

ROGÉRIO JOÃO VASSOLER

***PERFIL PSICOSSOCIAL DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA, USUÁRIOS
DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR***

CAMPINAS

2002

ROGÉRIO JOÃO VASSOLER

***PERFIL PSICOSSOCIAL DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA, USUÁRIOS
DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Ciências Biomédicas.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA ADÉLIA JORGE MACFADDEN

CO-ORIENTADORA: PROFA. DRA. ILMA APARECIDA PASCHOAL

CAMPINAS

2002

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	V448p
V	EX
TOMBO BC/	56027
PROC.	16/24103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	311,09
DATA	09/10/03
Nº CPD	

CM00190363-0
bib id 303194

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V448p

Vassoler, Rogério João

Perfil psicossocial de pacientes com insuficiência respiratória crônica, usuários da oxigenoterapia domiciliar. / Rogério João Vassoler. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Maria Adélia Jorge Macfadden

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

I. Insuficiência respiratória. 2. Oxigênio-uso terapêutico. 3. Doenças-aspectos psicossomáticos. I. Maria Adélia Jorge Macfadden. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais João (in memoriam) e Vera,
por todo empenho que tiveram em minha
vida*

AGRADECIMENTOS

Em especial aos pacientes, que durante os anos de acompanhamento, ensinaram-me a pensar sobre a vida e a morte.

À Profa. Dra. Maria Adélia por sua dedicação e confiança nesses anos de orientação científica e inestimável amizade. Por ter acreditado que esse trabalho seria possível, apostando sempre no meu crescimento e pelos ouvidos compreensivos nos momentos mais difíceis.

À Profa. Dra. Ilma Aparecida Paschoal por seu apoio, entusiasmo e espírito científico presente em sua alma.

Aos professores do Departamento de Saúde Mental do Curso de Pós-Graduação da UNICAMP, pelas aulas e partilha de seus conhecimentos.

À Ana Maria Camino e Mônica Corso Pereira, por me mostrarem a dignidade da prática médica e o exemplo de dedicação na árdua tarefa de cuidar dos pacientes.

À Andrea Tortorelli, pela amizade e colaboração durante os meses que atuou no ambulatório.

Às funcionárias Mônica, Carmem e Márcia, pela paciência e disposição com que sempre me atenderam.

Às funcionárias do Serviço Social Laura, Mônica, Sara, Patrícia e Rosalina, pelo carinho recebido e tantas conversas partilhadas.

Aos meus irmãos Ricardo, Reinaldo e Rita, pelos anos de convivência e aos felizes reencontros.

À Adelaide, pela dedicação que sempre proporcionou.

À Ana, por seu amor, companhia e estímulo. Pelo apoio e compreensão em todos os momentos da pesquisa, principalmente naqueles que ela roubou de nós, nosso tempo precioso.

À Mariana, pela sua existência.

“O Senhor Deus formou, pois, o homem do barro da terra, e inspirou-lhe nas narinas um sopro de vida e o homem se tornou um ser vivente”

(Gêneses, cap.2 vers. 7)

	PÁG.
RESUMO	<i>xii</i>
ABSTRACT	<i>xiv</i>
1- INTRODUÇÃO	16
1.1- Sobre as doenças.....	17
1.2- Psicossomática.....	21
1.2.1- Psicossomática e doenças respiratórias.....	23
1.3- Aspectos orgânicos.....	26
1.3.1- A respiração.....	27
1.3.2- Epidemiologia das doenças respiratórias.....	30
1.3.3- Doenças respiratórias da amostra.....	30
1.3.4- Oxigenoterapia domiciliar.....	34
2. OBJETIVOS	38
2.1- Justificativa.....	39
3. MÉTODO	42
3.1- Ambiente da pesquisa.....	43
3.2- Sujeitos.....	43
3.3- Instrumentos.....	43
3.4- Procedimentos.....	45
4- RESULTADOS	47
4.1- Análise da entrevista.....	48

4.2- Análise do teste Pfister.....	53
4.3- Análise da escala hospitalar de ansiedade e depressão.....	60
5- DISCUSSÃO.....	62
6- CONCLUSÃO.....	69
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
8- ANEXOS.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ARP	Ambulatório de Reabilitação Pulmonar
BC	Bronquite Crônica
CO2	Dióxido de Carbono ou Gás Carbônico
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
EP	Enfisema Pulmonar
FC	Fibrose Cística
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HC	Hospital das Clínicas
h/dia	horas por dia
IResC	Insuficiência Respiratória Crônica
O2	Oxigênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ODP	Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1.1- Trocas gasosas nos alvéolos pulmonares (hematose).....	29
Tabela 1.2- Fontes de oxigênio com suas vantagens e desvantagens.....	37
Tabela 4.1- Número de pacientes quanto ao gênero.....	48
Tabela 4.2- Número de pacientes quanto a idade.....	48
Tabela 4.3- Número de pacientes quanto ao estado civil.....	49
Tabela 4.4- Número de pacientes quanto a escolaridade.....	49
Tabela 4.5- Número de pacientes em relação a ocupação atual.....	50
Tabela 4.6- Número de pacientes quanto a opção religiosa.....	50
Tabela 4.7- Número de pacientes cientes de seus respectivos diagnósticos.....	51
Tabela 4.8- Número de pacientes em relação a prática do tabagismo.....	51
Tabela 4.9- Número de pacientes em relação a quantidade de horas diárias de uso de Oxigênio.....	52
Tabela 4.10- Número de pacientes em relação as atribuições sobre as causas do estado da doença quando esta melhora e piora.....	52
Tabela 4.11- Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de ansiedade, com respectivas pontuações na subescala de ansiedade (HAD-A).....	60
Tabela 4.12- Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de depressão, com respectivas pontuações na subescala de depressão (HAD-D).....	60



RESUMO

Este trabalho pretendeu traçar o perfil psicossocial de pacientes com insuficiência respiratória crônica, usuários de oxigenoterapia domiciliar, do Ambulatório de Reabilitação Pulmonar do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A pesquisa propôs investigar as características psicossociais dos pacientes e o grau de ansiedade e depressão presentes ou não na amostra. A amostra estudada constituiu-se de dezoito pacientes do ambulatório, todos usuários de oxigenoterapia domiciliar. Os instrumentos utilizados foram o roteiro de entrevista, o teste projetivo da personalidade Pfister e a escala hospitalar de ansiedade e depressão para doentes orgânicos (HAD). Os dados revelaram um perfil psicossocial encontrado na amostra considerado como 67% de homens, com idade prevalecendo a faixa entre 51 a 60 anos, com 55,5% casado, com baixo nível de escolaridade, quase 80% aposentado e 72% adota a religião católica. Verificou-se através do teste Pfister que 78% dos pacientes possuem estrutura psicológica frágil, com imaturidade afetiva, baixo limiar para excitação, tendência a impulsividade com forte repressão. Quanto aos dados obtidos na HAD, observou-se que 17% dos pacientes encontram-se como possíveis “casos” de ansiedade e 11% como “casos” possíveis de depressão.



ABSTRACT

This present work intends to recognize the psycho-social situation of patients who suffer from chronic respiratory disabilities, patients who need oxigeno-therapy at home as well as at Das Clinicas Campinas University Hospital. This research aims to investigate the psycho-social characteristics of the patients and their possible level of anxiety and depression. Patients who have been asked to participate in this research total the number of 18 and all of them depend on oxigeno-therapy at home. The means used for this research are interviews, Pfister projective personality test and the anxiety and depression hospital scale for organic patients (HAD). The results reveal the following figure: 67% of the patients are male between 51 and 60 years old; 55,5% are married and have a low level of education; 80% are retired; 72% are Catholics. It has been verified through Pfister test that 78% of the patients possess a fragile psychologic structure, immature affectivity, low excitement, impulsive tendencies and strong depression. Regarding the result from HAD, it can be observed that 17% of the patients find themselves with possible “cases” of anxiety and 11% with possible “cases” of depression.



1- INTRODUÇÃO

1.1 – SOBRE AS DOENÇAS

Tentar entender a vida e seus princípios, exige entrar num terreno que sempre foi desafiador ao ser humano, ou seja, compreender o mecanismo das doenças. À medida que fomos evoluindo, fomos compreendendo melhor e descobrindo mais sobre os mistérios contidos nas enfermidades que sempre nos acometeram. Entretanto, sabe-se que, durante milhares de anos, a espécie humana sobreviveu no escuro, sem alguma luz que pudesse mostrar os caminhos da cura.

A história conta que o homem primitivo fazia buracos nos crânios daqueles que agonizavam de dores, com a idéia de expulsar os ‘maus espíritos’ causadores de sofrimento. Hoje, embora não se utilize mais a trepanação, tenta-se expulsar os ‘maus espíritos’ com equipamentos sofisticados, cirurgias audaciosas, grande variedade de medicamentos e há ainda aqueles que oferecem terapias alternativas para todas as preferências. Apesar de todo glorioso avanço, as doenças continuam desafiando a Ciência e causando sofrimento a milhares de pessoas.

Os conceitos de doença e saúde passaram por várias definições até a Organização Mundial de Saúde (OMS) entender que saúde não é só a ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, mental, moral e social do indivíduo, SOARES (1994). Pode ser que novas definições surjam num futuro próximo, porque é difícil imaginar alguém que esteja em completo bem-estar diante de tantos conflitos que a vida moderna oferece.

Além das perturbações físicas e mentais, pessoas de todo o planeta sentem-se ameaçadas com pressões externas como a violência urbana, instabilidade no emprego, guerras, terrorismo, drogas, transformações políticas, econômicas e uma lista quase sem fim de problemas sociais e morais de toda natureza. A OMS anunciou, no início do ano 2000, que as descobertas na Medicina, graças, principalmente, ao projeto Genoma, nos próximos vinte anos serão superiores às que ocorreram nos últimos duzentos anos. Se por um lado, a tecnologia permite o rápido avanço nos sofisticados exames e tratamentos, por outro, a vida atual torna qualquer pessoa vulnerável aos males que acompanham o novo estilo de viver.

Durante milhares de anos, o ser humano tentou compreender melhor as doenças e descobrir terapias capazes de curá-las. Antes de a Ciência assumir seu papel na história, a saúde era assunto religioso, seja através da mentalidade dos povos primitivos que consideravam seus males como castigo dos deuses, ou dos representantes das religiões e seitas que tinham papel especial de curandeiros, conhecedores dos rituais e das ervas medicinais.

Os curandeiros, intermediários entre os homens e as entidades superiores, tentavam neutralizar as forças malignas por meio da magia e de sua capacidade de evocar poderes divinos. VOLICH (2000).

Na Grécia dos deuses, tudo o que fugia do controle ou da compreensão das pessoas era atribuído às divindades. Na literatura grega, *daimon* no singular e *daimones* no plural designavam deuses inferiores, intermediários do ser humano e dos deuses supremos. As doenças internas seriam manifestações dos *daimones* por serem consideradas forças que exerciam domínio nas pessoas e as debilitavam contra suas vontades. O *daimon* era considerado o deus mal, vingativo, gerador de infortúnios. QUEVEDO (1989).

Para tentar vencer o mal e as doenças, restava aos pobres mortais combater as forças divinas com rituais de magia, pois, para competir com os *daimones* era preciso buscar forças externas, apelar aos bons deuses superiores. A magia seria a tentativa do ser humano de controlar as leis da natureza, podendo exercer sobre elas algum domínio.

Durante mais de mil anos, entre os séculos VI e XVII, a população do planeta permaneceu praticamente a mesma, porque o número de pessoas que nasciam era igual ao número das que morriam, em razão, principalmente, das péssimas condições de vida, sem saneamento básico adequado e, sobretudo, por causa das epidemias que exterminavam milhares de vidas. UZUNIAN (1985).

No século XVII, com a invenção do microscópio, ainda que bastante rudimentar, a Biologia deu um passo decisivo na história quando Robert Hook, em 1665 (SOARES, 1992) observou uma célula pela primeira vez. A Ciência começou enxergar, literalmente, o que a olho nu era impossível, ou seja, através do microscópio foi possível conhecer a célula e seus orgânulos com suas respectivas funções. A partir de então, o organismo dos seres vivos vem revelando seus mistérios.

No final do século XIX, cientistas como Luis Pasteur, Roberth Koch, entre outros, fizeram descobertas extremamente importantes sobre os causadores “invisíveis” de muitas doenças; estava descoberto o mundo dos micróbios.

Em 1856, ano em que o inglês Charles Darwin publicava sua revolucionária obra *A Origem das Espécies*, nascia Sigmund Freud, considerado o pai da Psicanálise. Freud, médico por formação, depois de pesquisar o sistema nervoso das enguias e publicar alguns artigos, decidiu atender pacientes tidos como histéricos. A histeria era considerada doença orgânica e manifestada somente nas mulheres. Os pacientes histéricos apresentavam, sem a comprovação de causas orgânicas, paralisias, movimentos descontrolados dos membros, perda da visão, entre outras. No *Estudo sobre a Histeria*, Breuer e Freud (1895d) ressaltam que os conflitos inconscientes podiam ser expressos simbolicamente, em sintomas sensório-motores, através da conversão.

