSDMP)*, desenvolvido por Lorig e Gonzalez. Esta intervenção era baseada na idéia de que o paciente tem uma expectativa diante da sua doença e que seu julgamento perante as dificuldades que a doença possa impor determina quanto esforço e persistência ele estará preparado a dispensar diante dos obstáculos. CDSMP inclui plano de ação semanal com

realimentação, modelos de comportamento e resolução de problemas, comunicação de estratégias à família, amigos e cuidadores, lidando com as emoções da doença crônica e tomando decisões individuais. Utilizaram também alguns aspectos do modelo desenvolvido por Goldberg e cols. (1989), aplicado em grupos de pacientes que somatizaram. Durante a consulta, pacientes e enfermeiras passavam por três estágios: (1) exploração dos problemas dos pacientes; (2) ampliação da agenda de problemas físicos para também problemas psicossociais e (3) demonstração da relação entre suas angústias e seus problemas físicos. Os pacientes anotavam em um diário: sintomas, comportamentos e pensamentos associados. Um terceiro elemento da intervenção utilizado, foi baseado em um trabalho desenvolvido no Departamento de Psiquiatria Social e Clínica Médica da Universidade de Groningen intitulado: “INSTEEL - *Intervention Study in Primary Care*”. Este trabalho ofereceu às enfermeiras uma didática adicional e elementos de educação para lidar com o círculo vicioso das emoções, cognições e pensamentos. Vinte e nove pacientes com doença crônica (Diabetes tipo II ou DPOC) que apresentavam depressão menor participaram do estudo. As enfermeiras avaliaram o programa de treinamento como factível e compreensível e a maioria dos pacientes considerou a intervenção positiva com melhora dos sintomas depressivos apesar de muitos terem dificuldade de fazerem a relação entre sintomas físicos e sintomas da depressão.

Psicoeducação

A psicoeducação foi outra técnica utilizada encontrada nos artigos, na qual os pacientes eram instruídos quanto à doença DPOC. Também eram estimulados a realizarem leituras sobre fisiologia pulmonar, medicações e técnicas respiratórias.

Em um programa de reabilitação, 61 pacientes foram divididos em pequenos grupos de cinco a oito participantes cada, com cada grupo se submetendo aos 30 dias de intervenções (Emery, Leatherman, Burker, & MacIntyre, 1991). A pesquisa durou 13 meses. Os participantes se encontravam cinco dias da semana por 4 horas cada dia e eram submetidos à terapia respiratória, seguidos de exercícios de aquecimento e 45 minutos de exercícios aeróbicos entre outros. O programa incluiu leituras diárias sobre tópicos relevantes como uso de medicação e fisiologia pulmonar e, duas vezes por semana, participavam de grupos de aconselhamento psicossocial e sessões de manejo do estresse. Todos os participantes foram avaliados antes de iniciar o programa e 30 dias após o mesmo. A avaliação psicológica foi feita através dos questionários *The Hopkins Symptom Checklist-Revised* e *The Psychological*

General Well-Being Index. Os resultados indicaram significativa melhora na resistência física e da função pulmonar dos pacientes com DPOC e significativa redução nos sintomas de depressão e ansiedade e melhora nas medidas de bem estar geral e funcionamento neuropsicológico. O estudo sugere que o programa de reabilitação contribui para a melhora física e cognitiva e para o bem estar psicológico dos pacientes com DPOC.

Emery, Schein, Hauck, e MacIntyre (1998) examinaram o efeito de exercício e psicoeducação em 79 adultos com DPOC durante dez semanas, divididos em três grupos: (a) exercícios, psicoeducação e manejo de stress (n=29); (b) psicoeducação e manejo do stress (n=25) e (c) lista de espera como controle (n=25). O grupo (a) recebeu 37 sessões de exercícios, 16 sessões de psicoeducação e 10 aulas de manejo de stress. Pacientes do grupo (a) experimentaram mudanças não encontradas nos outros grupos, incluindo melhora na resistência aos exercícios, redução da ansiedade e melhora no desempenho cognitivo.

Um estudo verificou os efeitos de uma classe de educação sobre as doenças respiratórias e reabilitação pulmonar para 24 pacientes com doença respiratória crônica e suas famílias (Sudo, Kitade, Kitagawa, & Kawaguchi, 2006). A educação respiratória foi realizada duas vezes no intervalo de dois anos. Os pacientes foram avaliados através dos instrumentos: *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) para medir ansiedade, o *Self-Rating Depression Scale* (SDS) para avaliar estado depressivo e o *General Self-Efficacy Scale* (GSES) para a auto-eficácia antes, durante e depois da educação. Nenhuma diferença estatística significativa foi observada para a pontuação no STAI e SDS entre os pontos temporais (depois dos dois anos). Já a pontuação durante o processo de educação aumentou significativamente em comparação com o resultado antes do início e permaneceu significativamente aumentado um ano após a aula no GSES. Os resultados sugerem que a realização do treinamento sobre educação respiratória pode ser benéfica para pacientes com doença respiratória crônica.

Algumas pesquisas investigaram os resultados das TCC combinadas com Psicoeducação. Estes estudos serão revisados a seguir.

Técnicas Cognitivo-Comportamentais e Psicoeducação

Kunik e colaboradores (2001) compararam dois grupos com 48 pacientes portadores de DPOC. Um grupo era submetido a uma intervenção educacional (27 pacientes) e o outro grupo (21 pacientes) a uma simples sessão de duas horas de TCC com um seguimento de seis semanas. O intuito era verificar se haveria redução de sintomas ansiosos e depressivos levando

a uma melhor qualidade de vida e maior satisfação com o tratamento. Os componentes utilizados na TCC incluíram treinamento de relaxamento (respiração diafragmática e mudanças posturais), intervenções cognitivas (parada de pensamento, treino de auto-instrução e explicações sobre a exposição situações produtoras de ansiedade) e ligações semanais para a casa dos participantes por seis semanas. No grupo de psicoeducação também foram utilizadas duas horas praticadas por um médico internista que discutiu o processo da doença DPOC, etiologia e opções de tratamento sem mencionar estratégias para redução de ansiedade e depressão. Ambos os grupos foram submetidos em pré e pós-teste ao SF-36, a *Geriatric Depression Scale*, Inventário Beck de Ansiedade (BAI), teste de seis minutos de caminhada, Valor Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e o *Client Satisfaction Questionnaire*. Os resultados mostraram que 20 a 40% dos pacientes com DPOC têm altos níveis de ansiedade e depressão e que duas horas de TCC foram capazes de reduzir esses sintomas.

Um estudo avaliou a eficácia de duas versões de programas de automanejo (quatro ou 24 sessões) e grupo controle (Nguyen & Carrieri-Kohlman, 2005). As sessões foram supervisionadas pela enfermagem. Um total de 100 pacientes completou os programas, sendo 34 selecionados para o programa sem sessões (grupo controle), 32 para o programa com quatro sessões e 34 para o programa com 24 sessões. Os programas incluíram basicamente educação individual e demonstração de estratégias para o manejo da dispnéia. Uma prescrição individualizada de caminhada em domicílio e exercícios monitorados pelo paciente. Os autores concluíram que os pacientes com maior risco de terem depressão e que tiveram um maior número de sessões supervisionadas obtiveram maior redução da dispnéia do que os demais.

Outro estudo avaliou 30 pacientes com DPOC inseridos em dois grupos: experimental e controle (Godoy & Godoy, 2003). Os integrantes do grupo experimental participaram de 24 sessões semanais de exercícios físicos, 24 sessões de fisioterapia, 12 sessões psicológicas que utilizaram técnicas cognitivo-comportamentais e logoterapia e três sessões de educação sobre a doença DPOC. Os participantes do grupo controle seguiram o mesmo cronograma, com exceção das sessões de psicoterapia. Os instrumentos utilizados foram os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI) e Teste de Caminhada de seis minutos em pré e pós-teste. Nesse estudo a inclusão de sessões de psicoterapia reduziu significativamente os níveis de ansiedade e depressão, mas não modificou o desempenho no teste de caminhada.

Godoy e colaboradores (2005) avaliaram o efeito da psicoterapia sobre os níveis de ansiedade, depressão, qualidade de vida e capacidade de exercício em 49 pacientes

ambulatoriais, dentro de um programa de reabilitação, randomizados em três grupos. O primeiro era o programa de reabilitação completo, que contava com exercícios e sessões de TCC (grupo 1). O segundo não continha exercícios físicos (grupo 2) e o terceiro não tinha a psicoterapia (grupo 3). Foram utilizados os instrumentos BAI e BDI, Teste de Caminhada de seis minutos e *St George's Respiratory Questionnaires* (SGRQ). As sessões de psicoterapia foram administradas semanalmente por uma psicóloga e um pneumologista realizou uma sessão de educação mensal grupal. Com relação à redução dos níveis de ansiedade e depressão, os grupos um e dois demonstraram melhora absoluta estatisticamente significativa, demonstrando que sessões de psicoterapia em um programa de reabilitação pulmonar auxiliaram os portadores de doença respiratória, influenciando a resposta dos pacientes ao exercício e com melhora da qualidade de vida.

Sassi-Dambron, Eakin, Ries, e Kaplan (1995), em um artigo sobre estratégias para melhora da dispnéia em pacientes com DPOC, avaliaram 89 pacientes randomizados em dois grupos. O primeiro grupo recebeu tratamento de seis semanas com as técnicas baseadas em estratégias de *coping* (instrução e prática em técnicas como relaxamento muscular progressivo, treinamento respiratório, coordenação de atividades com respiração, controle do pânico e auto-fala) e o segundo grupo, como controle, utilizou leituras sobre saúde em geral sem especificar doença pulmonar. Os autores avaliaram os pacientes antes da intervenção, imediatamente após e seis meses depois. Não incluíram qualquer tipo de exercício nos grupos e, os resultados não mostraram nenhuma diferença entre os momentos, bem como melhora significativa na dispnéia dos pacientes e nos níveis de ansiedade e depressão. Os autores creditam os resultados ao fato de pacientes com doença crônica desenvolverem estratégias próprias de *coping* e ao fato da intervenção ter enfatizado apenas psicoeducação e manejo apenas do sintoma respiratório (dispnéia) ao contrário de outros programas de reabilitação respiratória.

Em um outro trabalho, foram examinados fatores associados com o empenho de pacientes com doenças respiratórias em buscar tratamento psiquiátrico para sintomas clinicamente significativos, ansiosos e/ou depressivos (Cully, Graham, Stanley, & Kunik, 2007). Um total de 181 pacientes foram randomizados em dois grupos: 92 pacientes que receberam pelo menos uma sessão de educação sobre a doença e 89 pacientes que receberam pelo menos uma sessão de TCC. Como medida para empenho, considerou-se pacientes que se submetiam pelo menos a uma sessão de intervenção. Os instrumentos utilizados foram o *Chronic Respiratory Questionnaire* (CRQ), Inventário Beck de Depressão II (BDI-II) e Inventário Beck de Ansiedade (BAI). As intervenções consistiam de oito sessões com 60

minutos cada, conduzidas por psicólogos. Os resultados deste estudo sugerem que pacientes com DPOC e depressão ou ansiedade associados tem menor probabilidade de se engajar em tratamentos psicoterapêuticos ou educacionais. Um preditor significativo para o engajamento foi a importância dada aos sintomas da doença DPOC em detrimento aos sintomas depressivos e/ou ansiosos, ou seja, aqueles pacientes que percebem os sintomas psíquicos como associados à doença respiratória e não como algo não relacionado.

Kayahan e colaboradores (2006) avaliaram os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar em pacientes ambulatoriais portadores de DPOC. Vinte e seis pacientes do grupo de reabilitação foram comparados com 19 pacientes do grupo controle. Para avaliar qualidade de vida foi utilizado o *The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)* e para avaliar os sintomas de depressão e ansiedade foram utilizados a *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)* e a *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*. As avaliações foram feitas antes do início do programa e novamente após o término do mesmo. Os pacientes do grupo estudado, além do tratamento usual foram submetidos ao programa durante dois meses, três dias por semana com duas horas de duração. O programa incluiu: 1. Educação (sessões em grupo e individuais com aulas sobre fisiologia básica da DPOC, informações médicas, nutricionais e conselhos como manejar a doença no dia a dia); 2. Exercícios de relaxamento (ensinar aos pacientes como respirar adequadamente, incluindo técnicas como a respiração diafragmática e a respiração com lábios entreabertos entre outras); 3. Programa de Higiene Brônquica (ensinar a melhor maneira de tossir para remoção de secreções); 4. Treinamento Respiratório (ensinar qual a melhor maneira para respirar em diferentes situações); 5. Exercícios para fortalecer a musculatura; 6. Ginásticas para aquecimento; e 7. Exercícios Cardiopulmonares. Nos resultados encontrados constatou-se um decréscimo significativo nos escores para a ansiedade no grupo estudado em comparação com o controle, o que não aconteceu nos escores para a depressão. O status de saúde, tolerância ao exercício e a intensidade da dispnéia melhoraram significativamente no grupo de reabilitação quando comparados ao grupo de controle. O estudo conclui que o programa de reabilitação trás benefícios a este tipo de paciente.