Após conhecer os trabalhos de Charcot, na França, Freud retornou à Áustria convencido de que a histeria não era puramente orgânica e nem exclusiva do sexo feminino. Com o propósito de investigar os componentes psíquicos envolvidos na histeria, Freud iniciou seu trabalho, a exemplo de Charcot, com a técnica da hipnose, técnica esta não vista com bons olhos pelos médicos da época por não ser considerada um recurso terapêutico científico.

A intenção de Freud era, através da hipnose, penetrar no inconsciente dos pacientes e desse modo nasceu a Psicanálise. A valiosa contribuição de Freud foi, sem dúvida, desvendar o campo psíquico escondido e misterioso chamado inconsciente. Enquanto a Biologia colocava lentes de aumento nas células e nos micróbios, a Psicanálise mostrava que existia um campo psíquico desconhecido dentro de cada pessoa.

Em 1900, Freud escreveu seu primeiro livro chamado *A Interpretações dos Sonhos*. Nesta época, a técnica da hipnose já havia sido substituída pela técnica da associação livre de idéias, que consistia em penetrar no inconsciente do paciente sem que o mesmo perdesse a consciência; simplesmente, era necessário que ele falasse o que lhe surgisse na mente. Freud constatou que, através da associação livre de idéias, o paciente expressava seus conteúdos como num sonho, ou seja, o discurso manifesto era acompanhado de símbolos e atos falhos que revelavam conteúdos latentes inconscientes.

Freud é considerado, por muitos, como o precursor da Psicossomática por ter encontrado elos entre o psiquismo e o orgânico. Seu trabalho psicanalítico revelou a presença do inconsciente na estrutura mental e a complexa dinâmica da personalidade, descrita através do desenvolvimento das fases da libido. Psicossomática e Psicanálise poderiam ser consideradas, simbolicamente, como “irmãs gêmeas (bivitelinas)” porque ao iniciar seus estudos com pacientes histéricos, Freud fazia a leitura do corpo e da mente concomitantemente. Uma contribuiu para o crescimento da outra e assim como irmãos gêmeos assumem identidades únicas, Psicanálise e Psicossomática também assumiram as suas.

Como processo terapêutico, a Psicanálise oferece a possibilidade da pessoa entrar em contato com seus conteúdos internos e fazer uma leitura do significado dos fatos ocorridos com os conflitos atuais, através da interpretação.

Para LELOUP (2002), a interpretação é condição essencial para atingir a liberdade. O autor reforça que o ser humano, ao interpretar, atribui sentido ao que lhe acontece, tornando-se consciente. A liberdade seria fruto de uma vida assumida e não suportada, de uma vida orientada e não controlada. Quem não exerce a interpretação corre o risco de viver a identificação.

O mesmo LELOUP (2001), diz também que: ‘é verdade que o maior sofrimento é aquele ao qual não é possível dar sentido’. Talvez seja por isso que as pessoas sempre tentaram atribuir justificativas para suas enfermidades, por mais irracionais e absurdas que pudessem parecer. Segundo o autor, ‘o sofrimento é a nossa maneira de interpretar a dor’. Portanto, a dor, quando não interpretada, quando não lhe é atribuída um sentido, parece causar maiores danos. O autor define o papel do terapeuta como ‘aquele que irá ajudar a pessoa que sofre a descobrir, não só a causa de sua dor e os remédios para suprimi-la, mas também o sentido do seu sofrimento’.

Entretanto, EKSTERMAN (1994), adverte para o equívoco da Psicanálise em pretender encontrar causas psicológicas às doenças orgânicas. O autor sugere a utilização do termo ‘Psicodinâmica’ por traduzir melhor a Psicanálise, enquanto teoria abrangente e também por pretender encontrar significados da doença no lugar de apenas descrevê-la.

1.2 - PSICOSSOMÁTICA

Entre os animais da natureza, o ser humano se destaca, entre outras características, por possuir consciência de sua existência o que, conseqüentemente, lhe permite também a consciência de sua morte (Becker,1973). Considerando que por um lado há o privilégio da superioridade como ser que sente, pensa, age, que busca constantemente significados existenciais profundos e que procura recursos capazes de satisfazer as principais necessidades da vida, por outro, há o fato de ter que lidar com a impotência, limites, sofrimento, dor e morte.

Vida e morte constituem os grandes enigmas da natureza, não simplesmente como fenômenos que ocorrem, mas, devido o contexto que os cercam. A origem da vida e o pós morte são, de fato, os pilares das principais religiões, uma vez que, as teorias formuladas a cerca desses fenômenos tentam satisfazer as necessidades espirituais e emocionais das pessoas que, certamente, sentem-se desamparadas, ameaçadas diante do futuro desconhecido.

Vida e morte, *eros e tânatus*, saúde e doença são situações opostas interligadas na condição do existir. A presença de um é a condição da ausência do outro. Entretanto, não significa ser presença e ausência em absoluto pois é na dialética, no processo, que ambos se constituem, oscilando de acordo com as vicissitudes. Essas questões estiveram presentes nas correntes filosóficas que tinham como centro de indagação a questão da alma.

A alma, segundo MUELLER (1969), sempre foi alvo de discussão e até hoje ainda não há uma definição precisa sobre ela, apesar de até surgir a Psicologia, que como o próprio termo diz: estudo da alma. Como ciência, a Psicologia ganhou o terreno do comportamento (normal e anormal), das atitudes, emoções e sentimentos, das relações interpessoais e sociais, das teorias da personalidade e dos tratamentos psíquicos.

Para os gregos, alma significava sopro, o sopro da vida concedido apenas a Adão, ou seja, apenas aos seres humanos. LELOUP (2002), fala do sopro como o ar divino, o *pneuma*, que anima o ser físico, que lhe atribui vontade e significado de sua existência.

A Psicossomática é uma área delicada porque envolve dois campos, considerados durante muito tempo, independentes: o psíquico (alma) e o corpo (soma). Desde sua criação, seus adeptos tentam, com esforço, ganhar credibilidade dentro dos campos da saúde.

A doença traz consigo uma série de infortúnios e por isso há a tendência de tê-la como um grande mal. Entretanto, CAPISANO (1994), a define como matéria e história, por nela estarem envolvidos transtornos orgânicos e episódios de vida cujos conflitos não foram separados.

A enfermidade, como matéria e história, corpo e mente, não pode ser considerada um fenômeno ao acaso, e sim, resultado de um processo, ou melhor dizendo, é o próprio processo em que vários fatores como genéticos, hereditários, ambientais, psicológicos, sociais, espirituais e culturais estão envolvidos e comprometidos entre si. Sendo assim, a Psicossomática não pode limitar-se ao corpo e mente, é preciso ampliar a visão e na leitura que se faz do doente e suas doenças, há a necessidade de ler nas entrelinhas o que está oculto e disfarçado. Os disfarces são sutis e inconscientes e como McDOUGALL (1996), sugere, o corpo assume personagens e papéis, produz enredos e entra em cena por traz das cortinas.

O paciente psicossomático possui algumas características que lhe são próprias e definidas de acordo com as diversas teorias desenvolvidas, principalmente, no século passado. A principal característica é a somatização. STEINER (1998), lembra que na somatização, sensações físicas que acompanham as emoções são vivenciadas e não as emoções em si. A facilidade de vivenciar sensações físicas é devido o processo de desenvolvimento da personalidade que ocorre simultaneamente com o desenvolvimento do organismo. Nesse processo, nas fases primitivas, o bebê experimenta sensações físicas intensas e ainda é incapaz de reconhecer e expressar emoções. Entretanto, não se pode dizer que as emoções não existam, elas, simplesmente, necessitam de estrutura psicológica madura, capaz de administrá-las. O corpo atua com manifestações somáticas em função da impossibilidade de simbolização por parte de um ego imaturo. McFADDEN (1999), menciona que o paciente psicossomático tem dificuldade de descrever seus estados afetivos e incapacidade de distinguir um afeto do outro.

De fato, a Psicologia não parece ter dificuldades de mostrar como a falta de maturidade psicológica afeta a relação que a pessoa tem consigo mesma e com as pessoas em sua volta. Outra característica do paciente psicossomático é a ausência de empatia. A impossibilidade de entrar em contato com seus afetos leva o paciente a não ouvir e compreender os componentes afetivos de outras pessoas. O narcisismo, outra característica, impede o espaço do outro em sua vida.

Teorias psicossomáticas na França, representadas por Marty, M'Uzan, Nemiah e Sifneos criaram dois conceitos que definem muito bem as dificuldades afetivas: o Raciocínio Operatório e a Alexitimia. Ao descreverem o Raciocínio Operatório, MARTY & M'UZAN (1994), referem-se a um estilo de pensamento concreto, objetivo, caracterizado por ausência de reações afetivas diante de traumas ou perdas e impossibilidade de simbolização. Já Alexitimia: A = falta; lexis = palavra; thymos = emoção, criado por SIFNEOS (1973), refere-se a um estilo comunicativo estéril e inexpressível, a uma incapacidade de descrever sentimentos e de nomear seus estados afetivos. Outras características apontadas por NEMIAH & SIFNEOS (1970), correspondem a ausência ou redução do pensamento simbólico que bloqueiam a expressão de conteúdos internos, sentimentos, desejos ou impulsos.

O paciente psicossomático utiliza seu corpo como via de comunicação, já que, não encontra canais mais evoluídos para se expressar. Para tentar entender como se processa esse tipo de comunicação, psicanalistas como Melanie Klein, Margaret Mahler, Spitz, Winnicott e Kohut elaboraram teorias sobre o desenvolvimento infantil, em que as relações objetais e a qualidade do vínculo afetivo e emocional do bebê com a mãe e o processo de separação (diferenciação do eu) são fundamentais na edificação da estrutura da personalidade.

1.2.1 – Psicossomática e doenças respiratórias

Consideráveis artigos, muitos voltados à avaliação da qualidade de vida em pacientes com DPOC e insuficiência respiratória crônica, apresentam o campo emocional e a estrutura psíquica como fatores fundamentais, diretamente associados com o bem estar

físico do paciente. Distúrbios de ansiedade e depressão parecem ocupar grande espaço na vida do enfermo, principalmente acometidos de doenças crônicas.

MORGAN et. Al. (1983), ao avaliarem 50 pacientes com bronquite crônica, especificamente o grau de inabilidade em relação a função pulmonar, detectaram que o grau de inabilidade está relacionado com algumas atitudes dos pacientes, em particular sua confiança sobre o tratamento e o efeito do mesmo. Embora esses dados não estejam relacionados com distúrbios psiquiátricos, os autores reconheceram a presença de altos níveis de tais distúrbios.

No trabalho sobre ‘emoção e função pulmonar em asma’, RITZ & STEPTOE (2000), encontraram que a função pulmonar de pacientes asmáticos é negativamente afetada por fortes estados de sentimentos no dia a dia. O método consistiu em induzir emoções negativas, principalmente depressão, através de filmes. Os dados revelaram mudanças significativas na função pulmonar em resposta aos filmes exibidos. BERGH et. al. (1997), concluíram que respostas respiratórias como alterações de dispnéia e queixas psicossomáticas podem ser provocadas por estímulos condicionados com substâncias químicas. Em sujeitos normais, foi verificado hiperventilação e hipocapnia devido ao estresse psicológico.

WIJKSTRA et. al. (1994), pesquisando 40 pacientes com DPOC, verificaram que os pacientes mais ansiosos e depressivos apresentam maior fadiga, são mais emocionalmente afetados e são menos capazes de controlar suas doenças. KIM et al. (2000) observaram a freqüente ocorrência de ansiedade e depressão com DPOC e a relação de tais distúrbios na fragilidade funcional dos pacientes.

STROHL & THOMAS (1998), ao tentarem relacionar dispnéia, ansiedade e fisiologia respiratória, observaram a presença de traços cardiopulmonares em pacientes com distúrbios de ansiedade e ataque de pânico. Eles acreditam que para compreender o significado de respostas ventilatórias não comuns, há a necessidade de se fazer distinções entre fatores genéticos e ambientais e a precisa avaliação das variáveis psicológicas.

Um fator muito presente, é o medo de dispnéia. Não é raro o paciente associar determinadas atividades como caminhar, tomar banho, receber visitas, contato social, entre outras, com o desencadeamento de falta de ar. A associação é tão evidente, que até mesmo

nos momentos próximos, que antecedem tais atividades, aumenta a ansiedade do paciente. GREENBER et. al. (1985) apontam que em muitos casos, até mesmo atividades sexuais podem induzir dispnéia. Os mesmos autores mencionam que:

‘Autos relatos de pacientes confirmam a presença de sintomas como ansiedade e sugere que o medo de dispnéia pode produzir um papel importante na formação de angústia psicológica comumente associadas com sintomas físicos, tal como congestão. Dispnéia tem sido relacionada na ocorrência de sinais primários de depressão como perda de interesse na vida e expressão de desesperança e falta de recursos (ajuda). Por outro lado, adaptação para a doença e tentativas para evitar alguns de seus sintomas agudos, pode promover controle emocional.’

Pesquisas utilizando o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) para avaliar os estados emocionais e de personalidade de pacientes com DPOC, revelam escores elevados na tríade neurótica (hipocondria, depressão e histeria). Os traços de personalidade encontrados são: dependência, tendência obsessiva e tendência para reação histérica. Defesas psicológicas como negação, repressão e isolamento também fazem parte da personalidade. A diminuição dessas defesas pode aumentar alguns sintomas psicológicos e resultar em maior aflição. GREENBERG et. al. (1985).