Técnicas Específicas

Encerrando esta revisão, foram ainda selecionados estudos que utilizaram técnicas variadas. As mesmas são relacionadas a seguir.

McBride, Graydon, Sidani, e Hall (1999) avaliaram a possibilidade de utilizar música como uma intervenção para a redução de dispnéia e ansiedade em pacientes com DPOC. Vinte e quatro pacientes que haviam experimentado dispnéia pelo menos uma vez por semana foram submetidos a sessões semanais de música durante cinco semanas. Medidas de ansiedade e dispnéia foram feitas na segunda semana e na quinta semana, sempre após a intervenção musical. Após a segunda semana houve um decréscimo dos níveis de dispnéia e ansiedade, que não se manteve após a quinta semana.

Outras técnicas de intervenção também foram estudadas, como a descrita por Wu, Wu, Lin, e Lin (2004). Nesse artigo os autores utilizaram acupuntura em pacientes com DPOC. Para verificar a eficácia do tratamento, 44 pacientes foram divididos em dois programas de acupuntura: o grupo experimental (22 pacientes) cujos pontos de aplicação da técnica eram reais e outro grupo (22 pacientes) cujos pontos de aplicação eram falsos, ou seja, não eram específicos para o relaxamento e melhora respiratória. Ambos os grupos foram submetidos a 20 sessões de acupuntura durante quatro semanas com duração de 16 minutos cada sessão. Os instrumentos utilizados antes e depois da utilização da técnica foram o *The Pulmonary Functional Status e Dyspnea Questionnaire-modified scale* e *The Spielberger State Anxiety Scale* além do teste de caminhada de seis minutos. Os resultados indicaram a redução de sintomas depressivos e melhora da dispnéia nos pacientes do grupo experimental.

Um trabalho avaliou os efeitos de uma técnica chamada Relaxamento Pulmonar Progressivo (RPP) em 83 pacientes portadores de distúrbios respiratórios envolvidos em um programa de reabilitação pulmonar (Lolak, Connors, Sheridan, & Wise, 2008). O objetivo era avaliar se haveria redução dos sintomas ansiosos e depressivos utilizando esta técnica. Os pacientes foram randomicamente divididos em dois grupos, recebendo ambos os cuidados usuais que consistiam de um programa que incluía exercícios duas vezes por semana, educação e suporte psicossocial feito por equipe multidisciplinar. O grupo-intervenção, além dos cuidados usuais recebeu sessões de RPP gravadas em uma fita de 25 minutos. O estudo durou oito semanas e demonstrou que um programa de reabilitação pulmonar reduz significativamente sintomas ansiosos e depressivos, mas a inserção da RPP não demonstrou vantagens adicionais (isoladamente não apresentou resultados significativos).

Gift, Moore, e Soeken (1992) avaliaram a efetividade de uma fita gravada com técnicas de relaxamento com o intuito de reduzir dispnéia e ansiedade em 26 pacientes com DPOC. O grupo controle foi instruído para apenas ficar quieto nos momentos de dispnéia. O resultado no

grupo estudado foi redução da dispnéia, ansiedade e obstrução das vias aéreas enquanto o grupo controle permaneceu igual ou pior.

Um outro estudo utilizou uma técnica chamada de hipnoeducação em uma paciente com DPOC severa (Acosta-Austan, 1991). Foi aplicado um método de relaxamento progressivo para induzir hipnose e dar sugestões à paciente de bem estar e relaxamento respiratório. Os resultados apontaram para uma redução da intensidade da dispnéia durante os momentos em que a paciente experimentou crises de ansiedade.

Discussão

Dentre os artigos selecionados observa-se a inclusão freqüente das alternativas psicológicas em programas de reabilitação pulmonar. Sessões individuais ou de grupos, materiais audiovisuais, exercícios de respiração diafragmática, estratégias cognitivas e de relaxamento são comuns (Guyatt, Bermann, & Townsend, 1987). Intervenções não-farmacológicas para ansiedade e depressão em DPOC podem incluir reabilitação pulmonar com exercícios respiratórios, psicoterapia breve e terapia cognitiva comportamental (TCC) segundo Burgess, Kunik, e Stanley (2005).

Programas de reabilitação física e psicológica pulmonar parecem melhorar a auto-estima e o sentimento de bem estar dos pacientes com problemas respiratórios, mas não a função e perfusão pulmonar, segundo uma revisão feita por Schoo (1997). A proposta da reabilitação pulmonar é restaurar a condição física, mental, emocional e social do paciente com DPOC e, se possível manter a capacidade do mesmo para o trabalho e para isso é necessária uma atitude individual (Zaba, 2002).

Os pacientes com doença pulmonar severa podem ter a percepção da doença aumentada. Para estes casos, existem indícios de melhora psicológica com redução de ansiedade e depressão, quando os mesmos completam um programa de reabilitação pulmonar (Goldberg, Hilberg, Reinecker, & Goldstein, 2004).

Os programas de reabilitação e automanejo podem resultar também em uma redução no tempo de internação hospitalar. Um estudo feito na Nova Zelândia (Rea e cols., 2004) selecionou randomicamente 51 médicos clínicos gerais que atenderam 117 pacientes divididos em dois grupos sendo o primeiro com 71 pacientes (intervenção) dentro de um programa de manejo específico para DPOC e o segundo com 46 pacientes (controle) com os cuidados habituais de saúde. O programa de manejo incorporou várias intervenções, incluindo reabilitação pulmonar e cuidados primários à saúde ocorrendo redução nas admissões hospitalares bem como os dias de internação por pacientes com DPOC e asma de 2,8 para 1,1 dias/paciente/ano no grupo de intervenção e de 3,5 para 4,0 dias/paciente/ano no grupo controle.

Rose e colaboradores (2004) revisaram artigos sobre intervenções psicológicas para redução de sintomas de pânico ou ansiedade em pacientes com DPOC. Foram incluídas as seguintes intervenções: educação e manejo de estresse, com e sem exercício; reabilitação pulmonar; relaxamento com fita gravada; psicoterapia analítica, de suporte ou da enfermagem;

reabilitação; e aconselhamento. Artigos com educação ou exercícios isolados foram excluídos. Os autores tinham critérios rigorosos com relação ao tamanho da amostra chegando a apenas seis artigos com amostra total de 324 participantes. A conclusão foi que há uma carência de evidência que suporte a necessidade do uso de intervenções psicológicas nessa gama de pacientes. Nessa revisão encontraram-se artigos que utilizaram técnicas cognitivo-comportamentais na sua maioria, técnicas respiratórias como respiração diafragmática e relaxamento pulmonar progressivo e educação.

Um artigo mencionou o uso de hipnoterapia (Acosta-Austan,1991), mas os resultados não foram comparados com grupo-controle, apenas uma pessoa foi submetida à técnica. Outro artigo utilizou acupuntura com resultados mais fidedignos com grupo-controle (Wu, Wu, Lin, & Lin, 2004). Um terceiro artigo baseou-se em uma técnica utilizando música, mas com um período curto (apenas cinco semanas) sem grupo-controle (McBride, Graydon, Sidani, & Hall, 1999).

Foram encontrados 19 artigos que referiam intervenções psicológicas, a quase totalidade dentro de programas de reabilitação pulmonar, com 13 artigos (68,4%) mostrando resultados positivos com relação à redução dos níveis de ansiedade e/ou depressão. Dois artigos (10,5%) avaliaram apenas sintomas depressivos, 12 artigos (63,2%) avaliaram apenas sintomas ansiosos e cinco artigos avaliaram ambos (26,3%). Dentre as técnicas utilizadas nos artigos, a TCC (com suas diversas técnicas) isoladamente foi a mais freqüente (21,1%). O uso de psicoeducação apareceu em 15,8% dos estudos e o uso combinado (TCC e psicoeducação) apareceu em 36,8% dos estudos. Cinco artigos utilizaram técnicas específicas (26,3%).

Pelos resultados encontrados concluí-se que a utilização de intervenções psicológicas no tratamento de pacientes com DPOC pode melhorar sintomas depressivos ou ansiosos. Alguns artigos demonstraram que a aceitação pelas técnicas foi positiva (Van Eijk e cols., 2004; e Lamers e cols., 2006) demonstrando que esse público de pacientes é carente de melhor atenção primária à saúde. São necessários estudos futuros que justifiquem sua utilização fora de programas de reabilitação, visto que as intervenções feitas isoladamente não produziram os efeitos desejados.

Seção III

Modificações Quanto à Depressão e Ansiedade em pacientes Internados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) após Intervenção Psicológica

DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) é uma doença irreversível ocasionada pela limitação do fluxo aéreo de forma lenta e progressiva. Essa limitação está relacionada a uma reação inflamatória e destruição do parênquima pulmonar normal causada por partículas ou gases nocivos à saúde (GOLD, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 2002). A principal causa da DPOC é o tabagismo, responsável por cerca de 80% dos casos (Moreira, Palombini, & Silva, 1991).

O termo DPOC inclui duas principais patologias denominadas bronquite crônica e enfisema pulmonar, que se diferem pelas características. Na bronquite crônica há a presença de tosse e expectoração na maioria dos dias de três meses consecutivos durante dois anos, afastando-se outras causas como tuberculose ou bronquiectasias. Já o enfisema pulmonar caracteriza-se por uma dilatação dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, além de destruição alveolar (GOLD, 2002).

A prevalência mundial da DPOC para todas as idades em 2002 foi estimada em 11,6/1000 em homens e 8,8/1000 em mulheres (*World Health Organization*, 2008). DPOC foi considerada a quinta causa mortis em 2002 no mundo e em 2005 mais de três milhões de pessoas (5% do total mundial) morreram dessa doença. Ainda segundo a WHO, as estimativas feitas em 2007 mostram que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam DPOC moderada ou severa.

Num total de 206.764 internações na cidade de São Paulo através do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1995 a 2005, 47% foram por pneumonias, 12,5% por asma e 5,8% por DPOC (Toyoshima, Ito, & Gouveia, 2005). A presença de DPOC está associada positivamente à idade e tabagismo e inversamente com o índice de massa corpórea segundo o estudo PLATINO e indivíduos com 60 anos ou mais têm três vezes mais chance de ter DPOC do que aqueles na faixa dos 40 aos 49 anos (Menezes e cols., 2005).

Um levantamento epidemiológico das internações hospitalares por doenças respiratórias em um Hospital na cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, feito no período de novembro de 1998 e novembro de 1999, encontrou 1200 internações das quais 228 (19%) apresentaram como causa primária doença respiratória (Godoy e cols., 2001). Das 228

internações a causa mais freqüente de internação foi a DPOC com 94 pacientes (41,3%) e o período com maior número de internações por esta causa foi entre maio e novembro.

Essa patologia respiratória causa modificações na vida dos indivíduos acometidos ocasionando piora do status de saúde mental e um alto risco de apresentarem sintomas depressivos além de estar associado com menor possibilidade de serem empregados (Eisner, Yelin, Trupin, & Bianc, 2002). O aparecimento de comorbidades tais como ansiedade e depressão são comuns, diminuindo a qualidade de vida dos pacientes (Kunik e cols., 2005).

A prevalência estimada de depressão e ansiedade por Kunik e colaboradores (2005) em uma amostra de 1334 pessoas portadoras de doenças respiratórias crônica utilizando o questionário *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) foi de 80% para a ansiedade e depressão ou ambos. Quando utilizados padrões de diagnóstico estabelecidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) dos 1334 pacientes chegou-se aos diagnósticos de depressão e ansiedade em 65% dos pacientes. Destes, apenas 31% recebiam algum tipo de tratamento para essas comorbidades.

Em uma revisão da literatura, Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, e Stage (2003) encontraram alta prevalência de sintomas clínicos significativos para depressão e ansiedade em cerca de 50% nos estudos. A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com DPOC variou desde dois até mais de 50%. Di Marco e colaboradores (2006) encontraram prevalência de 28,2% para a ansiedade e 18,8% para a depressão em pacientes com DPOC comparados a um grupo-controle (6,1% e 3,5%, respectivamente). Nesse estudo a percepção de dispnéia foi maior para as mulheres do que para os homens, mesmo apresentando o mesmo prejuízo respiratório.