Quanto a relação do estado de humor, CLARK & COCHRANE apud GREENBERG et. al. (1985), examinaram 44 pacientes acometidos de obstrução crônica das vias aéreas e notaram que indivíduos mais extrovertidos apresentavam taxas menores de dióxido de carbono no sangue, o que significa melhor quadro clínico.

Diante dessas informações, ENGEL (1997), enfatiza a necessidade de se atentar aos dados de história de vida do paciente durante o atendimento clínico. Ele considera a entrevista não apenas como forma de valorizar o relacionamento humano no encontro do médico com o paciente, mas também como um valioso instrumento para melhor compreender o paciente e os dados que ele apresenta.

A experiência mostra que o atendimento grupal tem trazido benefícios uma vez que ajuda o doente a minimizar suas angústias e ansiedades em relação à doença e contribui na simbolização dos conteúdos manifestados, partindo da necessidade de se falar

das doenças e seus sintomas (linguagem do soma) até atingir o nível das emoções e sentimentos (linguagem psíquica). VASSOLER & MCFADDEN (2001).

CONTE & KARASU (1981), sugerem que há ganhos significativos quando a psicoterapia é incluída no regime de tratamento do paciente orgânico. Os autores reforçam a necessidade de futuras pesquisas que possam oferecer dados comparativos quanto ao manejo de várias técnicas psicoterápicas para as mesmas desordens físicas e o uso de técnicas específicas para determinadas doenças.

KIM et. al. (2000), ressaltam que a freqüente ocorrência de ansiedade e depressão com DPOC, a relação de tais perturbações na fragilidade funcional dos pacientes e a disponibilidade de tratamento psicológico e psiquiátrico efetivo, são razões suficientes para encorajar formas de cuidados especiais.

1.3 - ASPECTOS ORGÂNICOS

Tratando-se de uma pesquisa que envolve pacientes com doenças pulmonares, faz-se necessário apresentar ao leitor um pouco do universo da pneumologia. É óbvio que esta área abrange um campo vastíssimo das doenças respiratórias; entretanto, para o propósito deste trabalho, serão apresentadas somente aquelas verificadas na amostra, ou seja, as doenças pulmonares presentes nos dezoito pacientes pesquisados. São elas: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquectasia, fibrose cística, fibrose pulmonar, blastomicose sulamericana e seqüela de pneumonia estafilocócica.

O mecanismo da respiração e os órgãos presentes no aparelho respiratório serão apresentados resumidamente, apenas com o propósito de situar o leitor sobre a importância do oxigênio no organismo.

1.3.1- A respiração

O papel do oxigênio na respiração:

O corpo humano é composto por trilhões de células, agrupadas de acordo com suas formas e funções, constituindo os tecidos que por sua vez formam os órgãos. Os órgãos agrupam-se em aparelhos e sistemas que compõem o organismo. As células, formadas por pequenos órgãos chamados organelas, organóides ou orgânulos, desenvolvem no seu interior funções básicas como nutrição, digestão, respiração, excreção e reprodução.

Os alimentos ingeridos no organismo são usados como fontes de energia para as células. Dentro delas, eles são oxidados, liberando a energia neles encontrada. O resultado da oxidação é o dióxido de carbono ou gás carbônico (CO₂) e íons hidrogênio. O CO₂ é eliminado da célula e do organismo através da respiração, mas os íons hidrogênio se acumulam e tendem a provocar a acidose da célula. O oxigênio, conduzido através da respiração, é utilizado justamente para evitar a acidose, e a sua presença na célula, combinando com íons hidrogênio e seus respectivos elétrons, forma água. Nesse caso, a respiração assim descrita é chamada de *aeróbia*. SOARES (1992).

O sistema respiratório humano:

O sistema respiratório nos seres humanos compõe-se de:

- Fossas nasais e boca;
- Faringe;
- Laringe;
- Traquéia;
- Brônquios e bronquíolos;
- Parênquima pulmonar revestida pela pleura.

As fossas nasais são dois condutos paralelos revestidos de mucosa, separados por um septo cartilaginoso, que começam nas narinas e terminam na faringe.

A faringe é um canal por onde passam o ar que se respira e os alimentos que são deglutidos. Sua parede é muscular de contrações controladas pela vontade do indivíduo e revestida de mucosa.

A laringe é o segmento imediato. O limite da faringe com a laringe é determinado pela glote, orifício de passagem para o ar (inspirado e expirado), a qual se fecha durante a deglutição por meio de uma pequena tampa, a epiglote, que funciona como válvula.

A traquéia, conduto que vem em seguida à laringe, tem suas paredes reforçadas por anéis cartilagosos. Graças a esses anéis, ela se mantém sempre aberta, não sofrendo dobras ou acotovelamentos. Na sua parte inferior, a traquéia se bifurca, originando os brônquios.

Distinguem-se dois brônquios, o direito e o esquerdo. Cada um deles, logo de imediato, começa a se ramificar, originando brônquios menores que penetram nas estruturas dos pulmões. Aí, esses pequenos brônquios se ramificam, formando os bronquíolos, os quais vão terminar em microscópicas cavidades em forma de saco, chamados alvéolos pulmonares. Cada pulmão tem mais de trezentos milhões de alvéolos.

Os pulmões são elásticos e abrem-se e fecham-se como foles, passivamente, de acordo com o aumento ou diminuição dos diâmetros da caixa torácica. Os movimentos da caixa torácica são promovidos pela atividade dos músculos intercostais (músculos que ligam umas costelas às outras) e do diafragma.

Durante a inspiração, os músculos intercostais e o diafragma se contraem. Pela contração dos músculos intercostais, as costelas são 'levantadas'. Como, normalmente, elas apresentam uma inclinação para baixo, o levantamento da arcada costal implica em um aumento do diâmetro horizontal da caixa torácica. Ao mesmo tempo, a contração do diafragma rebaixa a cúpula diafragmática, aumentando o diâmetro vertical. Assim, a caixa torácica amplia-se consideravelmente, determinando uma espécie de 'vácuo' no interior do tórax. Para preencher esse vácuo, os pulmões, que são elásticos, inflam-se, aspirando o ar do exterior. Realiza-se, então, a *inspiração*.

O relaxamento dos músculos intercostais provoca o rebaixamento da arcada costal, diminuindo o diâmetro horizontal do tórax. O relaxamento do diafragma permite que a pressão abdominal, exercida pelas vísceras abdominais, ‘empurre’ o diafragma para cima, elevando a cúpula diafragmática e diminuindo o diâmetro vertical da caixa torácica. Ocorre, então, a *expiração*.

O mecanismo de trocas gasosas

O ar que penetra nos pulmões contém nitrogênio, oxigênio e gás carbônico em percentuais que diferem, nitidamente, dos percentuais desses mesmos gases no ar que sai dos pulmões. Assim, há notáveis diferenças entre o ar inspirado e o ar expirado, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 - Intercâmbio gasosos nos alvéolos pulmonares (hematose), SOARES (1992).

Gás	Ar inspirado	Ar expirado
Nitrogênio	79,02 %	79,02%
Oxigênio	20,94%	16,5 %
Gás carbônico	0,04%	4,48%

Os números da tabela 1 mostram que não há absorção do nitrogênio nos alvéolos pulmonares: o que entra, sai. Mas a quantidade de oxigênio que entra é maior do que a que sai. Logo, o oxigênio é absorvido. Em compensação, a quantidade de dióxido de carbono que sai é maior do que a que entra, de onde se conclui que o organismo descarrega no ar expirado, o CO₂ formado nos tecidos. O fenômeno das trocas gasosas nos alvéolos recebe o nome de *hematose*.

1.3.2 -Epidemiologia das doenças respiratórias

Segundo SILVA (2001), as doenças do aparelho respiratório são responsáveis por grande parte das internações, sendo a segunda causa de hospitalização, em todas as faixas etárias. De zero a quatorze anos, as doenças respiratórias ocupam o primeiro lugar nas hospitalizações. Na idade adulta, elas assumem o quarto lugar. Entre as doenças respiratórias, pneumonia, asma e DPOC (nessa ordem) ocupam papel de destaque nas internações hospitalares.

Apesar de pequena diminuição de 1998 para 1999 nas internações hospitalares por pneumonias, o mesmo não foi observado com DPOC.

Destacam-se como doenças de maior mortalidade do aparelho respiratório: o câncer de pulmão, e a DPOC.

Das neoplasias em geral, o câncer de pulmão no sexo masculino é a de maior mortalidade, com aumento expressivo nas últimas décadas no sexo feminino.

O principal fator de risco para a maioria dessas doenças é conhecido e evitável. No caso de câncer de pulmão, poderia haver redução em torno de 80% das mortes se o fumo fosse totalmente excluído dos hábitos da população.

1.3.3 – Doenças respiratórias da amostra

DPOC

Dentre as principais doenças pulmonares a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) merece maior atenção.

Os pneumologistas viram-se obrigados a repensar o conceito de DPOC e consequentemente avaliar a classificação das doenças que poderiam ou não fazer parte deste grupo. Durante algum tempo, foram consideradas DPOC: bronquite crônica, enfisema pulmonar, a asma, a bronquiolite obliterante, a fibrose cística, a discinesia ciliar e as bronquectasias difusas, todas por apresentarem obstrução irreversível do fluxo aéreo.

De acordo com American Thoracic Society, citada por HETZEL E Col (1991), DPOC compreende um grupo de doenças pulmonares caracterizadas por limitação ao fluxo respiratório, irreversíveis (parcial ou totalmente) e, lentamente progressivas, durante meses e anos de observação.

Atualmente, DPOC designa apenas bronquite crônica, enfisema pulmonar, ou a sua associação. As manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas, incluindo principalmente dispnéia, tosse e expectoração crônicas. Geralmente, os pacientes são fumantes e apresentam associadas, em variadas proporções, enfisema e bronquite crônica. HETZEL e col. (1991).

BRONQUITE CRÔNICA

Bronquite Crônica (BC) é definida por HETZEL (1991) “como uma condição inflamatória das vias aéreas em que ocorre uma excessiva produção de muco na árvore traqueobrônquica”. A BC manifesta-se clinicamente por tosse e expectoração crônicas, na maioria dos dias, por, pelo menos três meses consecutivos e durante dois anos ou mais seguidos.

ENFISEMA PULMONAR

HETZEL e Col (1991) definem enfisema pulmonar (EP) como a condição caracterizada pelo aumento de volume dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das suas paredes, sem fibrose. O EP costuma ser bilateral, difuso e grosseiramente simétrico; no entanto, pode concentrar-se numa localização e pode apresentar lesões de dimensões variáveis (desde pequenas bolhas até grandes cavidades).

PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA

A pneumonia estafilocócica acomete, preferencialmente, crianças abaixo de um ano e representa menos de 10% das pneumonias bacterianas adquiridas na comunidade.

O *Staphylococcus aureus* pode ser encontrado na mucosa nasal de 20 a 30% de indivíduos normais, também pode estar presente na pele e em outras membranas mucosas.. O modo de transmissão é através do contato direto interpessoal, mais comumente por mãos

contaminadas ou por disseminação de gotículas respiratórias. A bactéria invade o pulmão pela via brônquica (inalação ou aspiração) ou por via hemática, através da liberação de êmbolos sépticos oriundos, por exemplo, de abscessos cutâneos ou celulite. HOFFMANN at al (2001). Tem grande capacidade de destruir tecido pulmonar, podendo, eventualmente, deixar seqüelas importantes.

FIBROSE CÍSTICA OU MUCOVISCIDOSE

A fibrose cística (FC) é uma doença genética de caráter autossômico recessivo, que compromete praticamente todos os setores do organismo, mas que afeta principalmente os aparelhos respiratórios e gastrintestinal. Na FC a função de, praticamente, todas as glândulas exócrinas está alterada, acarretando manifestações clínicas variadas para cada órgão comprometido. Os pulmões são morfológicamente normais ao nascimento, porém em poucas semanas começam a mostrar evidências de anormalidades das pequenas vias aéreas e o surgimento de processo inflamatório difuso. A obstrução das vias aéreas por muco viscoso certamente é o elemento-chave para o desenvolvimento da lesão pulmonar irreversível, embora ainda não se compreenda exatamente como começa este círculo vicioso de obstrução - infecção - inflamação. ANDRADE & SILVA (2001).

BRONQUECTASIAS

Laennec, em 1825, introduziu a noção de bronquectasias para designar a situação anatômica em que, um ou mais brônquios, encontravam-se dilatados. Na verdade, esta dilatação de brônquios mais centrais resulta da oclusão progressiva de bronquíolos periféricos como resultado de processo inflamatório crônico. A perda de bronquíolos faz com que vários brônquios praticamente terminem em fundo cego. Com freqüência, a inflamação das pequenas vias aéreas se propaga à parede das vias aéreas maiores, destruindo seus componentes e favorecendo sua dilatação.

Pode-se, portanto, concluir muitas bronquectasias resultam da evolução de bronquiolites difusas.

A discinesia ciliar, a fibrose cística e a deficiência de imunoglobulinas são causas conhecidas de bronquiolite e bronquectasias. Um número considerável de pacientes portadores de bronquectasias difusas não tem a etiologia de sua doença determinada.

BLASTOMICOSE SUL -AMERICANA

A paracoccidioidomicose, também conhecida como blastomicose sul-americana é causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, que presumivelmente habita o solo como saprófita. A porta de entrada é o pulmão (via inalatória) e a infecção, como regra, tem caráter regressivo, permanecendo cicatriz imunológica amplamente documentada em pessoas sadias, pelo teste cutâneo.

A Paracoccidioidomicose é uma infecção geograficamente confinada à América Latina. Foram descritos milhares de casos, sendo 80% verificados no Brasil. SEVERO (1991). Dentre suas formas clínicas a lesão pulmonar progressiva é bastante comum.

DOENÇAS PULMONARES OCUPACIONAIS

Muitos pacientes atendidos no ambulatório de Reabilitação Pulmonar do HC, na UNICAMP, têm doenças pulmonares ocupacionais, ou doenças do pulmão cuja ocorrência tem relação direta com o ambiente de trabalho.

Segundo MOREIRA e TIETBOEHL FILHO (1991), a doença ocupacional respiratória ocorre por causa da chegada e permanência do agente nocivo no aparelho respiratório, inalado no ambiente de trabalho. Nesse sentido, o agente deve existir em quantidades significativas, por um lado, e, por outro, os mecanismos de defesa que se opõem à sua entrada no organismo devem ser vencidos.

Os casos mais freqüentes observados no ARP decorrem de atividades desenvolvidas em indústrias com substâncias químicas e poeiras diversas.

As doenças até aqui especificadas têm em comum a potencialidade de produzirem, quando atingem um certo nível de gravidade, insuficiência respiratória crônica, condição caracterizada por prejuízo do processo de hematose.

As lesões anatômicas e funcionais que estas doenças produzem no aparelho respiratório levam a uma diminuição na capacidade de captar oxigênio e eliminar CO₂. Por esta razão, cai a quantidade de oxigênio no sangue e, eventualmente, pode subir a concentração de CO₂.

1.3.4 - Oxigenoterapia domiciliar

O oxigênio contido na atmosfera terrestre é elemento essencial para a vida, foi descoberto na década de 70 do século XVIII, graças às pesquisas de Priestley, Scheele e Lavoisier. Entre 1771 e 1774, Priestley e Scheele descobriram o oxigênio por decomposição térmica do nitrato de potássio e do dióxido de mercúrio. A partir de 1775, Lavoisier estabeleceu suas principais propriedades, demonstrando que ele existe no ar e na água e ressaltou seu papel nas combustões e na respiração. LAROUSSE CULTURAL(1995).

O termo oxigênio vem do grego: *oxys*, azedo + *genos*, geração. É o elemento mais abundante do globo terrestre. Existe em estado livre na atmosfera; forma oito nonos do peso da água; está presente nos silicatos, nos carbonatos, que constituem uma parte importante da crosta terrestre, bem como na maior parte das substâncias orgânicas vegetais e animais.

Em 1884, após ser indicado para algumas doenças e ter caído em descrédito, o oxigênio era indicado em casos de insuficiência respiratória devida à escoliose. Com a confirmação da presença do oxigênio e gás carbônico no ar alveolar, no início do século XX, foi possível utilizar o oxigênio de forma mais precisa. SHNEERSON (1993).

Em 1922, Alvan Barach prescrevia sistematicamente o oxigênio em hospitais americanos para pacientes com pneumonia e, em 1958, o mesmo médico, prescrevia cilindro de oxigênio sob pressão para uso durante deambulação em portadores de DPOC grave. MACHADO (1999).

MACHADO (1999), referindo-se aos trabalhos: o americano *Nocturnal Oxygen Therapy Trial* (NOTT) e o britânico *Medical Research Council* (MRC) lembra que a oxigenoterapia por tempo prolongado domiciliar (ODP) é o tratamento mais eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia, por produzir melhora do estado neuropsíquico (função cognitiva) e da eficiência do sono, aumento da tolerância ao exercício, normalização do hematócrito e da hemoglobina no sangue (que sobem para compensar a queda no oxigênio), diminuição da pressão na artéria pulmonar ou sua estabilização, diminuição do número de internações com melhora da sobrevida e da qualidade de vida.

Segundo WIJKSTRA et. al. (1994), ao pesquisar qualidade de vida com pacientes de DPOC, verificou que o programa de reabilitação domiciliar, durante doze semanas, mostrou melhora significativa comparada com grupo controle, em relação a dispnéia, emoções e melhor administração de seus sintomas. Por outro lado, a pesquisa de JANSSENS et. al. (1997), concluiu que os dados encontrados sugerem que pacientes submetidos a oxigenoterapia, geralmente, expressam melhora na qualidade de vida nos primeiros doze meses de tratamento e após esse período, observa-se, em média, uma qualidade de vida inferior: sua morbidade e mortalidade é alta, sofrem de altas taxas de perturbações emocionais e mobilidade física diminuída.

Em relação aos efeitos fisiológicos favoráveis da ODP, MACHADO (1999) descreve vários benefícios que esta terapia oferece aos pacientes com insuficiência respiratória:

- No transporte e liberação de oxigênio para os tecidos;
- Na correção da policitemia secundária;
- Nas arritmias cardíacas durante o sono;
- Evolução da função pulmonar.

Quanto aos critérios para indicação da ODP, PASCHOAL et al. (1997), sugerem incluir os pacientes que:

- Sejam portadores de insuficiência respiratória crônica, desencadeada por bronquite crônica, enfisema pulmonar, bronquectasias, fibrose cística, fibroses pulmonares, hipertensão pulmonar e outras causas menos frequentes que, ao longo de um período de tratamento, já preconizado para estes casos, mantenham os seguintes valores gasométricos:
 - a- PaO₂ menor ou igual a 55mm de Hg em repouso, sendo, neste, caso o único parâmetro necessário;
 - b- PaO₂ entre 55 e 59 mm de Hg, associada a sinais de *cor pulmonale* e/ou policitemia (hematócrito igual ou superior a 55%) ligada à hipoxia.

Quanto aos critérios de exclusão:

- Impossibilidade de uso de oxigênio em razão da hipoventilação excessiva, mesmo com fluxos de suplementação muito baixos;
- Melhora gasométrica do tratamento padrão do período inicial de observação, de modo a colocar o candidato fora dos critérios de inclusão;
- Manutenção do hábito tabágico;
- Condições de moradia e outros indicadores sócioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do programa, que possam pôr em risco a segurança do paciente e sua família;
- Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento, de acordo com as prescrições ou de dar seu consentimento para a participação do mesmo.

Atualmente, existem três fontes de oxigênio disponíveis para fornecimento domiciliar: oxigênio gasoso em cilindros, oxigênio líquido e concentradores de oxigênio. A tabela 2 mostra as vantagens e desvantagens de cada fonte de oxigênio.

Tabela 2 – Fontes de oxigênio com suas vantagens e desvantagens. MACHADO (1999).

Fontes de Oxigênio		
<i>Tipos</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Cilindros de gás sob Pressão	<ul style="list-style-type: none"> - disponível em qualquer parte do país - são armazenados por longo tempo, sem perdas - existem pequenos cilindros para Deambulação 	<ul style="list-style-type: none"> - custo elevado - são pesados e grandes - são perigosos, não podendo sofrer quedas - necessitam de recargas freqüentes
Oxigênio líquido	<ul style="list-style-type: none"> - permite a deambulação - fornece fluxo até 6L/min de O₂ - não consome energia elétrica 	<ul style="list-style-type: none"> - alto custo - risco de queimaduras durante recarga (armazenado abaixo de 0° C)
Concentradores	<ul style="list-style-type: none"> - volume de gás limitado - não ocupa espaço - custo de manutenção baixo - fácil uso 	<ul style="list-style-type: none"> - fluxo máximo limitado a 5L/min - necessidade de energia elétrica para funcionar - não são portáteis - há a necessidade de um cilindro extra na falta de energia elétrica



2- OBJETIVOS

Na tentativa de melhor compreender os pacientes e encontrar dados que possam oferecer recursos ao tratamento e suporte teórico à equipe de saúde, este trabalho tem como objetivo investigar:

- Características sócio culturais de um grupo de pacientes com insuficiência respiratória crônica.
- Presença e grau de ansiedade e depressão nos pacientes com insuficiência respiratória crônica.
- Características psicológicas do mesmo grupo.

2.1- JUSTIFICATIVA

O número de pacientes com Insuficiência Respiratória Crônica (IResC) vem aumentando significativamente, provocando nos profissionais de saúde a busca por melhores tratamentos e a implantação de equipes multidisciplinares. O trabalho em conjunto, unindo várias áreas como a Medicina, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, pode oferecer ao paciente maiores possibilidades de ajuda, uma vez que a doença não afeta apenas o corpo, mas também a dinâmica psicossocial.

A necessidade de suporte emocional parece ser indispensável para estes pacientes. BETHLEN (1975), professor de Tisiologia e Pneumologia enfatiza: "outras medidas terapêuticas não devem ser esquecidas no tratamento, os aspectos psíquicos, a psicoterapia e a relação médico-paciente, estes fatores são importantes em doenças que evoluem durante longos anos, consumindo o paciente orgânica e emocionalmente". Mello Filho (1992) parece estar de acordo quando diz: "o fator emocional ou psicodinâmico deve ser bem estudado por todos os profissionais da saúde que interagem com pacientes, pois a assistência psicológica a eles é tarefa de todos". Embora seja realmente tarefa de todos, esta função parece estar mais ao alcance do profissional da área do comportamento, como

o psicólogo e o psiquiatra por possuírem formação específica do entendimento da dinâmica da personalidade.

Por serem doenças crônicas, todo o esforço e proposta de ajuda estão voltados para a qualidade de vida do paciente. Atento a essa finalidade, BUCHI (1997) alerta:

se um dos objetivos fundamentais da reabilitação é melhorar a qualidade de vida, e sem dúvida sobre esta incidem não apenas os aspectos fisiológicos, mas também como o paciente vai percebê-los, fica claro que os fatores psicológicos que podem determinar a atitude do paciente diante da doença podem incidir de forma notável na sua qualidade de vida.

COSTA (1977), chama a atenção para as falências nos casos em que não houve um suporte adequado do componente emocional dizendo: "o atendimento insuficiente do componente psicodinâmico dos asmáticos é o principal responsável pelas falências no tratamento durante o período intercrítico" e o mesmo autor reforça a frase acima com dados mais precisos mostrando que: "do total de falências, 48% poderiam ser incluídos no não atendimento do componente emocional, incluindo neste a não percepção de melhora, ansiedade persistente e até o abandono do tratamento".

Durante seis anos, atuando como psicólogo no Ambulatório de Reabilitação Pulmonar, pude constatar a importância do suporte psicológico como mais um "remédio" na vida dos pacientes. A evolução clínica das doenças compromete significativamente os hábitos e comportamentos dos doentes em função das perdas que os mesmos sofrem decorrentes principalmente do cansaço e da falta de ar. Deixar de trabalhar ou de realizar pequenas tarefas em casa, altera a auto estima dos pacientes, fazendo-os sentir-se incapazes e inúteis. Depender dos familiares para a realização de atividades, que antes executavam sozinhos como locomoção e higiene, também causa muito desconforto e angústia na maior parte deles e muitos não conseguem lidar com essa nova realidade com naturalidade, o que faz aumentar ainda mais o sofrimento e os conflitos com a família que se vê perdida, sem saber o que de fato fazer para ajudar.

Além de lidar com as perdas significativas em sua vida, o paciente perderá a própria vida e a idéia da morte mais próxima é algo que ameaça terrivelmente sua estrutura psíquica. A presença do psicólogo nos momentos mais críticos da doença ajuda o paciente a entrar em contato com seus medos, ansiedades, fantasias e angústias. Se o terapeuta conseguir conter o sofrimento do paciente, poderá oferecer-lhe maior segurança e conforto para enfrentar seu destino.



3- MÉTODO

3.1 - AMBIENTE DA PESQUISA

O Ambulatório de Reabilitação Pulmonar (ARP) do Hospital das Clínicas da UNICAMP, existe aproximadamente há treze anos. São atendidos, neste ambulatório, pacientes portadores de doenças pulmonares que acabaram por levar à insuficiência respiratória crônica. Atualmente, cerca de 390 pacientes, a maioria da cidade de Campinas e região, recebem tratamento específico de suas doenças. Um dos principais recursos terapêuticos utilizados no ARP é a oxigenoterapia domiciliar, indicada para 200 pacientes do total.

As consultas clínicas ocorrem às terças-feiras no período da manhã. Geralmente, os pacientes são atendidos uma vez no mês, podendo-se estender ou encurtar o intervalo dos atendimentos, em função do estado clínico dos mesmos. Além dos médicos (docentes e residentes), o ambulatório conta também com enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, o que caracteriza um tratamento multiprofissional.

3.2 - SUJEITOS

A amostra da pesquisa foi composta por 18 sujeitos com insuficiência respiratória crônica, usuários de oxigenoterapia domiciliar prolongada.