Gudmunsson e cols. (2006) avaliaram 416 pacientes portadores de DPOC de cinco hospitais universitários de países nórdicos e encontraram ansiedade como sendo mais comum em mulheres que homens (47% e 34% respectivamente). Fumantes ativos tinham alta prevalência para apresentar ansiedade (54% versus 37%) e depressão (43% versus 23%) do que os não-fumantes. A conclusão desse estudo é que mulheres que permanecem fumando parecem sofrer mais de ansiedade e depressão.

Um artigo de revisão verificou a prevalência de ansiedade, o impacto na qualidade de vida e tipos de tratamento em portadores de DPOC. Os dados foram levantados de 1966 a 2002 pela *Pubmed* e os achados revelaram altas taxas de ansiedade comparadas com a população geral, além de um impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes. Quanto

ao tratamento, alguns ensaios mostraram redução da ansiedade com medicação antidepressiva e também com a utilização de Técnicas Cognitivo-Comportamentais (Brenes, 2003).

As alternativas de tratamento para pacientes com doença respiratória são geralmente medicamentosas, mas a maioria dos artigos demonstra eficácia maior quando da existência de programas de reabilitação pulmonar (PRP) (Bourbeau e cols., 2003, Kayahan e cols, 2006, Rea e cols., 2004, Rodrigues, Viegas, & Lima, 2002). Em uma meta análise a respeito dos programas de reabilitação pulmonar Salman, Mosier, Beasley, e Calkins, (2003) avaliaram 20 ensaios para verificar a efetividade dos mesmos. Concluíram que pacientes que se submeteram aos programas de reabilitação pulmonar apresentaram melhora quanto à capacidade de exercício e menor dispnéia do que os que não se submeteram aos mesmos. Ressalvam, no entanto que pacientes com DPOC grave só obtiveram melhora após seis meses do programa quando comparados aos grupos-controle.

Os programas de reabilitação pulmonar podem preocupar-se com os aspectos físicos dos pacientes (a capacidade de exercícios do paciente), mas sem avaliar aspectos psicológicos (Rodrigues, Viegas, & Lima, 2002) ou podem avaliar o paciente como um todo integrando sessões de exercícios com fisioterapia, técnicas psicológicas e psicoeducação (Godoy & Godoy, 2002, Godoy e cols., 2005).

Esse artigo objetiva comparar os efeitos de uma intervenção sobre os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Foram realizadas duas medidas de pré- e pós-teste em três grupos distintos: controle, Técnicas Cognitivo-Comportamentais (TCC) e TCC associado com Psicoeducação. Espera-se que os participantes dos grupos TCC e TCC com Psicoeducação tenham escores inferiores de depressão e ansiedade no pós-teste.

Método

Participantes

Este estudo foi realizado em um hospital público do interior do estado do Rio Grande do Sul entre Março de 2007 a Julho de 2008. A amostra inicial foi constituída por 36 pacientes adultos, entre homens e mulheres, internados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) com diagnóstico de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Todos os pacientes que procuraram atendimento no hospital com o diagnóstico de DPOC descrito na Autorização de Internação Hospitalar foram convidados a participar.

Da amostra inicial foram retirados dois participantes por erro no diagnóstico (a espirometria era normal), três óbitos e nove pacientes receberam alta hospitalar antes do término da coleta ou desistiram de participar durante a pesquisa. Houve um total de 15 pacientes que negaram sua participação e não foram computados na amostra inicial. A amostra efetivamente estudada constituiu-se de 22 pacientes randomizados em três grupos. O Grupo Controle (GC) ficou com sete participantes, enquanto que o grupo que recebeu intervenção baseada em TCC (G2) foi composto por oito e o grupo de TCC associado com Psicoeducação (G2), sete integrantes. A alocação dos participantes nos grupos foi feita de maneira aleatória, sendo o primeiro alocado no Grupo 1 (G1), o segundo no Grupo 2 (G2) e o terceiro no grupo-controle (GC) e assim sucessivamente.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram que os pacientes tivessem idade acima de 40 anos, exposição a aerodispersóis ou ao tabagismo (pelo menos 10 cigarros/dia) além do diagnóstico de DPOC aferido por espirometria. Como fatores de exclusão foram utilizados a presença de doenças comórbidas exceto doenças como transtornos depressivos, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e/ ou pneumonias, ou sem diagnóstico de DPOC, verificados na ficha de dados sócio-demográficos ou no prontuário médico. O diagnóstico do DPOC foi realizado por meio de espirometria através do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) que variou de 18 a 69% (Média=39,32; DP=15,95). Os critérios diagnósticos estão estabelecidos de acordo com a estratégia GOLD (GOLD, 2005) na Tabela 1 descrita na página 16 e reproduzida a seguir.

Procedimentos

Os participantes do Grupo Controle (GC) receberam os procedimentos padrões do hospital, como medicamentos, atendimento diário feito pelo médico clínico responsável, nutricionista, fisioterapia respiratória, oxigenoterapia quando necessário e demais cuidados pela enfermagem. Os integrantes do Grupo TCC (G1) receberam, além do atendimento padrão prestado pelo hospital, três sessões de psicoterapia utilizando técnicas cognitivo-comportamentais (Beck, 1997; Caminha e cols., 2003). As sessões foram feitas em três dias consecutivos por pelo menos 30 minutos e revisada a cada sessão posterior. No hospital onde a pesquisa foi realizada, a média de tempo de internação no período de agosto de 2006 a dezembro de 2006 foi de 8,15 dias, o que limitou um período de intervenção maior. Nas sessões de psicoterapia discutiam-se as dificuldades da pessoa hospitalizada e identificava-se a problemática, em seguida estimulava-se o paciente a encontrar alternativas cabíveis à situação

geradora de ansiedade e a relação custo-benefício das soluções encontradas. A seguir analisava-se sua eficácia na redução dos sintomas ansiosos e depressivos e, caso não fosse eficaz, buscava-se outras possibilidades. Também era ensinado ao pacientes técnicas respiratórias como Respiração Diafragmática e Relaxamento Muscular Progressivo (Davis, Eshelman, & McKay, 1996) e técnicas como “distração do pensamento” e “parada do pensamento” (Caminha e cols., 2003).

Tabela 1 (reprodução da página 16)

Classificação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pela gravidade (GOLD, 2005).

Estádio	Características
0: Em Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria normal • Sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
I: Leve	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 \geq 80\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
II: Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $50\% \leq VEF_1 < 80\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
III: Grave	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 \leq 30\%$ do previsto ou $VEF_1 < 50\%$ do previsto • Com ou sem sintomas crônicos (tosse, produção de expectoração).
IV: Muito Grave	<ul style="list-style-type: none"> • $VEF_1/CVF < 70\%$ • $VEF_1 < 30\%$ do previsto ou $VEF_1 < 50\%$ do previsto mais insuficiência respiratória ou sinais clínicos de falência ventricular direita

Nota: VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo; CVF: Capacidade Vital Forçada; insuficiência respiratória: pressão arterial parcial de oxigênio (PaO_2) menor que 60 mmHg com ou sem pressão arterial parcial de CO_2 ($PaCO_2$) maior que 50 mmHg durante a inspiração ao nível do mar.

O Grupo TCC associado com Psicoeducação (G2) foi submetido ao procedimento padrão do hospital acrescido das sessões de terapia cognitivo-comportamental (descritas para

G1) e uma sessão de psicoeducação sobre a DPOC. Esta intervenção foi baseada no Guia do Paciente GOLD-Brasil (GOLD, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 2002, disponível em www.golddpoc.com.br) e realizada após as três sessões de TCC. No material constam ilustrações e respostas para as seguintes questões comuns aos pacientes com essa patologia respiratória crônica: (a) O que é a DPOC? ; (b) Quem adquire a DPOC? ; (c) Graus da DPOC; (d) Estratégias para diminuir os danos pulmonares; (e) Medicações na DPOC; (f) Orientações sobre ambiente, exercícios, alimentação e planejamento de rotinas diárias.

O protocolo deste estudo foi enviado e aceito pelo Comitê de Ética do Hospital. Os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido podendo retirar-se da pesquisa se assim o quisessem (número do processo 01/2007).

Instrumentos

Os pacientes foram avaliados em pré e pós-testes e os instrumentos a seguir foram aplicados por dois psicólogos treinados previamente e cegos à randomização:

Ficha de Dados Sócio-demográficos

Com a finalidade de se obter dados que caracterizassem os participantes, foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sócio-demográficos preenchida pelo pesquisador, contendo nome, idade, sexo, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, patologias associadas, entre outros.

Espirometria

A espirometria pós-broncodilatação foi feita através do aparelho portátil marca Spirodoc com o objetivo de diagnosticar DPOC através da medida do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e a relação com a Capacidade Vital Forçada (CVF) segundo critérios relacionados na estratégia GOLD (GOLD, 2005) (Tabela 1). A Espirometria foi utilizada como critério diagnóstico do DPOC e de exclusão dos participantes, caso apresentassem desempenho não compatível com o quadro clínico.

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Esta escala objetiva avaliar os sintomas mais comuns de depressão e possui 21 itens compostos por sintomas e atividades (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). A validação para o Brasil foi realizada por Cunha (2001) e os *alpha* de Cronbach para amostras não clínicas foi de 0,70 a 0,86. O inventário apresenta propriedades psicométricas adequadas com relação à estabilidade temporal pelo método de teste-reteste, validade de conteúdo, convergente e fatorial. Possui a seguinte classificação: 0 a 11 – mínima; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderada; e 36 a 63 – grave. A depressão é considerada clinicamente importante a partir do nível leve. No estudo atual, os escores do *alpha* de Cronbach foram de 0,88 para o pré e 0,81 para o pós-teste, indicando índices satisfatórios de consistência interna.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Esta escala objetiva avaliar os sintomas mais comuns de ansiedade. Possui 21 sintomas com quatro alternativas de respostas em ordem crescente. A validação para o Brasil foi realizada por Cunha (2001). O *alpha* de Cronbach para amostras não clínicas foi de 0,71 a 0,92. O inventário apresenta propriedades psicométricas adequadas com relação à estabilidade temporal pelo método de teste-reteste, validade de conteúdo, convergente e fatorial. Possui a seguinte classificação: 0 a 9 – mínima; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderada; e 30 a 63 – grave. A ansiedade é considerada clinicamente importante a partir do nível leve. Na presente pesquisa, o instrumento apresentou escores de consistência interna (Alpha de Cronbach) de 0,90 para o pré e 0,94 para o pós-teste. Estes valores são satisfatórios e semelhantes aos encontrados na pesquisa de validação da escala.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de medidas de frequência, média e desvio-padrão. As análises inferenciais foram conduzidas com testes não-paramétricos para medidas independentes (para comparações entre os grupos intervenção e controle) e dependentes (pré e pós-teste). Utilizou-se o programa estatístico SPSS for Windows (versão 16.0). O grau de significância utilizado foi de $p < 0,05$.

Resultados

As descrições dos grupos com relação à idade, sexo, escolaridade, tempo de tabagismo, variáveis espirométricas e gravidade da DPOC estão demonstradas na Tabela 2 (reprodução da página 28). Dos 22 pacientes 12 eram mulheres (54,5%) e 10 eram homens (45,5%) com idade variando de 46 a 78 anos (Média=64,77, DP=8,50). A porcentagem encontrada de pacientes com DPOC moderada foi de 27,3% (seis participantes), com DPOC grave foi de 45,5% (10 pacientes) e muito grave de 27,3% (seis pacientes).

Quanto à escolaridade, três participantes (13,6%) eram analfabetos, 13 (59,1%) tinham o ensino fundamental incompleto, três (13,6%) o ensino fundamental completo, um o ensino médio incompleto (4,5%) e dois (9,1%) completaram o ensino médio. Dos 22 pacientes, 20 eram tabagistas (90,91%) e dois pacientes adquiriram DPOC através de aerodispersóis (DPOC ocupacional). O tempo de tabagismo variou de 20 a 62 anos (Média=46,85, DP=10,39). Dos pacientes que permanecem fumando, 15 (88,3%) fumam até 25 cigarros/dia e os dois restantes (11,7%) acima de 40 cigarros/dia.

Os efeitos dos diferentes procedimentos de intervenção nos sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados por meio do teste de Wilcoxon na comparação antes e após o tratamento (vide Tabela 6). Com relação ao Grupo Controle, verificou-se que não houve diferença significativa do pré e pós-teste para o tratamento padrão do hospital, apenas uma tendência de melhora no pós-teste para a depressão.

Para o G1, que recebeu além do tratamento hospitalar padrão, três sessões de TCC, as comparações de pré-teste e pós-teste mostraram uma diferença significativa para a depressão. Os escores de pré-teste tiveram média de 16,50 (DP=6,80), enquanto o pós-teste apresentou média de 9,12 (DP=4,12), sendo essa diferença significativa ($z=2,31$, $p<0,05$). Com relação à ansiedade não houve nenhuma diferença significativa neste grupo.