3.3 - INSTRUMENTOS

A escolha dos instrumentos ocorreu em função dos objetivos da pesquisa e as características físicas dos pacientes. Como a idéia inicial era de detectar dados do perfil psicossocial, pensou-se utilizar instrumentos que permitissem a avaliação qualitativa dos sujeitos. Foram utilizados o roteiro de entrevista, o teste de Pfister de personalidade e a escala hospitalar de ansiedade e depressão para pacientes orgânicos (HAD). O roteiro de entrevista, com perguntas abertas, abordou a história do paciente, desde a sua gestação até o momento atual.

3.3.1 - Roteiro de Entrevista (Anexo I)

O roteiro de entrevista utilizado nesta pesquisa foi elaborado com base no método clínico, caracterizado como modelo de entrevista semi-estruturada e composta de três partes:

- Dados pessoais;
- História de vida;
- Dados sobre a doença

3.3.2 - Teste de Phister de Personalidade

O teste de Phister foi escolhido por ser um teste de rápida aplicação, de fácil execução e por não exigir do examinando esforço físico e verbal. Trata-se de um teste projetivo da personalidade, constituído de vinte e quatro tonalidades de cores, divididas em sete matizes principais, que são utilizadas pelo sujeito na construção de três pirâmides, como ele desejar. A pessoa projeta-se no teste através das preferências cromáticas, da distribuição das tonalidades e na técnica de formação das pirâmides. Segundo JUSTO & KOLCK (1985), citando Ginsberg, os resultados do teste mostraram-se satisfatórios no que concerne ao diagnóstico dos estados emocionais, tanto de pessoas com perturbações emocionais em consequência de neuroses quanto distúrbios psicossomáticos.

3.3.3- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

A escala HAD é um instrumento criado para ser aplicada em pacientes, não psiquiátricos, de hospital geral. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão com sete questões cada, do tipo múltipla escolha. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21.

A escolha deste instrumento foi devido à sua principal finalidade: detectar graus leves de transtornos afetivos de pacientes orgânicos, em ambientes não psiquiátricos. BOTEGA (1995).

A aplicação da escala HAD é de fácil compreensão e rápida aplicação, com duração média em torno de cinco minutos. Para facilitar o entendimento das questões e esclarecer qualquer dúvida o avaliador as leu em voz alta juntamente com as respostas. Coube ao paciente somente apontar a alternativa escolhida.

3.4 - PROCEDIMENTOS

Ao utilizar três instrumentos de avaliação, foi preciso pensar num esquema de como aplicá-los sem exigir demais dos pacientes. Embora fossem testes de fácil aplicação, a preocupação foi de não aplicar todos de uma só vez e, sim, dosá-los em duas vezes. Foi determinada a seqüência de se aplicar primeiro o teste Phister e em seguida a escala de ansiedade e depressão. Após a execução dos instrumentos citados, foi realizada a entrevista semi dirigida para a coleta dos dados do roteiro de entrevista. No segundo encontro, foram aplicados os testes de inteligência e de atenção. O intervalo de tempo entre o primeiro e segundo encontro foi determinado em função do agendamento das consultas clínicas, o que significa dizer que variou entre 20 a 30 dias.

Com exceção da entrevista, durante a aplicação dos demais instrumentos foi verificado em todos os pacientes o nível de saturação, ou seja, o nível de oxigênio presente no sangue, através do aparelho chamado oxímetro. O oxímetro é um aparelho eletrônico muito fácil de ser utilizado, bastando acoplar um dos dedos da mão do paciente numa peça semelhante a um pregador de roupas. Em poucos segundos, o visor indica o batimento cardíaco e a saturação da hemoglobina pelo oxigênio presente na circulação sanguínea.

Num primeiro contato, os pacientes foram convidados a participar do estudo. Dentro do consultório, junto com seus acompanhantes, os pacientes foram informados da natureza da pesquisa, e dos instrumentos. Com a aprovação dos mesmos, foi lhes oferecido o Termo de Consentimento (vide anexo), para as providências legais e éticas.

Os testes foram realizados no dia da consulta clínica dos pacientes. A aplicação aconteceu ou antes da consulta clínica, enquanto aguardavam o atendimento, ou depois do mesmo, quando eram dispensados.



4- RESULTADOS

4.1 - DADOS DAS ENTREVISTAS

Através do roteiro de entrevista (anexo I), foi possível colher informações sobre a história de vida dos pacientes e de suas respectivas enfermidades.

Quanto aos dados de identificação, mostrados nas tabelas 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 4.5, referem-se aos aspectos psicossociais.

Tabela 4.1 – Número de pacientes quanto ao gênero.

Gênero	N	%
Masculino	12	67
Feminino	06	33
Total	18	100

A tabela 4.1 revelou que dois terços dos pacientes da amostra são do sexo masculino.

Tabela 4.2 – Número de pacientes quanto a idade.

Idade (anos)	N	%
21 – 30	03	17
31 – 40	02	11
41 – 50	03	17
51 – 60	05	28
61 – 70	04	22
71 – 80	01	05
Total	18	100

A idade dos pacientes da amostra se encontrou na faixa etária entre 25 a 79 anos. Na tabela acima, observa-se que 30% dos pacientes estão concentrados na faixa dos 51 aos 60 anos de idade.

Mais da metade dos pacientes, 55%, são casados, enquanto que 33% são solteiros. Dos 18 pacientes, apenas 01 é viúvo e 01 é separado, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 4.3 – Número de pacientes quanto ao estado civil.

Estado civil	N	%
Solteiro	06	33
Casado	10	55
Viúvo	01	06
Separado	01	06
Total	18	100

A tabela abaixo aponta que 72% da amostra encontra-se concentrada nas três primeiras faixas dos níveis de escolaridade, que significa dizer que esta população não concluiu o primeiro grau, já que os dois pacientes da terceira faixa não terminaram a oitava série. Este fato pode decorrer do baixo nível sócio-econômico das famílias destes pacientes, as quais não puderam oferecer possibilidades de manutenção dos estudos, levando-os precocemente, ao início de atividades profissionais, dos quais apenas quatro pacientes atingiram o segundo grau, sendo que um deles não chegou a concluir e apenas um concluiu o nível superior.

Tabela 4.4 – Número de pacientes quanto ao nível de escolaridade.

Escolaridade	N	%
Sem instrução	01	05,5
1ª a 4ª série	10	55,5
5ª a 8ª série	02	11
2º Grau incompleto	01	05,5
2º Grau completo	03	17
Superior	01	05,5
Total	18	100

Antes de adoecerem, estes pacientes tinham diferentes atividades ocupacionais, tais como: cozinheiro, ajudante geral, carpinteiro, motorista, contador, açougueiro, comerciante, empregada doméstica, professora, encarregada, policial, operador de máquinas, pedreiro e operador de manuseio e transporte de cargas explosivas.

Devido as limitações físicas impostas pelas doenças pulmonares, 78% dos pacientes da amostra foram obrigados a abandonar suas atividades profissionais. Apenas 22% do total deles encontram-se clinicamente aptos para desenvolverem suas atividades como mostra a tabela 4.5.

Tabela 4.5 – Número de pacientes em relação a ocupação atual.

Ocupação atual	N	%
Ativa	04	22
Aposentado	14	78
Total	18	100

Em relação a opção religiosa da amostra, observa-se que a maioria dos pacientes segue o catolicismo, 72%, 17% são evangélicos e apenas 01 paciente (5,5%) segue o espiritismo. Houve também 01 paciente (5,5%) que disse não ter inclinação por alguma religião, como aponta a tabela abaixo.

Tabela 4.6 – Número de pacientes em relação a religião adotada

Religião	N	%
Católica	13	72
Evangélica	03	17
Espírita	01	05,5
Nenhuma	01	05,5
Total	18	100

Tabela 4.7 – Número de pacientes cientes dos seus respectivos diagnósticos.

Ciente do diagnóstico	N	%
Sabe	13	72
Não sabe	05	28
Total	18	100

De acordo com a tabela acima, observa-se que 72% dos pacientes têm ciência do diagnóstico de suas respectivas doenças. Os demais pacientes, quando perguntados sobre este item, manifestaram respostas como “só sei que é do pulmão, o que é exatamente, eu não sei”. Quando perguntados, também, sobre o início da doença, 50% não conseguiram encontrar algum fator significativo que pudesse estar associado com o surgimento da doença. Entretanto, os outros 50% associaram o início de seus sintomas com conflitos familiares, falecimento de parentes próximos e com outras doenças, algumas desde a infância.

Tabela 4.8 – Número de pacientes em relação a prática do tabagismo.

Tabagismo	N	%
Fumavam	07	39
Nunca fumaram	11	61
Total	18	100

Dos 18 pacientes, 39% eram fumantes. Eles iniciaram a fumar com 14 anos de idade em média, sendo que dois iniciaram com menos de 10 anos de idade.

Tabela 4.9 – Número de pacientes em relação a quantidade de hora diárias de uso de oxigênio.

Horas de oxigênio/dia	N	%
08 – 13	06	33
14 – 19	09	50
20 – 24	03	17
Total	18	100

Quanto ao tempo diário de uso de oxigênio, os dados apontam que 50% dos pacientes utilizam de 14 a 19 horas. Apenas 03 pacientes fazem uso acima de 20 horas e 06 pacientes utilizam o oxigênio entre 08 a 13 horas, como mostra a tabela acima.

Outras questões, em relação ao estado da doença, foram colhidas através das entrevistas como mostra a tabela 4.10.

Tabela 4.10 – Situações que podem melhorar ou agravar seus estados clínicos, segundo os pacientes.

Estado da doença	N	%
Quando a doença melhora?		
Estado emocional	07	39
Esforço físico	04	22
Alimentação	01	05
Clima	03	17
Medicamentos	03	17
Quando a doença piora?		
Estado emocional	09	50
Esforço físico	05	28
Alimentação	01	05
Clima	02	12
Medicamentos	01	05

4.2 – ANÁLISE DO TESTE PFISTER

O teste é concebido para fornecer informações sobre aqueles aspectos da personalidade que são importantes para a expressão da afetividade e o controle dos impulsos. É um instrumento de avaliação dos aspectos afetivos-emocionais da personalidade do indivíduo (técnica projetiva).

A experiência de ver a cor é sempre subjetiva e diz respeito, conforme comprovação de vários autores, em suas investigações experimentais (Heiss e Hiltmann, 1951; Schaie e Heiss, 1964; e Heiss e Halder, 1971), à esfera afetiva-emocional da personalidade.

Considerando-se que existe uma inter-relação na esfera mental da personalidade do indivíduo, entre o processo cognitivo, que se realiza por meio das funções de percepção e inteligência; entre os aspectos neurológicos enquanto substrato orgânico do processo de percepção e da repercussão afetivo-emocional; e entre os aspectos afetivo-emocionais, podemos dizer que a apreensão e estruturação da forma da pirâmide, e a maneira como o indivíduo irá projetá-la dizem respeito não só à sua idade cronológica como também ao grau de sua maturidade neurológica e psicológica.

A análise dos resultados do teste de personalidade Pfister revelou, quanto ao item *forma*, que 14 dos 18 sujeitos avaliados, construíram suas pirâmides sob a forma de *tapetes*, dentre eles *furados*, *desequilibrados* e *estruturados*. A forma das pirâmides se refere à distribuição das cores feita pelo sujeito, no modelo que lhe é apresentado.

A estrutura da forma da pirâmide resultante nos indica a existência de uma organização mental do indivíduo que envolve necessariamente distintos aspectos de sua personalidade: cognitivos, emocionais e orgânicos.

Assim sendo, a maneira como o indivíduo estrutura a forma da pirâmide, reproduz a sua organização mental. Também na estruturação da forma da pirâmide os distúrbios de ordem emocional podem se revelar na desorganização estrutural do mesmo, graças a estreita interligação que existe entre os aspectos objetivos da percepção e os subjetivos ou vivenciais da personalidade do indivíduo.

Do ponto de vista afetivo-emocional a forma da pirâmide permite avaliar ainda o grau de diferenciação afetivo-emocional do indivíduo. Quanto mais elevado o nível de estruturação formal, mais consistente se mostra a condição de crescimento ou de maturidade afetivo-emocional.

Nesta amostra se verifica que o nível de estruturação na maioria dos pacientes (14) é baixo, indicando imaturidade afetivo-emocional com maior tendência a distúrbios nessa esfera.

Os tapetes compreendem as formações desordenadas, e em se tratando de um grupo de pacientes com insuficiência respiratória crônica, onde a maioria constrói pirâmides com as características acima, verificamos que os mesmos são emocionalmente imaturos, com recursos de ego deficitários e com comprometimento da afetividade, refletindo negativamente na expressão da ansiedade e agressividade, portanto com recursos afetivos precários.

As outras formas encontradas (4 pacientes) se caracterizam por camadas multicromáticas (uma camada de cada cor) comumente encontradas em sujeitos com tendências a apresentar distúrbio emocional. Indica ainda personalidade em formação (imaturidade), não satisfatoriamente estabilizada, lábil, facilmente perturbável e conseqüentemente vulnerável.

Quanto a análise das cores, são avaliadas as de maior e menor freqüência de escolha, que são transformadas em escores.