Comparações entre os escores de pré- e pós-teste do grupo de psicoeducação (G2) mostraram uma diferença significativa para a ansiedade. Os escores de pré teste tiveram média de 53 (DP=8,10) enquanto o pós teste apresentou média de 38,66 (DP=10,54), sendo esta diferença significativa ($z=2,12$, $p<0,05$). Para a depressão não houve nenhuma diferença significativa.

Tabela 2 (reprodução da página 30)

Frequência, Porcentagem, Média e Desvio-Padrão das Variáveis Demográficas dos Participantes e Gravidade da DPOC

Variáveis	GC	G1	G2	Amostra final
Idade em anos, Média (DP)	64,71 (6,55)	64,50 (10,01)	65,14 (9,63)	64,77 (8,50)
Sexo, n (%)				
Feminino	3 (42,9%)	3 (37,5%)	6 (85,7%)	12 (54,5%)
Masculino	4 (57,1%)	5 (62,5%)	1 (14,3%)	10(45,5%)
Escolaridade				
Analfabeto	1 (14,3%)	2 (25%)	0 (0%)	3 (13,6%)
Fundamental incompleto	4 (57,1%)	6 (75%)	3 (42,9%)	13 (59,1%)
Fundamental	2 (28,6%)	0 (0%)	1 (14,3%)	3 (13,6%)
Médio incompleto	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	1 (4,5%)
Médio completo	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	2 (9,1%)
Tempo de tabagismo em anos, Média (DP)	42,83 (13,69)	48,12 (5,44)	49,17 (12,37)	46,85 (10,39)
VEF1 (média e DP)	39,14 (18,04)	42,5 (13,19)	35,86 (18,29)	39,32 (15,95)
Severidade da DPOC				
Moderada	2 (28,6%)	2 (25%)	2 (28,6%)	6 (27,3%)
Grave	3 (42,9%)	5 (62,5%)	2 (28,6%)	10 (45,5%)
Muito Grave	2 (28,6%)	1 (12,5%)	3 (42,9%)	6 (27,3%)

Nota: DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC); G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação; VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo; DP: Desvio-Padrão.

Tabela 6

Média, Desvio-padrão e Teste de Significância entre o Pré- e Pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e TCC com Psicoeducação para Depressão e Ansiedade

Instrumento	GC			G1			G2		
	Pré	Pós	z/Sig	Pré	Pós	z/Sig	Pré	Pós	z/Sig
BDI	21,00 (10,0 1)	14,57 (15,02)	1,86^a	16,5 (6,80)	9,12 (4,12)	2,31*	25,62 (17,65)	25,36 (15,63)	0,00
BAI	36,23 (7,97)	30,71 (3,14)	1,44	37,23 (8,60)	32,12 (2,47)	1,54	53,00 (8,10)	38,66 (10,54)	2,12*

Nota: ^a Tendência, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + TCC; G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação;

As Tabelas 7 e 8 apresentam os resultados da classificação dos sintomas de depressão e ansiedade dentro das categorias mínima, leve, moderada e grave (Cunha, 2001). Esta distribuição categórica foi realizada no intuito de verificar a gravidade dos transtornos de depressão e ansiedade antes e após a intervenção para os três grupos.

Tabela 7

Frequência e Porcentagem da Classificação dos Sintomas de Depressão entre o pré e pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e TCC com Psicoeducação

	GC		G1		G2	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Mínima	2 (28,6%)	3 (42,9%)	1 (12,5%)	6 (75,0%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)
Leve	1 (14,3%)	2 (28,6%)	5 (62,5%)	2 (25,0%)	0 (00,0%)	2 (28,6%)
Moderada	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (25,0%)	0 (00,0%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)
Grave	0 (00,0%)	1 (14,3%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)

Nota: TCC: Terapia Cognitiva Comportamental. GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + TCC; G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação.

Como se podem ver na Tabela 7, quatro pacientes (57,1%) do grupo-controle (GC) apresentavam níveis clinicamente importantes para a depressão no pré-teste (classificados como moderado e grave). Após o atendimento padrão do hospital, dois participantes (28,6%) estavam nesta categoria.

No G1, dois pacientes (25%) apresentavam depressão moderada ou grave e cinco (62,5%) eram classificados como tendo sintomas leves no pré-teste. Após a intervenção, 75% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos mínimos e nenhum foi classificado como sendo moderado ou grave.

No G2, dos sete pacientes, três apresentavam depressão moderada (42,9%) e dois apresentavam depressão grave (28,6%) no pré-teste. No pós-teste o número de depressivos graves diminuiu para um (14,3%) e o número de depressivos moderados não foi alterado.

Como se pode ver na Tabela 8, o GC apresentava seis pacientes com ansiedade grave (85,7%) e um (14,3%) com ansiedade moderada no pré-teste. Já no pós-teste houve uma redução no número de participantes com ansiedade grave (4 pacientes - 57,1%) e um aumento do número de participantes com ansiedade moderada (3 pacientes - 42,9%).

No G1 a intervenção não produziu nenhuma alteração na classificação da ansiedade. No grupo de TCC e Psicoeducação (G2), todos os sete pacientes apresentavam níveis graves de ansiedade no pré-teste. Após o tratamento, dois pacientes (28,6%) reduziram sua ansiedade mudando de classe para ansiedade moderada.

Tabela 8

Frequência e Porcentagem da Classificação dos Sintomas de Ansiedade entre o pré e pós-teste para os Grupos Controle, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e TCC com Psicoeducação

	GC		G1		G2	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Mínima	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)
Leve	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)
Moderada	1 (14,3%)	3 (42,9%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	0 (00,0%)	2 (28,6%)
Grave	6 (85,7%)	4 (57,1%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (100%)	5 (71,4%)

GC: Controle: Apenas procedimentos padrões do hospital; G1: mesmo que GC + TCC; G2: mesmo que GC + TCC + Psicoeducação.

Discussão

No presente estudo foi hipotetizado que pacientes com DPOC pudessem apresentar melhora dos sintomas depressivos e ansiosos quando submetidos a técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducação durante sua internação. Como o tempo de hospitalização da maioria dos pacientes com essa patologia fica em torno de sete a oito dias (Janson e cols., 2006), montou-se um protocolo de apenas três dias. Também se considerou o tempo médio de internação da própria instituição que foi de 8,15 dias no período de Agosto a Dezembro de 2006.

Na comparação dos três grupos com relação ao pré e pós-teste, não houve diferença significativa para o tratamento padrão do hospital (GC). Já o grupo que recebeu três sessões de TCC (G1), as comparações de pré e pós-teste mostraram uma diferença significativa para a depressão. Esse achado coincide com o encontrado em outro trabalho, no qual, 29 pacientes se submeteram a uma sessão semanal de TCC (Van Eijk e cols., 2004). Com relação à ansiedade não houve nenhuma diferença significativa neste grupo.

Comparações entre os escores de pré e pós-teste do grupo com TCC e psicoeducação (G2) mostraram uma diferença significativa para a ansiedade, mas não para a depressão. Este resultado não confirmou a hipótese inicial de que o uso de TCC acrescido de psicoeducação manteria uma melhora dos sintomas depressivos. Uma causa pode ser a magnitude do desvio-padrão para a medida de depressão, o que pode ter influenciado no teste estatístico. Este não foi o caso da ansiedade, na qual foram encontrados menores desvios-padrão, apesar do G2 apresentar um número de pacientes do sexo feminino maior do que nos demais (87%) o que pode ter justificado níveis maiores de ansiedade.

Quando observadas as alterações nas categorias com relação à intensidade de depressão (mínima, leve, moderada e grave), pode-se observar algumas modificações positivas. Os grupos controle e TCC diminuíram o número de pacientes com sintomas moderados e graves, ficando concentrados nas categorias mínimo e leve.

Quando avaliadas as categorias nos grupos com relação à ansiedade, observa-se a melhora nas categorias do GC e do G2 enquanto que o G1 manteve-se inalterado. A maior mudança apareceu no grupo com psicoeducação reforçando que essa técnica tem efeitos sobre os sintomas ansiosos dos pacientes.

As alternativas para tratamento de pacientes com DPOC tendem a focar apenas aspectos físicos da doença sem considerar as comorbidades como depressão e ansiedade. A

coexistência de ansiedade e depressão é relatada em alguns trabalhos (Gudmunsson e cols., 2006; Kunik e cols., 2005; Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2003) e há um entendimento que o sofrimento psíquico piora a resposta desses pacientes aos tratamentos que não levem em consideração essa associação com diminuição do engajamento destes às terapias (Cully, Graham, Stanley, & Kunik, 2007).

A falta de estratégias específicas para esse tipo de paciente revela uma desatenção a uma patologia que foi considerada a quinta maior causa de óbitos no mundo em 2002 (*World Health Organization*, 2008). Tratamentos que não levem em consideração fatores comórbidos como depressão e ansiedade, podem ter resultados pouco expressivos quanto à melhora da qualidade de vida dos portadores de DPOC.

Estudos compilados da literatura mostraram eficácia em tratamentos vinculados a programas de reabilitação pulmonar que utilizaram TCC e psicoeducação para melhora dos sintomas depressivos e ansiosos (Emery, Leatherman, Burkner, & MacIntyre, 1991; Godoy & Godoy, 2003; Godoy e cols., 2005; Kayahan e cols., 2006 e Kunik e cols., 2001) enquanto que estudos que utilizaram apenas TCC não mostraram mudanças significativas (Carrieri-Kohlman e cols., 1996; Eiser e cols., 1997; Lisansky & Donna, 1996 e Sassi-Dambros, Eakin, Ries, & Kaplan, 1995). Um estudo que utilizou psicoeducação de forma isolada com duas sessões em um intervalo de dois anos encontrou melhora dos níveis de ansiedade que se manteve elevado um ano após a primeira aula (Sudo, Kitade, Kitagawa & Kawaguchi, 2006).

A amostra utilizada, apesar de controlada, foi pequena o que pode interferir nos resultados. A baixa escolaridade dos pacientes também deve ser considerada, além da heterogeneidade dos grupos. Pesquisas posteriores com amostras maiores poderão responder se pacientes com sintomas psíquicos poderão se beneficiar das alternativas propostas nesse trabalho.

Conclui-se que o emprego de técnicas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) parece ter um efeito maior sobre os sintomas depressivos do que ansiosos e que a associação de psicoeducação à TCC não influenciou na melhora desses sintomas depressivos. Contudo, a utilização de psicoeducação parece ter um efeito benéfico com relação aos sintomas ansiosos já demonstrados em outro estudo (Sudo, Kitade, Kitagawa & Kawaguchi, 2006). Não foi possível determinar se esses efeitos irão se manter em longo prazo, bem como se apenas três sessões teriam o impacto desejado na melhora dos sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com DPOC.

Considerações Finais

O intuito desse trabalho foi encontrar alternativas para diminuir o sofrimento psíquico causado pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Pacientes com doenças crônicas tendem a apresentar comorbidades como ansiedade e depressão que bloqueiam sua capacidade cognitiva, além de apresentarem menor qualidade de vida, o que, por si só justifica a iniciativa deste estudo. Não se encontrou artigos que mencionassem protocolos específicos de técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoeducação que fossem elaborados para utilização em pacientes internados em hospitais públicos ou não.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de oferecer, além do atendimento básico hospitalar, alternativas para redução de co-morbidades como a ansiedade e a depressão nestes pacientes. Estas intervenções, por serem breves e de baixo custo, podem significar uma economia para o sistema público de saúde ao diminuir a taxa de reinternação. Neste sentido, pretende-se que este estudo tenha contribuído para uma melhora na qualidade de vida destes pacientes.

A maioria dos estudos é realizada em pacientes ambulatoriais. Este trabalho tem como diferencial um protocolo elaborado para pacientes hospitalizados. Pacientes com DPOC grave, usuários de oxigênio domiciliar, provavelmente não conseguem participar de programa de reabilitação pulmonar pela dificuldade de irem aos locais de atendimento. Não é possível ainda determinar, se a condensação das técnicas de TCC em três dias acrescida de uma sessão de psicoeducação, pode mostrar resultados estatisticamente significativos em amostras maiores de pacientes com DPOC, mas a psicoeducação é uma técnica exequível em nível hospitalar e domiciliar e mais indicada para o tratamento da ansiedade.

A rotina na enfermaria do hospital pode interferir na aplicação das técnicas de intervenção. O constante movimento de familiares, equipe médica, nutricionistas, fisioterapeutas e demais agentes de saúde envolvidos no trabalho da instituição, reduz o tempo possível para aplicação de um protocolo, além de atrapalhar a concentração do paciente no aprendizado das técnicas. Mesmo assim, os resultados encontrados mostraram que há benefícios na redução dos níveis de ansiedade e depressão nos pacientes internados por exacerbações de DPOC.

Novas pesquisas com amostras maiores são necessárias, além de estudos que acompanhem estes pacientes para verificarem o curso dos sintomas de depressão e ansiedade por um tempo mais longo.

Referências

- Acosta-Austan, F. (1991). Tolerance of chronic dyspnea using a hypnoeducational approach: a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 272-277.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.a ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- American Thoracic Society Statement (1999). Pulmonary rehabilitation. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 159, 1666-1682.
- Antunes, S. A. & Mello Filho, J. (2000). Grupos com portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. In Mello Filho, J. (Ed.), *Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo Com Pacientes Somáticos*. (pp. 379-394). PortoAlegre. Artes Médicas.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (1997). História da terapia cognitiva. *Em Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. (pp. 17-25). Porto Alegre: Artmed.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., Renzi, P., Nault, D., Borycki, E., Schwartzman, K., Singh, R., & Collet, J.P. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archive Internal Medicine*, 163, 585-591.
- Brenes, G. A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease:Prevalence, impact, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65, 963-970.
- Burgess, A., Kunik, M. E., & Stanley, M. A. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: assessing and treating psychological issues in patients with COPD. *Geriatrics*, 60, 18-21.
- Caminha, R. M., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. M. (2003). Psicoterapias cognitivo-comportamentais. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carrieri-Kohlman, V., Gormley, J. M., Douglas, M. D., Paul, S. M., & Stulbarg, M. S. (1996). Exercise Training Decreases Dyspnea and the Distress and Anxiety Associated With It. *Chest*, 110, 1526-1535.
- Crockett, A. J., Cranston, J. M., Moss, J. R. & Alpers, J. H. (2002). The impact of anxiety, depression and living alone in chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life Research*, 11, 309-316.

- Cully, J. A., Graham, D. P., Stanley, M. A., & Kunik, M. A. (2007). Depressed and Anxious COPD Patients: Predictors of Psychotherapy Engagement from a Clinical Trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*, 160-164.
- Cunha, J. A. (1997). Generalidades sobre a versão brasileira do BDI, BAI, BHS e BSI. In: *7 Encontro Nacional sobre testes psicológicos; 1 Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica, 135 – 139*. Anais. Porto Alegre.
- Cunha, J. A. (1999). Estudos dos pontos de corte do BDI e BAI na versão em português [pôster]. In: *8 Congresso Nacional de Avaliação Psicológica*. Anais. Porto Alegre.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Cydulka, R. K., Rowe, B. H., Clark, M. S., Emerman, C. L. & Camargo Jr., C. A. (2003). Emergency department management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: The multicenter airway research collaboration. *Journal American Geriatric Society, 51*, 908-916.
- Dahlén, I. & Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest, 122*. 1633-1637.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1996). *Manual de relaxamento e redução do stress (2a. Ed.)*. São Paulo: Summus Editorial.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Casanova, F.M., Santus, P., Blasi, F., Allegra, L., & Centanni, S. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine, 10*, 1767-1774.
- Dourado, V. Z., Antunes, L. C. O., Carvalho L. R. & Godoy, I. (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 30*, 207-214.
- Dowson, C. A., Town, G. I., Frampton, C., & Mulder, R. T. (2004). Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 333-340.
- Dudley, D. L., Glaser, E. M., Jorgenson, B. N., & Logan, D. L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part 1. psychosocial and psychological considerations. *Chest, 77*, 413-420.
- Eiser, N., West, C., Evans, E., Jeffers, A., & Quirk, F. (1997). Effects of psychotherapy in

- moderately severe COPD: a pilot study. *European Respiratory Journal*, 10, 1581-1584.
- Eisner, M.D., Yelin, E. H., Trupin, L., & Bianc, P.D. (2002). The Influence of Chronic Respiratory Conditions on Health Status and Work Disability. *American Journal of Public Health*, 92, 1506-1513.
- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., Pettinari, C. (2004). The last year of life of COPD: A qualitative study of symptoms and services. *Respiratory Medicine*, 98, 439-445.
- Emery, C. F., Leatherman, N. E., Burker, E. J., & MacIntyre, N. R. (1991). Psychological outcomes of a pulmonary rehabilitation program. *Chest*, 100, 613-617.
- Emery, C. F., Schein, R. L., Hauck, E. R., & MacIntyre, N. R. (1998). Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 17, 232-240.
- Gift, A.G., Moore T.& Soeken, K. (1992). Relaxation to Reduce Dyspnea and Anxiety in COPD Patients. *Nurse Respiratory*, 41, 242-246.
- Gilbert, C. (2003). Clinical Applications of Breathing Regulation: Beyond Anxiety Management. *Behavioral Modification*, 27, 692-709.
- Godoy, V.D., Dal Zotto, C., Bellicanta, J., Weschenfelder, R. F., & Nacif, S. B. (2001). Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *Jornal de Pneumologia*, 27, 193-198.
- Godoy, V. D.& Godoy R. F. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 28, 120-124.
- Godoy , D.V., & Godoy, R.F. (2003). A Randomized Controlled Trial of the Effect of Psycho Therapy on Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 1154-1157.
- Godoy, V. D., Godoy R. F., Becker Jr , B., Vaccari, P. F., Michelli, M., Teixeira, P. J. Z., & Palombini B. C. (2005). O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31, 499-505.
- GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (1998). Estratégia global para o diagnóstico, a conduta e a prevenção da doença pulmonar obstrutiva crônica. Em

- Resumo executivo do GOLD. [updated em 20 de Janeiro de 2007]. Disponível em www.goldbrasil.com.br
- GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2000) [home page on the internet - updated 2006 dec 28]. Available from: www.goldcopd.com
- GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2002). Guia de bolso para o diagnóstico, a conduta e prevenção da DPOC. [updated em 20 de Janeiro de 2007]. Disponível em www.goldbrasil.com.br.
- Goldberg, R., Hilberg, R., Reinecker, L., & Goldstein, R. (2004). Evaluation of patients with severe pulmonary disease before and after pulmonary rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 26, 641-648.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C. S., Brondum, E., Nieminen, M. M., Aine, T., Hallin, R. & Bakke, P. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100, 87-93.
- Guyatt, G. H., Berman, L. B., & Townsend, M. (1987). Long-term outcome after respiratory rehabilitation. *Canadian Medical Association Journal*, 137, 1089-1095.
- Hnizdo, E., Sullivan, P. A., Bang, K .M., & Wagner, G. (2002). Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: A study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal Epidemiology*, 156, 738-746.
- Janson, C., Gislason, T., Ulrik, C. S., Nieminen, M. M., Hallin, R., Lindberg, E., Gudmundsson, G., Aine, T., Bakke, P. (2006). Characteristics of hospitalised patients with COPD in the nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100, S10-S16.
- Jones, P. W., Quirk, F. H., Baveystock, C. M., & Little Johns, P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation: the St. George's Respiratory Questionnaire. *American Rev.Respiratory Disease*, 145, 1321- 1327.
- Kayahan, B., Karapolat, H., Atýntoprak, E., Atasever, A., & Öztürk, Ö. (2006). Psychological outcomes of an outpatient pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 100, 1050-1057.
- Krieger, A. C. (2005). Perturbação respiratória durante o sono em doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31, 162-172.

- Kunik, M. E., Braun, U., Stanley, M. A., Wristers, K., Molinari, V., Stoebner, D., & Orengo, C. A. (2001). One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine, 31*, 717-723.
- Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., Richardson, P., Stanley, W., & Stanley, M. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest, 127*, 1205-1211.
- Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Diederiks, J. P. & Van Eijk, J. T. (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly patients: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health, 6*, 161-170.
- Lisansky, D. P., & Clough, D.H. (1996). A cognitive-behavioral self-help educational program for patients with COPD. A pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 97-101.
- Lolak, S., Connors, G. L., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2008). Effects of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and Depression in Patients Enrolled in an Outpatient Pulmonary Rehabilitation Program. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*, 119-125.
- McBride, S., Graydon, J., Sidani, S., & Hall, L. (1999). The therapeutic use of music for dyspnea and anxiety in patients with COPD who live at home. *Journal of Holistic Nursing, 17*, 229-250.
- Menezes, A. M. B., Jardim, J. R., Pérez-Padilha, R., Camelier, A., Rosa, F., Nascimento, O., Hallal, P. C. & PLATINO team. (2005). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: The PLATINO study in São Paulo, Brazil. *Caderno De Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21*, 1565-1573.
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2003). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*, 65-70.
- Moreira, J. S., Palombini, B. C., & Silva, L. C. C. (1991). Doença broncopulmonar obstrutiva crônica. Em L. C. C. Da Silva (Ed.), *Compêndio de Pneumologia*. (pp. 315-335). São Paulo: Fundação Byk.
- Nguyen, H. Q., & Carrieri-Kohlman, V. (2005). Dyspnea Self-Management in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: *Moderating Effects of Depresses Mood. Psychosomatics, 46*, 402-410.

- Osman, I. M., Godden, D. J., Friend, J. A., Legge, J. S., & Douglas, J. G. (1997). Quality of life and hospital readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, *52*, 67-71.
- Puente, A. J., Guerra, J. F., Rojas, L. H., Gonzáles, S. D., Blanquer, A. L., & Alegria, J. C. (2003). Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz em la exacerbación aguda de la EPOC. *Annales de Medicina Interna (Madrid)*, *20*, 340-346.
- Rea, H., McAuley, S., Stewart, A., Lamont, C., Roseman, P. & Didsbury, P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Medicine Journal*, *34*, 608-614.
- Rodrigues, S. L., Viegas, C. A. A. & Lima, T. (2002). Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal de Pneumologia*, *28*, 65-70.
- Rose, C., Wallace, L., Dickson, R., Ayres, J., Lehman, R., Searle, Y., & Burge, P.S. (2002). The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Patient Education Counseling*, *47*, 311-318.
- Rybarczyk, B., Gallagher-Thompson, D., Rodman, J., Zeiss, A., Gantz, F.E., & Yesavage, J. (1992). Applying Cognitive-Behavioral Psychotherapy to the Chronically Ill Elderly: Treatment Issues and Case Illustration. *International Psychogeriatrics*, *4*, 127-140.
- Salman, G. F., Mosier, M. C., Beasley, B. W. & Calkins, D. R. (2003). Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal General Internal Medicine*, *18*, 213-221.
- Sassi-Dambron, D. E., Eakin, E. G., Ries, A. L., & Kaplan R.M. (1995). Treatment of Dyspnea in COPD: A Management Strategies Controlled Clinical Trial of Dyspnea. *Chest*, *107*, 724-729.
- Schoo, A.M. (1997). A literature review of rehabilitative intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients. *Australian Health Review*, *20*, 120-132.
- Sin, D. D., Stafinski T., Ng, Y. C., Bell, N.R. & Jacobs, P. (2002). The impact of chronic obstructive pulmonary disease on work loss in the United States. *American Journal Respiratory Critical Care Medical*, *Vol 165*, 704-707.
- Skwarsa, E., Cohen, G., Skwarski, K. M., Lamb, C., Bushell, D., Parker, S. & MacNee, W. (2000). Randomised controlled trial os supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, *55*, 907 – 912.

- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso brasileiro de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). (2000). *Jornal de Pneumologia*, 26, S1-S51.
- Sousa, T.C., Jardim, J.R., Jones, P. (2000). Validação do Questionário do Hospital de Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal de Pneumologia*, 26, 119-128.
- Sudo, E., Kitade, H., Kitagawa, T., & Kawaguchi, M. (2006). The effects of a respiratory education class on psychological status for patients with chronic respiratory disease. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 43, 630-634.
- Toyoshima, M. T. K., Ito, G. M. & Gouveia, N. (2005). Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/ SP. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51, 209-213.
- Van Eijk, J. T. M., Diederiks, J. P. M., Kempen, G. I. J. M., Honig, A., Van Der Meer, K, & Brenninkmeijer, W. J. M. (2004). Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease. *Patient Education Counseling*, 54, 87-94.
- Van Manen, J. G., Bindels, P. J. E., Ijzermans, C. J., Van der Zee, J. S., Bottema, B. J. A. M. & Schadé, E. (2001). Prevalence of comorbidity in patients with a chronic airway obstruction and controls over the of 40. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 287-293.
- Vargas, A. M. F., Zafra, M. J. B., Fernández, F. L., Crespo, F. M., Ruiz, A. J. G. & Alarcón, S. C. (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crônica. *MEDIFAM*, 11, 530-539.
- Viegi, G., Pedreschi, M., Pistelli, F., Di Pede, F., Baldacci, S., Carrozzi, L. & Giuntini, C. (2000). Prevalence of airways obstruction in a general population. *Chest*, 117, 339S-345S.
- Wempe, J.B., & Wijkstra, P.J. (2004). The Influence of Rehabilitation on behaviour modification in COPD. *Patient Education Counseling*, 52, 237-241.
- World Health Organization. Chronic Respiratory Disease (2008). [home page on the internet – acessado em 07 de Junho de 2008]. Disponível em www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html.
- Wouters, E. F. M., Creutzberg, E. C. & Schols, A. M. W. J. (2002), Systemic effects in COPD. *Chest*, 121, 127-130.
- Wright, J. H. (2005). Terapia cognitiva em pacientes internados. In P.M. Salkouskis (Ed.), *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp. 185-199). São Paulo. Casa do Psicólogo.