No grupo estudado pode se verificar que, independente da idade cronológica, a imaturidade em termos afetivos encontra-se presente. São pessoas que lidam com seus afetos, fazendo uso de um super esforço do ego para manter a estabilidade emocional já que o limiar para excitação é baixo. Exige do ego uma força que não tem, sobrecarregando outros sistemas.

São pessoas com tendência à impulsividade mas que fazem uso de um super controle, podendo transmitir a aparência de tranqüilidade e equilíbrio. Verifica-se que são pessoas com fortes necessidades emocionais mas que tendem a reprimi-las. São muito

sensíveis podendo chegar a se sentirem inundadas por estímulos externos. Contudo verifica-se que o controle usado para reprimir emoções e até mesmo impulsos agressivos e primitivos tende a se fazer efetivo, mas as incapacita a expressarem seus sentimentos. Além disso verifica-se um super esforço para diminuir ou evitar a ansiedade. Há ainda indicativos de mau ajustamento emocional, pois apesar de todo esforço para controlar as emoções este nem sempre atinge seus objetivos.

A escolha da cor preta encontra-se abaixo do normal, o que não garante a ausência de sentimentos depressivos, mas que estes podem estar sendo manifestados de outras formas, até mesmo com sintomas físicos.

ANÁLISE INDIVIDUAL

01- Masc., 28 anos, primeiro grau incompleto.

Indicativo de presença de fortes necessidades emocionais mas com inabilidade para expressão das mesmas, podendo ocorrer de forma impulsiva ou agressiva. Apesar disso, não há indícios de turbulência interna das emoções, sugerindo que as mesmas estão sendo extravasadas através de outros sistemas.

02 - Masc., 66 anos, primeiro grau incompleto.

Imaturidade afetiva. Tendências à “agressividade”, já que seu limiar para excitação é baixo, do tipo “explosivo” e também pela presença de fortes impulsos primitivos. Dificuldades para expressar necessidades emocionais.

03 - Fem., 56 anos, primeiro grau.

Pessoa bastante sensível a estímulos, tendendo a sentir-se sobrecarregada pelos mesmos, usando de excessivo controle acabando por ser incapaz de expressar seus sentimentos e externalizar necessidades impulsivas. Isso tudo leva à adaptação externa comprometida. Necessita e busca contato, mas de forma ansiosa, podendo chegar ao oposto evitando o contato afetivo pois não conhece o equilíbrio. Personalidade estruturalmente fraca e pré

disposta a perturbações emocionais. Aspectos neuróticos importantes. Reprime e nega sentimentos projetando seus afetos no mundo de maneira tímida e ansiosa, por receio de perder o controle das emoções e dos impulsos. Ansiedade e instabilidade.

04- Fem., 42 anos, quarta série.

Dificuldades de relação com o mundo externo. Fortes necessidades emocionais cuja satisfação envolve a exteriorização para o meio, mas tem dificuldades em estabelecer relações interpessoais significativas o que a impede de realizá-las. Há uma quebra do mecanismo regulador das emoções, com tendências a fechar-se e reprimir sentimentos. Bloqueio importante levando a aparente tranqüilidade pela ação de um super controle.

05- Masc., 52 anos, sexta série.

Incapacidade para expressar sentimentos pela ação de mecanismos como repressão, negação e cisão dos afetos. Possui fortes impulsos primitivos que podem se manifestar de forma agressiva caso haja falha nos mecanismos de defesa, pois possui forte tendência a perda do controle dos impulsos e das emoções. Mau ajustamento emocional.

06- Fem., 45 anos, segundo grau completo.

Indicativo da presença de impulsos explosivos incontroláveis com baixo limiar de excitação, mas usando de um super controle para lidar com suas emoções. Dessa forma consegue ajustar-se à realidade apresentando-se como emocionalmente equilibrada por uma ação consciente de controle. Este super esforço pode trazer-lhe conseqüências prejudiciais à saúde física e emocional.

07- Masc., 65 anos, quarta série.

Presença de fortes necessidades emocionais, com inabilidade para a expressão das mesmas usando do controle para reprimi-las. Tem consciência de que tem uma agressividade contida e teme perder o domínio sobre a mesma, usando de uma ação consciente para evitar

ser inundado por estímulos que o tornem suscetível ao descontrole (já que possui tendências a perda do controle dos impulsos e das emoções).

08- Masc., 58 anos, primeiro grau incompleto

Imaturidade e baixo limiar de excitação, com a presença de fortes necessidades emocionais. Controla demasiadamente seus impulsos mas nem sempre com sucesso. Baixo nível de energia e alguns aspectos depressivos o tornam suscetível a ser dominado por estímulos internos e externos.

09- Masc., 44 anos, segundo grau completo.

Sensível a estímulos internos e externos com capacidade de controle de impulsos assim como de postergar a satisfação das necessidades. Indícios de emoção bem controlada às custas de supressão de sentimentos por uso de super controle.

10- Fem., 36 anos, superior completo.

Uso excessivo de controle por medo de ser invadida pelas emoções, já que é muito sensível a tudo, tanto externa quanto internamente e possui baixo limiar para excitação. Nega e reprime sentimentos, cisão dos afetos. Aspectos neuróticos.

11- Fem., 35 anos, quarta série.

Por tendência a perder o controle das emoções, usa de super controle e bloqueio comprometendo seu equilíbrio e tranquilidade.

12 – Masc., 69 anos, segunda série.

Presença de impulsos explosivos que tendem a se manifestar sob a forma de agressividade. Em contrapartida demonstra ter recursos para o controle dos mesmos com riscos de uma sobrecarga de estímulos, por ser muito sensível. Mau ajustamento emocional.

13- Masc., 56 anos, analfabeto.

Presença de fortes impulsos primitivos, podendo se manifestar sob a forma de comportamento associal, pois possui temperamento extrovertido e explosivo. Muito sensível aos estímulos.

14 - Masc., 63 anos, primeiro grau.

Apresenta inabilidade para expressar necessidades impulsivas de maneira racional e socializada, podendo chegar a comportamento associal e atitudes agressivas. Para conseguir o controle necessita de grande esforço, o que nem sempre consegue. Indícios de comprometimento emocional.

15- Masc., 25 anos, segundo grau incompleto.

Paciente com sensibilidade a estímulos internos e externos aumentada podendo sentir-se inundado e sobrecarregado pelos mesmos, com tendências a perder o controle das emoções. Mau ajustamento emocional.

16 – Masc., 29 anos, primeiro grau completo.

Grande potencial agressivo e impulsivo com tendências a perda do controle das emoções. Usa de controle consciente, evitando expressar e entrar em contato com sentimentos por temer ser inundado pelos mesmos.

17- Fem., 79 anos, primeiro grau incompleto.

Afeto impulsivo e tendências a resposta afetiva imediata do tipo explosiva. Presença de fortes necessidades emocionais cuja satisfação envolverá a extrojeção do impulso para o exterior de forma direta ou sublimada. Indícios de mau ajustamento emocional e desequilíbrio.

18- Masc., 57 anos, primeiro grau incompleto.

Fortes necessidades emocionais com tendências a perder o controle das emoções.

CORES COM MAIOR FREQUÊNCIA DE ESCOLHA FEITA PELO GRUPO ESTUDADO, COM ESCORES ACIMA DA MÉDIA:

- Vermelho 1
- Laranja
- Verde 1
- Azul 2
- Violeta 3
- Marrom
- Branco

CORES POUCO ESCOLHIDAS, COM ESCORES ABAIXO DA MÉDIA:

- Vermelho 2
- Violeta 2
- Preto

4.3 – RESULTADOS DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)

Os dados obtidos na escala HAD revelaram que a maioria dos pacientes na subescala de ansiedade, ou seja, 66,7% não apresentou índices significativos que pudessem classificá-los dentro das categorias leve, moderada ou grave. A pontuação obtida por estes pacientes, como mostra a tabela II, não ultrapassou 8 pontos, caracterizando os que atingiram até 4 pontos, 11%, como sem sintomas e 55,5% dos pacientes como subclínicos.

Tabela 4.11 - Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de ansiedade, com respectivas pontuações na subescala de ansiedade da (HAD-A).

Gravidade da Ansiedade	Número de casos	Pontuação na HAD-A
0 – sem sintomas	02	0 – 4
1 – subclínico	10	5 – 7
2 – leve	03	8 – 10
3 – moderada	03	11 – 13
4 – grave	--	> 14
Total	18	

Apenas 3 pacientes, 16,7% apresentaram nível leve de gravidade da ansiedade e o mesmo percentual 16,7% do total de pacientes foi verificado em relação ao nível moderado.

Nenhum paciente atingiu pontuação suficiente para ser classificado no nível grave de ansiedade.

Quanto aos dados obtidos na subescala de depressão, mostrados na tabela III, os resultados mostraram que 55,5% dos pacientes pertencem ao nível sem sintomas, 11% encontram-se no nível subclínico, 22% no nível leve, apenas 11% no nível moderado e não foi verificado nenhum paciente no nível grave de depressão.

Tabela 4.12 - Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de depressão, com respectivas pontuações na subescala de depressão da (HAD-D).

Gravidade da Ansiedade	Número de casos	Pontuação na HAD-A
0 – sem sintomas	10	0 – 4
1 – subclínico	02	5 – 7
2 – leve	04	8 – 10
3 – moderada	02	11 – 13
4 – grave	--	> 14
Total	18	



5- DISCUSSÃO

O motivo maior de pesquisar o perfil psicossocial de um grupo de pacientes com IResC, usuários de ODP, ocorreu em função do aumento de casos registrados nos últimos anos no Ambulatório de Reabilitação Pulmonar. Tratando-se de um ambulatório com trabalho multidisciplinar, há a necessidade de se obter dados globais dos pacientes para somar as “ferramentas” de trabalho e conseqüentemente oferecer aos pacientes mais recursos terapêuticos. BETHLEN (1975).

Segundo EVA et al. (1994), a escola de Chicago com Franz Alexander e colegas, já na década de 30, caracterizavam como “perfis psicológicos” a presença constante de algumas características de personalidade em pacientes com determinadas doenças físicas. No perfil psicossocial, além de avaliar o perfil psicológico, o contexto a ser explorado é ampliado, podendo atingir esferas sociais, econômicas, profissionais, constituição familiar e história de vida.

Os dados encontrados mostram que quanto ao estado civil, mais da metade da amostra são casados 55%, 33% são solteiros, enquanto que 01 paciente é separado e 01 é viúvo. Esses dados são muito importantes nesses casos pois a presença de pessoas próximas, principalmente o cônjuge, tem-se revelado ser de grande importância na vida do paciente uma vez que se torna um elemento continente para o suporte psicológico e físico.

O nível de escolaridade da amostra revelou que a maior parte dos pacientes não concluiu o primeiro grau (72%). Este fato pode decorrer do baixo nível sócio-econômico das famílias destes pacientes, as quais não puderam oferecer possibilidades de manutenção dos estudos, levando-os precocemente, ao início de atividades profissionais, dos quais apenas quatro pacientes atingiram o segundo grau, sendo que um deles não chegou a concluir e apenas um concluiu o nível superior

A religião é um elemento importante na fase atual desses pacientes, uma vez que a crença fornece conforto, esperança e faz a pessoa não se sentir tão desprotegida. A amostra revelou-se na sua maior parte católica (72%), seguida de evangélicos com 17%, 01 paciente espírita e 01 paciente sem inclinação religiosa.

Em relação a ocupação atual, apenas 4 (22%) se encontram desenvolvendo atividades ocupacionais, sendo um contador, outro encarregado e os outros dois fazem “bico”, um como vendedor de salgadinhos e o outro como conselheiro espiritual. Profissões que os pacientes executavam, quando ativos, têm relação com a escolaridade dos mesmos, já que eram funções sem necessidade de especialização. Devido aos sintomas físicos decorrentes das enfermidades, a maior parte dos pacientes (78%) foram obrigados a abandonar suas atividades profissionais, o que provoca grande frustração e revolta. Esta situação se estende na impossibilidade de executar tarefas domésticas e na manutenção da casa como cozinhar, lavar e passar roupas, cuidar do jardim, trocar telhas do telhado, lavar carro, entre outras, provoca nos pacientes fortes sentimentos de impotência e revolta por sentirem-se extremamente incomodados com a ajuda dos familiares, representando para eles, estado de invalidez. Esses sentimentos crescem de intensidade à medida que a doença evolui. A falta de recursos financeiros e o baixo nível de escolaridade da maioria dos pacientes, parece não estimulá-los a buscar novas atividades que substituam às que eles perderam. Alguns pacientes lêem com frequência, geralmente literatura religiosa como a Bíblia, mas a maior parte passa o dia assistindo televisão.

Quase um terço dos pacientes (28%) afirmam ignorar seus respectivos diagnósticos, relatando apenas que estão com os pulmões doentes mas não sabem o nome da doença, suas causas e o prognóstico. Esse valor parece ser positivo porque revela que a maior parte dos pacientes tem ciência de suas enfermidades. É interessante observar que quando argüidos se aconteceu algo diferente ou especial na época do surgimento dos sintomas, 50% dos doentes não relacionam a nenhum fato que acreditassem estar associado com o início da doença. Enquanto que os demais pacientes afirmam que situações de conflitos familiares, falecimento de parentes próximos e a presença de outras doenças desde a infância podem ter influenciado.