- Wu, H. S., Wu, S. C., Lin, J. G., & Lin, L.C. (2004). Effectiveness of acupressure in improving dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 252-259.
- Zaba, R. (2002). Movement rehabilitation, psychotherapy and respiratory rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Wiadomosci Lekarskie*, 55, 603-608.

**GLOBAL INITIATIVE FOR
CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE**



**Iniciativa Global Para A
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**

**O que você pode fazer a respeito de
uma doença pulmonar chamada
DPOC**



**Adultos com dificuldade de respirar ou com tosse que
não vai embora podem ser portadores de DPOC.**

*BASEADO NA ESTRATÉGIA GLOBAL PARA O DIAGNÓSTICO, A CONDUTA E A PREVENÇÃO
DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DO NHLBI/OMS*

INSTITUTO NACIONAL DO CORAÇÃO, PULMÃO E SANGUE (NHLBI)

Os médicos não podem curar a DPOC, mas podem ajudar a melhorar os sintomas que você sente e a diminuir os danos causados em seus pulmões.



Se você seguir as instruções do seu médico,
Você sentirá menos falta de ar.
Você tossirá menos.
Você ficará mais forte e se locomoverá melhor.
Você se sentirá mais bem-humorado.

DPOC significa
“Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”.

A palavra **Doença** significa mal-estar.
A palavra **Pulmonar** significa nos pulmões.
A palavra **Obstrutiva** significa parcialmente obstruídos.
A palavra **Crônica** significa que ela não vai embora

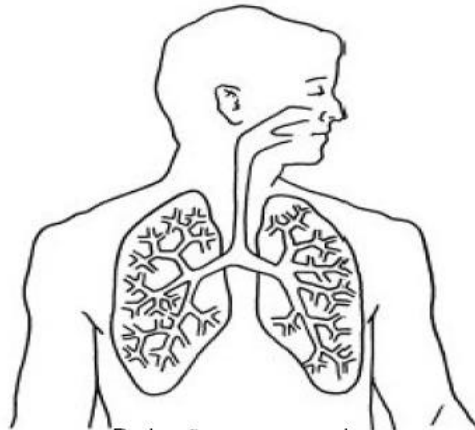
O que você e sua família podem fazer a respeito da DPOC.

1. Pare de fume.
2. Tome cada um dos remédios do modo que o médico diz para tomá-los. Vá ao médico pelo menos duas vezes por ano para fazer um exame geral de saúde. Pergunte se você deve tomar uma vacina contra gripe.
3. Vá direto para o hospital ou para o médico se a sua respiração ficar ruim.
4. Mantenha o ar limpo em casa. Fique longe de coisas como a fumaça que torna a respiração difícil.
5. Mantenha o seu corpo forte. Ande, exercite-se regularmente e coma alimentos saudáveis.
6. Se a sua DPOC for grave, tire o máximo de proveito de sua respiração. Torne a sua vida o mais fácil possível em casa.



O que é a DPOC?

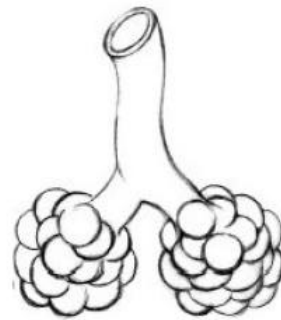
A DPOC é uma doença pulmonar.



Pulmões normais

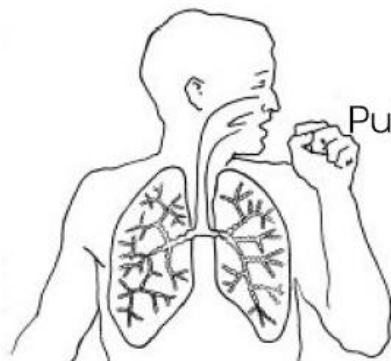
As vias aéreas levam o ar para os pulmões. As vias aéreas ficam cada vez menores como troncos de uma árvore. No final de cada pequeno tronco existem muitas bolhas de ar, como pequenos balões.

Em pessoas saudáveis, cada via aérea é clara e aberta. Cada pequena bolha de ar se enche de ar. Depois o ar vai rapidamente embora.



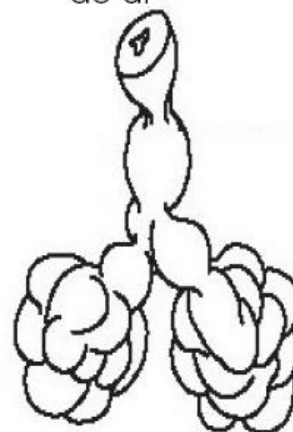
Visualização aumentada de uma via aérea e de bolhas de ar normais

Quando você tem DPOC, você pode ter problemas com os seus pulmões.



Pulmões danificados pela DPOC

Visualização aumentada de uma via aérea e de bolhas de ar



1. As aberturas das vias aéreas são menores. Menos ar penetra porque:
 - As paredes das vias aéreas ficam grossas e distendidas.
 - As vias aéreas são comprimidas por pequenos músculos em torno delas.
 - As vias aéreas produzem muco que você elimina pela tosse.
2. As pequenas bolhas de ar não conseguem se esvaziar e os seus pulmões se sentem muito cheios.

O seu médico pode ajudá-lo (la) a entender os problemas que você tem com os seus pulmões.

Quem adquire a DPOC?

Não há como você pegar a DPOC de alguém.

Os adultos têm DPOC, as crianças não.



A maior parte das pessoas com DPOC são fumantes ou foram fumantes no passado. Qualquer forma de fumo pode causar DPOC.



Algumas pessoas com DPOC moram em casas cheias de fumaça de fogões de lenha ou de aquecedores usados para aquecerem o ambiente.

Algumas pessoas com DPOC trabalharam muitos anos em lugares empoeirados ou cheios de fumaça.

Procure um médico assim que você começar a ter problemas para respirar ou problemas com uma tosse que já dure mais de um mês.



A maior parte das pessoas deixam para ir ao médico apenas quando estão tendo muita dificuldade de respiração. Elas deixam de dar atenção a uma tosse ou a um problema leve de respiração que estão tendo há anos.

A maior parte das pessoas portadoras de DPOC têm no mínimo 40 anos de idade. No entanto, pessoas com menos de 40 anos também podem desenvolver a DPOC.

Quando você tem problemas respiratórios, é melhor você procurar um médico o mais cedo possível.

Os médicos podem dizer para você o quanto a sua DPOC piorou.

O médico ou a enfermeira o/a examinará. Você terá talvez de fazer alguns testes simples de respiração.

Eles perguntarão a você sobre a sua respiração e a sua saúde.

Eles lhe indagarão a respeito de sua casa e dos locais onde você tem trabalhado.

Se a DPOC não é muito ruim, ela é chamada de DPOC leve.

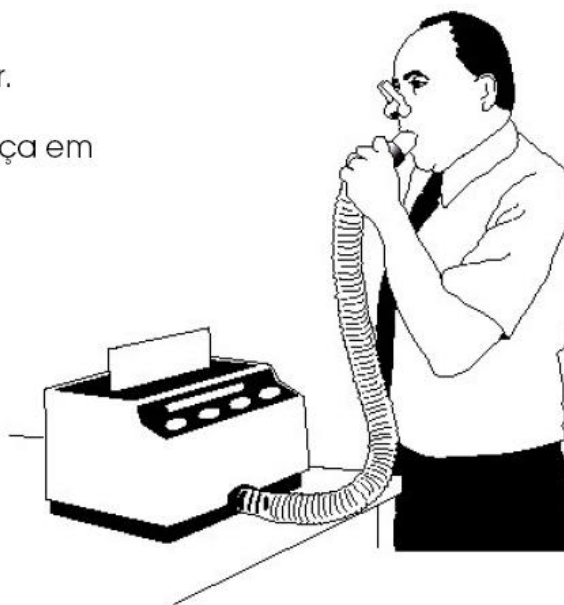
Se a DPOC estiver piorando, ela é chamada de DPOC moderada.

Se a DPOC é muito ruim, ela é chamada de DPOC grave.

O diagnóstico da DPOC é feito por meio de um teste simples de respiração chamado espirometria.

Esse teste é fácil e não provoca dor.

Você terá que soprar com toda força em um tubo de borracha ligado a um aparelho chamado espirômetro.



DPOC leve

- Você tosse muito. Algumas vezes você expele catarro.
- Você se sente um pouco sem ar quando trabalha muito ou anda rapidamente.

DPOC moderada

- Você tosse mais e expele catarro.
- Você frequentemente sente falta de ar quando trabalha muito ou anda rapidamente.
- Você pode ter problemas ao fazer um trabalho ou desempenhar uma tarefa rotineira mais pesada.
- Você só melhora de uma gripe ou de uma infecção pulmonar depois de várias semanas.

DPOC grave ou muito ruim

- Você tosse mais ainda e expele muito catarro.
- Você tem problemas de respiração durante o dia e durante a noite.
- Você só melhora de uma gripe ou de uma infecção pulmonar depois de várias semanas.
- Você não consegue mais trabalhar ou desempenhar tarefas domésticas.
- Você não consegue mais subir escadas ou ir de um lado ao outro da sala muito bem.
- Você se cansa facilmente.

O que você e sua família podem fazer para ajudarem a diminuir os danos aos seus pulmões.

1. Pare de fumar. Essa é a coisa mais importante que pode ser feita em benefício de seus pulmões.

Você pode parar de fumar.

Peça ajuda a um médico ou enfermeira. Pergunte sobre remédios, goma de mascar especial ou adesivos especiais para a sua pele, que o/a ajudarão a para de fumar.

Estabeleça um data para parar de fumar.
Comunique à família e aos amigos que você está tentando parar.
Peça que eles mantenham os cigarros fora da casa.
Peça que eles fumem longe de casa ou fora dela.

Fique longe dos lugares e das pessoas que fazem você ter vontade de fumar.
Retire os cinzeiros da sua casa.

Mantenha-se ocupado(a). Mantenha as suas mãos ativas.
Tente segurar um lápis ao invés de um cigarro.



Quando a vontade for muito forte, masque um chiclete ou um palito. Coma frutas e vegetais. Beba água.

Pense em parar apenas um dia de cada vez.

Se você começar a fumar de novo, não desista! Tente parar de novo. Algumas pessoas têm de parar muitas vezes antes que consigam parar para sempre.

2. Consulte o seu médico. Tome o remédio da maneira que o médico diz para você tomá-lo.

Faça suas avaliações médicas regularmente.

Vá pelo menos duas vezes por ano ao médico, mesmo que você se sinta bem.

Peça para que seja feita uma avaliação de seus pulmões. Pergunte ao médico ou à enfermeira como fazer uma vacina contra a gripe anualmente.

Converse sobre os seus remédios em toda consulta médica.

Peça ao médico para escrever o nome de cada remédio, a quantidade que você deve tomar e quando você deve tomá-lo.

Leve os remédios ou a lista de seus remédios em toda consulta.

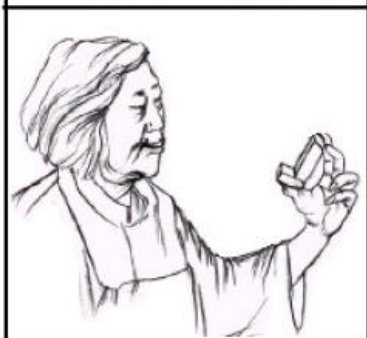
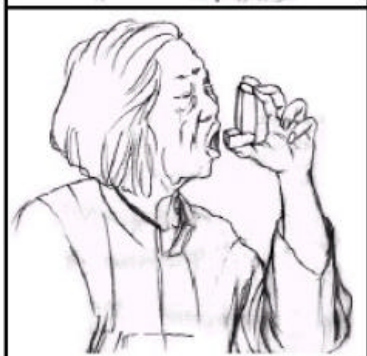
Fale sobre os efeitos dos remédios que você toma.

Depois da avaliação médica, mostre para sua família a lista de seus remédios. Guarde a lista em casa, em um local onde todos podem encontrá-la.



Os remédios se apresentam de diversas formas, tais como inaladores, comprimidos ou xarope. Se o médico disser para você utilizar remédios inalados, você precisa aprender a usar um inalador

Como usar um inalador em forma de spray.



Lembre-se de inspirar vagorosamente.

1. Retire a tampa do medicamento. Agite o inalador.
2. Fique de pé ou assente com a coluna reta. Expire.
3. Coloque o inalador na boca ou bem em frente da boca. Assim que você começar a inspirar, aperte a parte de cima do inalador para baixo e continue a respirar vagorosamente.
4. Prenda a respiração por 10 segundos. Expire.
5. Repita se for recomendado.

3. Vá para o hospital ou procure um médico imediatamente se a sua respiração piorar muito.

Organize-se para os seus problemas no futuro. Coloque as coisas que você vai precisar em um local que você possa pegá-las rapidamente.

- Telefones do médico, do hospital e das pessoas que poderão levar você até eles.
- Indicações sobre como chegar ao hospital e ao consultório médico.
- Sua lista de remédios.
- Algum dinheiro extra.

Consiga ajuda de emergência caso você observe qualquer um dos seguintes sinais de perigo.

Dificuldade de falar.

Dificuldade de andar.

Lábios ou unhas da mão acinzentados ou azulados.

Batimento cardíaco ou pulso muito acelerado ou irregular.

Efeito curto ou inexistente dos remédios. Respiração rápida e difícil.

4. Mantenha o ar limpo em sua casa. Fique longe de fumaça e gases que tornam a sua respiração difícil.

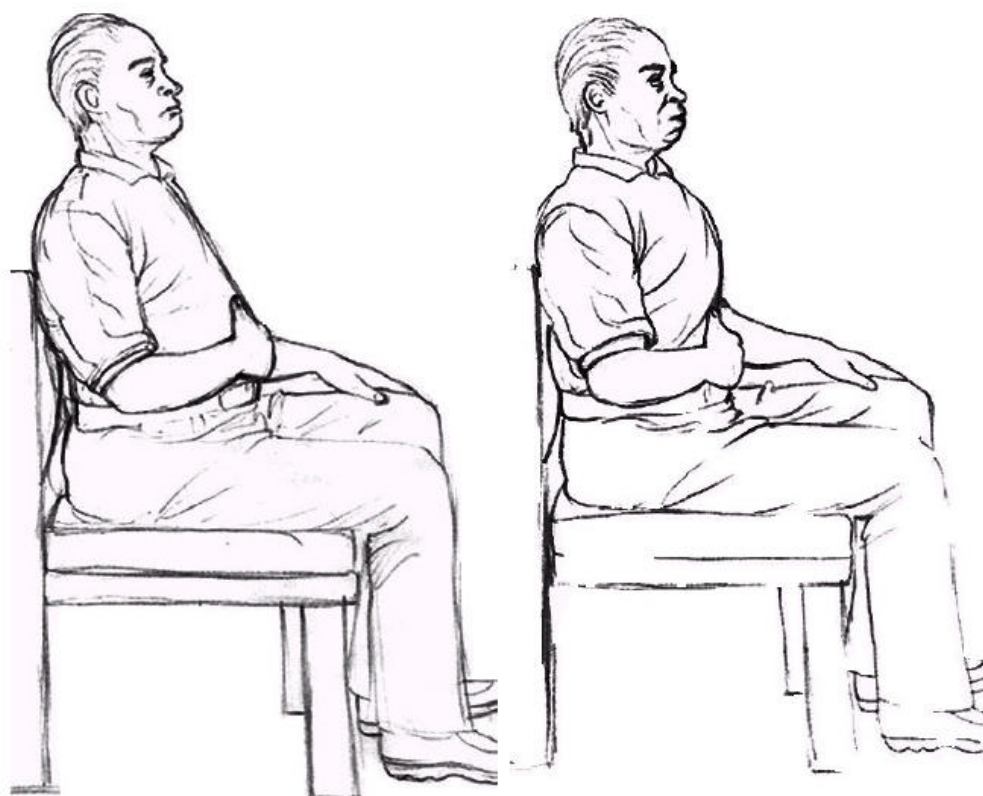
- Mantenha a fumaça, os gases e os cheiros fortes longe de sua casa.
- Caso a sua casa tenha de ser pintada ou dedetizada, faça isso quando você possa ficar em algum outro lugar.
- Cozinhe perto de uma porta ou de uma janela aberta para que a fumaça ou os cheiros fortes possam ser eliminados facilmente. Não cozinhe perto do local onde você dorme ou passa a maior parte de seu tempo.
- Se o seu aquecimento é a lenha ou a querosene, mantenha uma porta ou uma janela um pouco aberta para se livrar dos gases.
- Abra portas e janelas quando o ar do interior estiver cheio de fumaça ou contiver cheiros fortes. Feche as janelas e fique em casa em dias de muita poluição ou com muita poeira externa.



5. Mantenha o seu corpo forte.

Aprenda a fazer exercícios respiratórios.

Exercícios respiratórios podem ser úteis quando você tiver tendo problemas para respirar. Eles podem fortalecer músculos que são necessários para a sua respiração.



Peça o seu médico para ensinar os exercícios respiratórios mais apropriados para o seu caso.

Ande e exercite-se regularmente.

Quanto você fortalece os músculos de seus braços, pernas e corpo, você se locomove melhor.

Caminhar por 20 minutos é uma boa maneira de começar.

Esses exercícios ajudam a fortalecer os braços, as pernas e o corpo. Existem muitos outros.

Quanto você começar, faça-o devagar. Quando sentir falta de ar, pare e descanse.

Escolha um local para caminhar e se exercitar que seja de seu agrado.

Encontre exercícios que você goste de fazer.

Peça a alguém da família ou a um amigo que se junte a você.

Converse com o seu médico sobre o programa de exercício correto para você.



Coma alimentos saudáveis. Atinja um peso saudável.

Peça a sua família para ajudar você a comprar e preparar comidas saudáveis. Coma muita fruta e vegetais. Coma alimentos com proteínas, como carnes, peixe, ovos, leite e soja.



Quando estiver comendo:

- Se você ficar com falta de ar quando estiver comendo, coma mais devagar.
- Fale menos quando estiver comendo.
- Se você se sentir cheio facilmente, faça refeições menores com mais frequência.
- Se você estiver gordo(a), emagreça. É difícil respirar e se movimentar quando se está gordo(a).
- Se você está magro(a), coma e beba mais a fim de ganhar mais peso e ficar saudável.

6. Se a sua DPOC for grave, tire o máximo de proveito de cada respiração. Torne a sua vida doméstica o mais fácil possível.

Peça a seus amigos e família que ajudem e dêem idéias.

Faça as coisas sem pressa. Faça as coisas assentado(a).

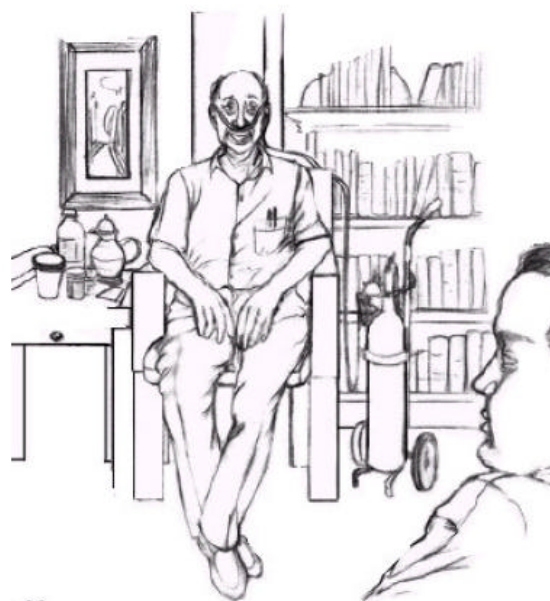
Na cozinha, no banheiro e na área em que você dorme, coloque as coisas que você precisa em um local de fácil alcance.

Encontre maneiras bem fáceis de cozinhar, limpar e fazer outras tarefas. Use uma pequena mesa ou um carrinho com rodas para levar coisas. Use uma vara ou pinças com pegadores longos para ajudar a encontrar o que você está procurando.

Use roupas largas que facilitem a sua respiração. Use roupas e sapatos de fácil colocação.

Peça às pessoas que auxiliem você a mudar as coisas de lugar em casa de modo que não seja necessário subir escadas tão freqüentemente.

Escolha um lugar para assentar que seja de seu agrado e onde você possa receber visitas.



Planeje as suas saídas e viagens com antecedência.

Faça visitas e saia durante a parte do dia em que você se sinta melhor. Muitas pessoas se sentem melhor logo depois de terem tomado os seus remédios.

Descanse depois de comer.

Planeje sair quando for possível você estar de volta em casa antes da próxima dose de remédio que você precisa tomar.

Não vá a lojas em períodos do dia em que haja grande movimento. Vá a locais que não tenham muita escada.

Leve com você os números de telefones do médico e das pessoas que podem socorrê-lo(la). Leve os remédios, caso você não esteja se sentindo bem.

Se você não estiver se sentindo bem, fique em casa.

Saindo da cidade.

Se você for viajar para longe ou for ficar fora por mais de um dia, pergunte ao seu médico o que levar caso você tenha problemas.



ANEXO B

EFEITO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES INTERNADOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Técnicas empregadas no protocolo de intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental
(TCC)

Fase 1 – Avaliação

Na Fase 1 o paciente é avaliado em relação à presença de sintomas de ansiedade e depressão, bem como aos prejuízos ocasionados pela DPOC em sua vida. Esta fase inclui:

Avaliação da sintomatologia depressiva e ansiosa através do BDI e BAI;

Avaliação dos efeitos causados pela DPOC através da seção 4 do SGRQ;

Avaliação da interferência da medicação na vida diária através da seção 5 do SGRQ;

Avaliação dos efeitos da DPOC sobre a atividade diária através das seções 6 e 7 do SGRQ.

Fase 2 – Intervenção

Na Fase 2 os fundamentos da intervenção são discutidos com o paciente, incluindo socialização quanto ao modelo cognitivo (situação estressora > pensamentos > emoções > alterações fisiológicas > comportamento), técnicas de resolução dos problemas detectados na avaliação, técnicas de relaxamento.

Resolução de Problemas:

Identificação conjunta dos problemas a serem resolvidos;

Geração de soluções alternativas;

Decidindo pela melhor solução (técnica de vantagens vs. desvantagens);

Implementação da solução;

Avaliação do resultado.

Relaxamento

Respiração Diafragmática;

Relaxamento Muscular Progressivo.

Técnicas de Distração

Técnicas de Parada de Pensamento

Determinação de tarefas entre sessões

Tarefa 1: implementar solução (Resolução de Problemas).

Tarefa 2: relaxamento muscular progressivo

Fase 3 – Avaliação dos Resultados

Na Fase 3 será reavaliada a sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como a adesão do paciente às intervenções cognitivo-comportamentais.

Anexo C

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Ficha de Dados Sócio-demográficos

Nome:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Data:.....

1. Dados Sócio-demográficos:

1.1. Renda mensal familiar.....

1.2. Idade:.....

1.3. Escolaridade:.....

1.4. Etnia:.....

1.5. Religião:.....

1.6. Estado Civil:.....

1.7. Ocupação:.....

1.8. Com quem mora:.....

1.9. Número de filhos:.....

1.10. Sexo:

2. Dados Médicos:

2.1. Tabagismo: sim () Não ()

2.1.1. Número de cigarros/dia:.....

- 2.1.2. Idade de Início:.....
- 2.1.3. Tempo de tabagismo:.....
- 2.1.4. Término do tabagismo:.....
- 2.2. Exercício Físico: sim () Não ()
 - 2.2.1 Tipo:.....
 - 2.2.2 Frequência:.....
- 2.3. Ingestão de bebidas alcoólicas:
com frequência () às vezes () raramente () nunca ()
 - 2.3.1. Tipo preferido de bebida alcoólica:.....
 - 2.3.2. Quantidade/dia:.....
- 2.4. Uso de medicamentos: sim () não ()
 - 2.4.1 Quais?.....
- 2.5. Doenças associadas: () Diabetes () Hipertensão () Coronariopatia
Outras.....
- 2.6. Peso:.....
- 2.7. Altura:

Anexo D

MÉTODO DE CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DO HOSPITAL SAINT GEORGE NA DOENÇA RESPIRATÓRIA (SGRQ)

Três componentes do questionário são calculados separadamente: Sintomas, Atividade e Impactos.