Já, os pacientes que fumavam (39%), atribuíram categoricamente o surgimento da doença como conseqüência do vício, uma vez que começaram a fumar com idade média de 14 anos. Importante observar que nem todas as doenças pulmonares possuem relação com o fumo. Todos abandonaram o hábito de fumar por recomendações médicas e devido o estado clínico das doenças. Outro motivo que ajudou na decisão de parar de fumar foi a

indicação para o uso de oxigenoterapia domiciliar, uma vez que a manutenção do hábito exclui o paciente desta terapia. (PASCHOAL et al., 1997).

Quanto ao número de horas diárias (h/dia) de uso do oxigênio, 50% da amostra utiliza entre 14 a 19 horas. Este período, segundo MACHADO (1999), parece ser bem indicado uma vez que estudos, citados no artigo da autora, mostraram a eficácia da OPD durante um uso mínimo de 15 h/dia. Exatamente um terço dos pacientes utilizam o oxigênio durante 08 a 13 h/dia e 17% utiliza durante 20 a 24 h/dia.

A indicação da ODP nem sempre é aceita para alguns pacientes. O fato de usar o cateter, ficar “preso” a um cilindro ou concentrador durante horas, causa de impacto, no mínimo, estranheza. Muitos pacientes sentem-se envergonhados com fantasias de que as pessoas estão olhando com espanto para os equipamentos, o que parece ser, nesse caso, o próprio espanto do paciente projetado nas pessoas. Outra fantasia freqüente é a de que o uso de oxigênio causaria dependência orgânica e por isso acreditam que é melhor nem começar porque seria muito difícil “largar” como ocorre com o cigarro e outras drogas. Há, também, aqueles que consideram o uso de oxigênio como um sinal de fragilidade, ou seja, aceitar a terapia é admitir que necessitam de ajuda, o que é difícil para eles. A resistência maior, talvez, seja admitir que estão realmente doentes. O uso da OPD é diferente de simplesmente tomar remédios ou fazer exames porque é algo que fica exposto, para a visão de todos.

Os que aceitam com facilidade, não apresentam fantasias desse gênero, ao contrário, o que se observa é a esperança depositada na nova terapia. O cilindro e o cateter passam a ser “bons companheiros” para quem estava agonizando com falta de ar. Com estes pacientes, o contato social não é reduzido porque eles não se sentem incomodados na presença das pessoas, até fazem questão de continuarem com suas rotinas anteriores como ir à igreja, supermercado, visitar amigos e parentes e até mesmo viajar. JANSSENS et. al. (1997), recomendam o uso do cilindro portátil para proporcionar maior mobilidade aos pacientes.

Em relação a questão feita sobre os momentos que os pacientes sentem melhora e piora de seus sintomas, observou-se que 39% atribuiu aos estados emocionais como fatores determinantes de momentos de melhora e 50% atribuiu aos momentos de piora. A

razão para esses valores é devido a forma de lidar com sentimentos e com suas respectivas respostas emocionais. As respostas mais frequentes, observadas nesta questão, foram “passar nervoso”, “ficar ansioso” e “ficar incomodado”. É importante ressaltar que sentimentos e emoções influenciam diretamente nos sintomas físicos das doenças pulmonares, sobretudo a falta de ar, uma vez que sentimentos desencadeiam respostas emocionais (orgânicas) como sudorese e principalmente taquicardia. Com os batimentos cardíacos acelerados, para realizar a troca gasosa, os pulmões teriam que acompanhar o ritmo, algo difícil, já que suas atividades normais estão comprometidas. O resultado desse processo é a falta de ar intensa, o que faz aumentar a ansiedade que por sua vez aumenta a falta de ar, tornando-se para o paciente um ciclo até que ele consiga baixar sua ansiedade e “normalizar” sua respiração.

É interessante perceber que os índices da resposta envolvendo esforços físicos, 22% nos momentos que a doença melhora e 28% quando piora, ficaram bem abaixo dos índices da resposta envolvendo emoções (39 e 50% respectivamente). Esforços físicos para esses pacientes significa caminhar rápido, levantar peso, enfim, qualquer atividade que exija gastar energia.

Outras respostas como alimentação e clima refletem na rotina que cada paciente adota. A sensação de algum mal estar leva o paciente a buscar respostas em algo que ele considera ter saído da rotina, geralmente atribuído nesses dois fatores.

Quando questionados se têm planos e expectativas para o futuro, as respostas obtidas apontam que enquanto alguns querem voltar ao trabalho, guardar dinheiro, viajar, ver os filhos crescerem e ter uma vida segura, outros, esperam apenas a cura, como um milagre e os demais não acreditam na possibilidade de viver com saúde, 30% da amostra não tem mais esperanças que serão curados.

Quanto às características psicológicas destes pacientes, observou-se através dos resultados do teste de Pfister que 14 dos 18 pacientes (78%) encontram-se com baixo nível de estruturação da personalidade, indicando imaturidade afetivo-emocional, com recursos de ego deficitários e com comprometimento da afetividade, refletindo negativamente na expressão da ansiedade e agressividade, com recursos afetivos precários, com tendência a impulsividade.

Nos demais pacientes (22%), os dados revelaram tendências a apresentar distúrbio emocional, com personalidade imatura, ainda em formação, não satisfatoriamente estabilizada, lábil, facilmente perturbável e conseqüentemente vulnerável.

No grupo pesquisado, observou-se imaturidade em lidar com afetos, independente da idade cronológica. São pessoas com limiar de excitação muito baixo e que portanto, exigem um grande esforço do ego para manter a estabilidade emocional, uma vez que o ego apresenta-se com uma estrutura fraca e conseqüentemente a tendência é sobrecarregar outro sistema, provavelmente o soma.

Verificou-se também, no grupo, tendência à impulsividade, com forte controle de repressão, levando a transparecer tranqüilidade e equilíbrio. No entanto, estes pacientes revelaram intensas necessidades emocionais, são sensíveis e com facilidade sentem-se inundados pelos estímulos externos, o que pode gerar ansiedade. Observa-se, porém, um grande esforço para diminuí-la ou tentar evitá-la, o que nem sempre é possível.

Apesar do baixo índice de escolha da cor preta, não se pode afirmar a ausência de sentimentos depressivos, uma vez que os mesmos poderiam ser manifestados de outras formas, como por exemplo por sintomas físicos.

Na escala HAD, observou-se que 17% da amostra apresentou prevalência para ansiedade e 12% para depressão, tendo como 8/9 de ponto de corte para as subescalas de ansiedade e depressão respectivamente. Segundo BOTEGA et al. (1995), a freqüência de transtornos do humor em pacientes internados no hospital geral varia de 20% a 60%. Comparando os resultados obtidos nesta amostra com os encontrados na pesquisa do autor acima (20,5% de casos de ansiedade e 33% de casos de depressão, com 78 pacientes de enfermagem clínica), pode-se dizer que os mesmos encontram-se um pouco abaixo. Entretanto, os valores verificados no grupo em estudo expressam uma quantidade significativa de transtorno do humor em relação ao tamanho da amostra.

Na pesquisa realizada por JANSSENS et al. (1997) com pacientes com insuficiência respiratória crônica, usuários de oxigenoterapia domiciliar, também avaliados com a escala HAD, os dados obtidos revelaram, segundo os autores, alta prevalência de depressão e ansiedade com 21 e 27%, respectivamente. Os dados de Janssens estão mais próximos dos encontrados nesta pesquisa.

Em seu artigo ‘Ansiedade normal e patológica’, PEREGRINO (1996) estuda a etimologia e o conceito de ansiedade, mostrando que o fenômeno parece ser muito antigo, desde a Grécia antiga. Contudo, somente a partir do século XIV é que o termo ansiedade ganhou atenção na cultura ocidental. Desde então, o conceito de ansiedade passou a ser estudado pelas principais correntes de pensamento: o existencialismo, a psicanálise, a fenomenologia, e teoria do stress e a neuroquímica.

A conclusão oferecida pelo autor é a de que a ansiedade é um sintoma presente em praticamente todos os quadros mentais. No contexto de um aspecto normal do ser humano, a ausência de ansiedade é mais sinal de doença do que de saúde e quanto ao aspecto patológico, quando ela ultrapassa o suportável, há condições terapêuticas bastante eficazes para o seu alívio, com psicoterapia e medicamentos. Para definir a ansiedade, PEREGRINO (1996), cita a definição de ansiedade segundo Pierre Pichot:

‘como sendo um estado emocional desagradável que em geral consiste fenomenologicamente de três condições: a) um sentimento ou sensação de perigo eminente; b) uma atitude de expectativa em relação a esse perigo; c) um sentido de desorganização, com sensação de total desamparo diante do perigo. Esses são traços que também ocorrem no medo. Em princípio, a diferença entre a ansiedade e o medo estaria no fato de que, no último, existe um objeto ou uma situação que ameaçam o indivíduo, em contraposição ao que se observa na ansiedade, onde falta esse objeto ou situação.’

Segundo GUIMARÃES (1993), a depressão é o distúrbio afetivo mais comum, e caracterizado por sentimentos de tristeza, autodepreciação, desvalia, abandono, culpa, incapacidade de sentir prazer e angústia com caráter emocional extremamente doloroso. Além desses sintomas, pode ocorrer alterações físicas como distúrbios do sono, apetite, função sexual, perda ou ganho do peso, dificuldade respiratória e dor. Quanto a etiologia dos distúrbios afetivos, o autor aponta fatores genéticos, como importante papel na vulnerabilidade desses distúrbios. Outros fatores, ambientais, como a ausência de um bom apoio social, dificuldades psicossociais crônicas e perda da mãe na primeira infância favorecem o aparecimento de crises depressivas.



6- CONCLUSÃO

A análise dos dados revelou algumas características presentes na maioria da amostra, podendo ser consideradas como conteúdos do *perfil psicossocial*. Nesse sentido, pode-se observar que: quanto ao gênero, 67% masculino; quanto a idade, quase um terço tem entre 51 a 60 anos; quanto o estado civil, 55,5% é casado; quanto ao nível de escolaridade, 72% não concluiu o primeiro grau; quanto a ocupação atual, 78% está aposentado; quanto ao credo religioso, 72% é católica; quanto ao conhecimento do diagnóstico, 72% tem ciência; quanto ao uso de tabaco, 39% fumavam; quanto aos fatores atribuídos nos momentos de melhora e piora da doença, as emoções foram reforçadas em ambas situações, principalmente nos momentos de piora, 50%.

Diante da análise do teste Pfister, foi possível detectar que a estrutura psicológica de 78% dos pacientes é frágil, com imaturidade afetiva, baixo limiar para excitação, tendência a impulsividade com forte repressão e dificuldade de estabelecer vínculos saudáveis.

Estes dados são extremamente importantes para se compreender a dinâmica psico-afetiva dos pacientes e também para refletir qual modelo de suporte psicológico poderá ser adotado no trabalho terapêutico.

Em relação ao segundo objetivo da pesquisa que foi avaliar o grau de ansiedade e depressão da amostra, os dados revelaram 17% de “casos” de ansiedade e 11% de “casos” de depressão, não podem ser desprezados, uma vez que representam valores expressivos para o tipo de população estudada, requerendo, se necessário, a interconsulta com a psiquiatria para avaliação. Vale lembrar que o teste de Pfister sugeriu a possibilidade de existir conteúdos depressivos manifestados de outras formas, inclusive como sintomas físicos.

Tendo em vista os objetivos propostos, pode-se concluir que trata-se de um grupo com características sócio-culturais deficitárias, com carências e limitações durante o processo de desenvolvimento. A estrutura da personalidade revelou-se afetivamente imatura com tendência a desviar as tensões emocionais para o soma.

É importante ressaltar que considerando a doença como fenômeno multifatorial, o tratamento teria que atingir esses diferentes fatores. Aqui, cabe portanto, a sugestão de um suporte psicológico acompanhado do tratamento médico.

Há a necessidade de novas investigações para se obter maiores informações sobre os pacientes com insuficiência respiratória crônica, inclusive estudos que pudessem explorar amostras maiores que desta pesquisa. Talvez, seria útil estudos com tabagistas devido o grande número de pacientes com doenças pulmonares, dependentes do cigarro.



***7- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ANDRADE E. F., SILVA F.A.A. – Fibrose Cística (cap. 17-1) In: CORRÊA DA SILVA L.C. – Conduas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, pp 919-927

BECKER, E. - A Negação da Morte - Editora Record, Rio de Janeiro, 1973.

BETHLEM, N. - Pneumologia - Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1975.

BÍBLIA SAGRADA – Editora Ave Maria, São Paulo, 1984.

BUCHI, St. et. al. - Fatores psicossociais preditivos de sucesso a longo prazo na Reabilitação hospitalar de pacientes com DPOC - Eur. Respir. J. 1997: 1272-7

BOTEGA NJ, BIO MR, ZOMIGNANI MA et al. – Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão –Revista Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

BOTEGA NJ, PONDÉ MP, MEDEIROS P et al. – Validação da escala hospitalar de Ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais – Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 47(6): 285-289, 1998.

CAPISANO, H.F. – O Processo do Homem – Revista Brasileira de Psicanálise, vol. 28 No 01, São Paulo, 1994.