Uma pontuação total também é calculada.

Princípio do cálculo:

Cada resposta do questionário tem um único e empírico “valor”. Se a resposta for “não”, “nunca” ou negativa, o valor é sempre zero. Se a resposta for “sim” ou positiva, ela tem um valor fixo diferente para cada resposta.. Para cada componente os valores de todas as respostas positivas são somados. A pontuação total é calculada dividindo a soma dos valores pela máxima possibilidade de pontos para cada componente e expressando o resultado em porcentagem.

A maioria das questões exige uma só resposta, mas algumas questões dos componentes Sintomas e Impactos aceitam mais de uma resposta, apesar de que o ideal é que exista apenas uma.

Sintomas:

Esse componente consiste de todas as questões da **Parte 1**. Os pontos para as questões de 1 a 8 são somados. Será observado que as perguntas das questões de 1 a 7 do questionário pedem uma única resposta. Se mais de uma resposta for dada em uma questão, é aceitável calcular uma média dos valores das respostas. É melhor ter um valor médio do que perder um dado inteiro e essa técnica tem sido usada para calcular

resultados nos estudos de validação. (Evidentemente, a melhor situação seria não ter mais de uma resposta para uma determinada questão, mas às vezes é difícil que esta possibilidade não ocorra).

A possibilidade máxima de pontos é 662,5

Atividade:

Esse componente é calculado somando os valores de respostas da **Seção 2** e **Seção 6** da **Parte 2** do questionário.

A possibilidade máxima de pontos é 1209,1

Impactos:

Esse componente é calculado somando os valores das **Seções 1,3,4,5,7**. Novamente deve-se observar que apenas uma única resposta deve ser dada para as duas partes da **Seção 1** e para a parte final da **Seção 7**. Em caso de múltiplas respostas tem-se calculado a média dos seus valores.

As **Seções 4 e 5** possuem duas sentenças na forma negativa. São elas respectivamente: “eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória” e “minha medicação não está me ajudando muito”. Nesse caso, o paciente deve respondê-las como verdadeiro ou falso, ou seja, se ele responder “sim”, estará concordando com a(s) sentença(s).

A possibilidade máxima de pontos é 2117,8

Total

A pontuação total é calculada somando todas as respostas do questionário e expressando o resultado em porcentagem dividida pela máxima possibilidade de pontos de todo o questionário.

A máxima possibilidade de pontos é 3989,4

Exemplo de como fazer o cálculo:

Parte 1

Respostas positivas para:

Questão 1: tossi vários dias na semana

Questão 2: tive catarro alguns dias no mês

Questão 7: no último ano, em uma semana considerada habitual, tive quase todos os dias bons.

Parte 2

Respostas positivas para:

Seção 1: alguns problemas

Seção 2: subindo um lance de escada

Seção 3: minha tosse me causa dor

minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono

Seção 4: minha tosse ou falta de ar me deixam envergonhado em público

Seção 5: minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis

Seção 6: por causa da minha respiração tenho dificuldades... nadar

Seção 6: por causa da minha respiração tenho dificuldades... praticar esportes de competição

Seção 7: praticar esportes ou jogos que impliquem em esforço físico

Seção 7: impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer

Cálculo dos pontos:

Sintomas: soma dos pontos: 112,6
total em porcentagem: 17,0

Atividades: soma dos pontos: 282,1
total em porcentagem: 23,3

Impactos: soma dos pontos: 465,6
total em porcentagem: 22,0

Total: soma dos pontos: 860,3
total em porcentagem: 21,6

Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRO)

Paul Jones

VALORES DE CADA ÍTEM:

• Parte 1

- ◆ Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses.

Obs.: Assinale um só quadrado para as questões de 01 a 08 :

	Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1) Durante os últimos 3 meses tossi	80,6	63,2	29,3	28,1	0
2) Durante os últimos 3 meses tive catarro	76,8	60,0	34,0	30,2	0
3) Durante os últimos 3 meses tive falta de ar	87,2	71,4	43,7	35,7	0
4) Durante os últimos 3 meses tive “chiado no peito”	86,2	71,0	45,6	36,4	0

5) Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios você teve:

mais de 3	3	2	1	nenhuma
86,7	73,5	60,3	44,2	0

6) Quanto tempo durou a pior dessas crises ?

(passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia
89,7	73,5	58,8	41,9

7) Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve:

nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	quase todos os dias	todos os dias
93,3	76,6	61,5	15,4	0

8) Se você tem “chiado no peito”, ela é pior de manhã ?

Não	Sim
0	62,0

• **Parte 2**

◆ **Seção 1**

A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

é o meu maior problema	me causa muitos problemas	me causa alguns problemas	não me causa nenhum problema
83,2	82,5	34,6	0

B) Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados:

(passe para a Seção 2, se você não trabalha)

– minha doença respiratória me obrigou a parar de trabalhar	88,9
– minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	77,6
– minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho	0

◆ **Seção 2**

As perguntas abaixo referem-se às atividades que normalmente têm provocado em você nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso atualmente:

	Sim	Não
– Sentado/a ou deitado/a	90,6	0

– tomando banho ou vestindo	82,8	0
– caminhando dentro de casa	80,2	0
– caminhando em terreno plano	81,4	0
– subindo um lance de escada	76,1	0
– subindo ladeiras	75,1	0
– praticando esportes ou jogos que impliquem esforço físico	72,1	0

◆ **Seção 3**

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– minha tosse me causa dor	81,1	0
– minha tosse me deixa cansado	79,1	0
– me falta o ar quando falo	84,5	0
– me falta o ar quando dobro o corpo para frente	76,8	0
– minha tosse ou falta de ar perturba meu sono	87,9	0
– fico exausto com facilidade	84,0	0

◆ **Seção 4**

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– minha tosse ou falta de ar, me deixam envergonhado/a em público	74,1	0
– minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	79,1	0

– tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	87,7	0
– sinto que minha doença respiratória escapa ao meu controle	90,1	0
– eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	82,3	0
– minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	89,9	0
– fazer exercício é arriscado para mim	75,7	0
– tudo o que faço, parece ser um esforço muito grande	84,5	0

◆ Seção 5

Perguntas sobre a sua medicação. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

(*passa para a Seção 6 se não toma medicamentos*)

	Sim	Não
– minha medicação não está me ajudando muito	88,2	0
– fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	53,9	0
– minha medicação provoca-me efeitos colaterais desagradáveis	81,1	0
– minha medicação interfere muito com o meu dia a dia	70,3	0

◆ Seção 6

As perguntas abaixo se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* se pelo menos uma parte da frase corresponde ao seu caso; se não, assinale *Não*:

	Sim	Não
– levo muito tempo para me lavar ou me vestir	74,2	0
– demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	81,0	0

– ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	71,7	0
– demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho da casa, ou tenho que parar para descansar	70,6	0
– quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	71,6	0
– se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	72,3	0
– por causa da minha respiração, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar, praticar esporte leve.	74,5	0
– por causa da minha respiração, tenho dificuldades para desenvolver atividades como: carregar grandes pesos, fazer “cooper”, andar muito rápido ou nadar	71,4	0
– por causa da minha respiração, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar rápido ou praticar esportes de competição	63,5	0

◆ **Seção 7**

A) Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, para indicar outras atividades que geralmente podem ser afetadas pela sua doença respiratória no seu dia a dia: (não se esqueça que *Sim* só se aplica ao seu caso quando você puder fazer essa atividade devido aos seus problemas respiratórios)

	Sim	Não
– praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	64,8	0
– sair de casa para me divertir	79,8	0

– sair de casa para fazer compras	81,0	0
– fazer o trabalho da casa	79,1	0
– sair da cama ou da cadeira	94,0	0

B) A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (pretendemos apenas lembrá-lo das atividades que podem ser afetadas pela falta de ar).

- dar passeios a pé ou passear com o seu cachorro
- fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- ter relações sexuais
- ir à igreja, bar ou a locais de diversão
- sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro
- visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que seu problema respiratório pode impedir você de fazer:

C) Assinale com um “X” somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado pela sua doença respiratória:

– não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	0
– me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	42,0
– me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	84,2
– me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	96,7

Obrigado por responder o questionário. Antes de terminar verifique se você respondeu a todas as questões.

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Efeito da Intervenção Psicológica em Pacientes Internados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

FUI CONVIDADO A LER O MATERIAL QUE SEGUE PARA GARANTIR QUE FUI INFORMADO DA NATUREZA DESTA PESQUISA E DE COMO PARTICIPAREI DELA, SE EU CONSENTIR EM FAZER ISTO. AO ASSINAR ESTE TERMO INDICAREI QUE EU TEREI SIDO INFORMADO E DEI MEU CONSENTIMENTO. LEIS FEDERAIS REQUEREM CONSENTIMENTO INFORMADO POR ESCRITO ANTES DA MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA, INDICANDO QUE ESTOU CIENTE DA NATUREZA DESTA PESQUISA, DOS RISCOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO E DE QUE POSSO DECIDIR SE PARTICIPO OU NÃO DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA.

OBJETIVO

Eu estou sendo convidado a participar voluntariamente no projeto de pesquisa acima intitulado. O objetivo deste projeto é verificar o efeito de uma intervenção psicológica em pacientes internados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), visando diminuir o tempo de internação e melhorar a qualidade de vida.

CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Eu fui convidado a participar porque estou internado no Hospital Sapiranga com um quadro clínico de DPOC. Este estudo prevê a participação de pessoas adultas, do sexo masculino ou feminino, acima dos 40 anos que apresentem DPOC diagnosticada pelo seu médico clínico.

PROCEDIMENTOS

Se eu consentir em participar, eu serei solicitado a responder questionários, fazer exames clínicos e preencher uma ficha de dados informativos. Logo após, os participantes serão divididos em dois grupos, ao acaso. Um grupo continuará a receber o tratamento padrão oferecido neste hospital para DPOC. O outro grupo, além do tratamento padrão, participará de

uma intervenção psicológica na forma de (no mínimo) três sessões de terapia cognitivo-comportamental.

RISCOS

Não há riscos descritos na literatura sobre a intervenção psicológica na forma de terapia cognitivo-comportamental em pacientes com DPOC. É possível que algumas questões relacionadas à verificação do meu estado de humor atual possam desencadear sentimentos desagradáveis. Caso isso ocorra, posso solicitar que um psiquiatra avalie a situação e decida, junto comigo, a melhor forma de acompanhamento.

BENEFÍCIOS

Um possível benefício é a detecção precoce de sintomas de sofrimento psíquico através dos questionários que serão respondidos. Caso participe do grupo que receberá a intervenção psicológica, estou ciente de que não são identificados na literatura benefícios diretos decorrentes da terapia cognitivo-comportamental em pacientes internados com DPOC. No entanto, há possibilidade de que ocorra redução da ansiedade e melhora geral do meu quadro clínico.

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações sobre mim presentes neste estudo serão mantidas confidenciais. O acesso às informações sobre mim obtidas será restrito à equipe de pesquisa.

CUSTOS AOS PARTICIPANTES E COMPENSAÇÕES

Fui informado de que não terei despesas pessoais relativas aos procedimentos de avaliação e de intervenção psicológica decorrentes deste estudo. Entendo que não existe nenhum tipo de seguro de saúde ou de vida, bem como qualquer outra compensação financeira que possa vir a me beneficiar em função de minha participação neste estudo.

CONTATOS

Eu posso obter informações adicionais através do contato com o investigador principal, Maycoln L. M. Teodoro no telefone (51) 3591.1122 ramal 1233 ou com o pesquisador Sérgio Keske, no telefone (51) 9988.4954 ou diretamente no Hospital de Sapiranga.

AUTORIZAÇÃO

Eu fui informado dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvido, dos desconfortos ou riscos previstos, tanto quanto dos benefícios esperados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em face destas informações. Fui informado de que poderei interromper minha participação neste estudo em qualquer momento, sem conseqüências para mim ou para a forma de tratamento que estou recebendo neste hospital.

O pesquisador, Sérgio Keske, certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial. Ao assinar este Termo de Consentimento Informado, não renuncio a quaisquer direitos legais. Uma cópia assinada deste Termo será entregue ao final da entrevista.

Assinatura do Participante

Data

Nome do Participante (legível)

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Eu expliquei cuidadosamente ao participante a natureza deste projeto de pesquisa. Assim, no melhor de meu julgamento, certifico que a pessoa que está assinando este Termo compreende claramente a natureza, procedimentos, benefícios e riscos envolvidos na sua participação e que sua assinatura é legalmente válida.

Assinatura da Assistente de Pesquisa

Data

Assinatura do Coordenador Geral

Data