CONTE, H.R.; KARASU, T.B. – Psychotherapy for medically ill patients: review and Critique of controlled studies. – Psychossomatics, 22: 285-315, 1981.

COSTA, C. A. F., KROPF, G. L., LAKS, J. et al. - Estudos das falhas no tratamento da brônquica a curto prazo_ - J. Pneumologia, n. 3, p. 26, 1977.

COSTA, C. A. F., KROPF, G. L., PONTES, E. L. et al. - Provas funcionais no tratamento da asma - J. Pneumologia, n. 3, p. 24, 1977.

DE PAULA, A – Pneumologia – São Paulo: Sarvier, 1984

EKSTERMAN, A. – Abordagem Psicodinâmica dos Sintomas Somáticos – Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 28, no 01, São Paulo: 1994.

ENGEL, G.L. – From Biomedical to Biopsychosomatal. Being Scientific in the Human Domain. – Psychosomatics 38: 521-528, 1997.

EVA A.C., et al. – Psicossomática e Nossa Prática Psicanalítica.- Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 28-N ° 1, São Paulo: 1994.

FADIMAN, J., FRAGER, R.- Teorias da Personalidade - São Paulo, Harbra, 1986.

FISS E., PINTO R.M.C. –Asma Brônquica e Refluxo Gastroesofágico (cap 11)In: Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: Atheneu, 1999, pp 82-86.

FREUD S. (1895d) – Estudos sobre a Histeria. In Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.v.2.

GUIMARÃES, F.S. – Neurobiologia das Doenças Mentais – editores Graeff, Frederico Guilherme e Brandão, Marcus Lira. São Paulo, Ed. Lemos,1993.

GREENBERG, G.D.; RYAN,JOSEPH, J.; BOURLIER, P.F. - Psychological and neuro-Psychological aspects of COPD. – Psychosomatics, 26: 29-33, 1985.

HETZEL J.L., CORRÊA DA SILVA L.C. – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In: CORRÊA DA SILVA L.C. – Conduas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter 2001, pp324.

HOFFMANN A., SCATTOLIN I. – Pneumonias (cap. 17-4) In: CORRÊA DA SILVA .C. Conduas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, pp 942-950.

JANSSENS, J.P.; ROCHAT, T.; FREY,J.G.; DOUSSE,N.; PICHARD,C.; TSCHOPP, J.M. Healt-related quality of life in patients under lung-term oxygen therapy: a home based Descriptive stud – Respiratory Medicine 91: 592-602, 1997.

KIM, H.F.S.; KUNIK, M.E.; MOLINARI, V.A.; HILLMAN, S.L.; LALANI, S. – Funcional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression – Psychosomatics, 41: 465-470, 2000.

LAKATOS, E. M., MARCONI, A. M. -_Fundamentos de Metodologia Científica - São Paulo, Atlas, 1991.

LAROUSSE CULTURAL – Grande Enciclopédia – Ed. PLURAL, 1998.

LEDOUX, J. - O Cérebro Emocional - os misteriosos alicerces da vida emocional - Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 1998.

LELOUP, J.Y. - Carência e Plenitude: elementos para uma memória do essencial – Petrópolis, RJ., Vozes, 2001.

LELOUP, J.Y. – Amar... apesar de tudo. Encontro com Marie de Solenne – Campinas, Ed. Verus, 2002.

LOBATO, J. E. e Col. - Aspectos afetivo-existenciais em pacientes com DPOC - Jornal de Pneumologia, vol. 16, p. 27, 1990.

MACFADDEN, M.A.J. – Contribuições da Psicanálise Contemporânea para o Estudo das Manifestações Psicossomáticas – Tese de Doutorado na Universidade Estadual de Campinas, SP. 1993.

MACFADDEN, M.A.J. – Hipertensão arterial essencial e estresse. – Rev. Ass. Bras. Med. Psicossomática, 3:3-7, 1999.

MARQUES, M. I. B. “O Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister” São Paulo – EPU 1988.

MARTY, P.; de M’UZAN, M. – O Pensamento Operatório. – Revista Brasileira de Psicanálise, 28:165-176, 1994.

MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. – A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. – Ed. Moraes, São Paulo: 1994.

MCDOUGALL, J. – Teatros do Corpo. – Martins Fontes, São Paulo: 1996.

MELLO FILHO, J. e Col. - Psicossomática hoje - Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

MENEZES A M.B. – Epidemiologia da DPOC – In: CORRÊA DA SILVA L.C. – Conduas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. pp 326-329.

MOREIRA J.S., TIETBOEHL FILHO C.N. – Doenças Pulmonares Ocupacionais (cap.70) In: CORRÊA DA SILVA L.C. – Compêndio de Pneumologia. São Paulo: BYK, 1991 pp 760-772.

MORGAN, A.D.; PECK, D.F.; BUCHANAN, D.; McHARDY, G.J.R. – Psychological Factors contributing to disproportionate disability in chronic bronchitis – Journal of Psychosomatic Research, 27: 259-263, 1983.

MORSE, J.M., FIELD, P.A. – Qualitative Research Methods for Health Professional. – London: SAGE, 1995.

MUELLER, F.L. – História da Psicologia. Da Antigüidade aos Nossos Dias – São Paulo Editora Nacional e Editora da USP, 1968.

NEMIAH, J.C.; SIFNEOS, P.E. – Psychosomatic Illness: a problem of communication. Psychother Psychosomatic 18:154-160, 1970.

OLIVEIRA M.R.L.G. – Alexitimia na Algia Pélvica Crônica – Tese de Doutorado na Universidade Estadual de Campinas, SP. 2002.

PALOMBINI B.C. – Pneumologia: Definição, Histórico e Perspectivas (cap.01) In: CORRÊA DA SILVA L.C. – Compêndio de Pneumologia. São Paulo: BYK, 1991, 31-33.

PALOMBINI B.C., CORRÊA DA SILVA L.C., MOREIRA J.S. –Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica (cap. 32) In: CORRÊA DA SILVA L.C. Compêndio de Pneumologia. São Paulo: BYK, 1991, pp 315-335.

PALOMBINI B.C., HETZEL J.L., DANIELE R.P. – Asma Brônquica (cap.33) In: CORRÊA DA SILVA L.C. Compêndio de Pneumologia. São Paulo: BYK, 1991, pp 336-352

PASCHOAL I.A. e Col. – Oxigênio-terapia Prolongada Domiciliar, Experiência do Hospital de Clínicas da UNICAMP – Revista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, vol. VI – N °1/1997.

POMP, G. - Situações psicossociais geradas pelas doenças broncopulmonares crônicas - Jornal de Pneumologia, vol. 16, p. 26, 1990.

PEREGRINO, A – Ansiedade normal e patológica – Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Março 1996, vol.45 no 3.

QUEVEDO, O.G. – Antes que os demônios voltem – Edições Loyola, São Paulo, 1989.

RIGATTO M. – Cor Pulmonale Crônico (cap. 35) In: TARANTINO A.B. – Doenças Pulmonares. Rio de Janeiro: Koogan S/A. 1976, pp 705-712.

RITZ, T.; STEPTOE, A. – Emotion and Pulmonary Function in Asthma: Reactivity in the Field and Relationship With Laboratory Induction of Emocion. – Psychosomatic Medicine 62: 808-815, 2000.

SERPA C.E. – Asma e Pneumonites Alérgicas – (Cap. 10). In: TARANTINO A B. – Doenças Pulmonares. Rio de Janeiro: Koogan S.A., 1976, pp182-205.

SEVERO L.C. – Paracoccidiodomicose (cap56) In: CORRÊA DA SILVA – Compêndio e Pneumologia. São Paulo:BYK, 1991, pp 601-606.

SHNEERSON J. – Distúrbios da Ventilação – Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

SIFNEOS, P.E. – The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. – Psychoter. Psychosom., 22: 255-262, 1973.

SOARES, J.L. – Biologia, volume 1, Biologia Molecular, Citologia, Histologia – Scipione São Paulo, 1992.

SOARES J.L. – Biologia, volume 2, Funções Vitais, Embriologia, Genética – Scipione: São Paulo, 1992.

SOARES J.L. – Programas de Saúde – Scipione: São Paulo, 1994.

SOUZA, C.B. e Col. - Qualidade de vida nos pacientes com DPOC - *Jornal de Pneumologia*, vol. 20, p. 15, 1994.

STEINER, C. – Educação Emocional. – Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

STROHL, K.P.; THOMAS, A.J. – Breathlessness, Anxiety, and Respiratory Physiology – *Psychosomatic Medicine* 60: 680-681, 1998.

UZUNIAN A. – *Biologia e Ecologia, Sistema Anglo de Ensino* – São Paulo: Anglo 1985.

VAN DEN BERGH, O.; STEGEN, K.; VAN DE WOESTIJNE, K.P. – Learning to have Psychosomatic complaints: Conditioning of Respiratory Behavior and Somatic Complaints in Psychosomatic Patients. – *Psychosomatic Medicine* 59: 13-23, 1997.

VASSOLER & MACFADDEN – Atendimento Psicológico com Pacientes de DPOC – Trabalho apresentado no Primeiro Encontro Internacional de Reabilitação Psicossocial. Erechim: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Campus de Erechim, 2001.

VOLICH, R.B. – *Psicossomática, de Hipócrates a Psicanálise* – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WEIL, P., TOMPAKOW, R. - O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal - Petrópolis, Ed. Vozes, 1983.

WIJKSTRA, P.J.; VAN ALTENA, R.; KRAAN, J.; OTTEN, V.; POSTMA, D.S.; - Quality Of Life in Patients with Chronic Obstrutive Pulmonary Disease Improves After Rehabilitation at Home. – *European Respiratory Journal*, 7: 269-273, 1994.

WIJKSTRA, P.J.; TEN VERGERT, E.M.; VAN ALTENA, R.; OTTENO,O.; POSTMA, D.S.; KRAAN, J.; KOETER, G.H. – Reability and Validity of the Chronic Respiratory Questionary (CRQ) – *Thorax* 49: 465-467, 1994.



8- ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

01- Identificação

Nome: _____
Sexo () M () F
Data Nasc. ____/____/____ Idade: _____
Estado civil: _____
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Naturalidade: _____
Religião: _____
Endereço: _____

02- Família

Pai _____ idade: _____
Mãe _____ idade: _____
Irmãos _____
Cônjuge: _____ idade: _____
Filhos: _____

03- Infância

Gestação: _____
Nascimento: _____
Desenvolvimento Neuropsicomotor: _____
Amamentação: _____
Até quando mamou? _____
Aceitação do alimento: _____
Uso de chupeta, fralda, dedo? Até quando? _____
Predileção por bichinhos para dormir? Até quando? _____
Relacionamento com os pais: _____
Relacionamento com os irmãos: _____
Clima familiar: _____
Alimentação e sono: _____
Divertimento, lazer, jogos, etc.: _____
Atividades sociais da família: _____

04- Adolescência

Relacionamento com os pais e irmãos: _____
Vida escolar: _____
Sociabilidade, lazer, atividades culturais, esportes: _____
Sexualidade:
Obteve informações sexuais? _____ de quem? _____
Primeiras experiências sexuais: _____
Doenças sexuais transmissíveis? _____
Procurou ajuda? _____ que tipo? _____
Aceitação do corpo: _____
Relacionamentos afetivos (namoros): _____
Trabalho: _____

05- Adulto

Casamento: _____
Família: _____
Trabalho: _____

06- Informações sobre a doença atual

Doença (diagnóstico): _____
Quando iniciou? _____
Aconteceu algo nesta época? _____
Quais os sintomas: _____
Que tipo de ajuda procurou? _____
Há quanto tempo está sendo tratado(a) no HC UNICAMP? _____
Quando a doença melhora? _____
Quando a doença piora? _____

Se for fumante:
Quando iniciou a fumar? _____
Quantos cigarros? _____
Ainda fuma? _____
Em quais situações fumava mais? _____

Continua trabalhando? _____
Quais atividades desenvolve hoje? _____

Como lida com as perdas e limites? _____
Sociabilidade: _____
Lazer: _____
Tem planos para o futuro? Quais? _____

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () À maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

() A maior parte do tempo

- A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca
- D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca
- A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre
- D Eu perdi o interesse de cuidar de minha aparência:
3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim
- D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca
- A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

- D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou
Quando leio alguma coisa:
- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisa: Perfil Psicossocial de Pacientes com Insuficiência Respiratória Crônica, usuários de oxigenoterapia domiciliar.

Profissional Responsável: Rogério João Vassoler, Psicólogo, CRP 06/39614-0

Eu, _____, RG _____
HC _____, ciente da justificativa e objetivos desta pesquisa, autorizo ser submetido aos testes Pfister, INV, Atenção Concentrada e responder aos questionários da Escala de Ansiedade e Depressão e do Roteiro de Entrevista. Estou informado das características destes instrumentos e da garantia do profissional responsável em manter sigilo da minha identidade, sem que seja exposta nas conclusões e publicações. Sei que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento pela equipe do Ambulatório de Reabilitação Pulmonar.

Entrevistado: Nome _____

Ass. _____

Responsável legal pelo paciente:

Nome: _____, RG _____

Endereço: _____

Ass. _____

Entrevistador: Nome _____

Ass. _____

Data ____/____/____