

AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIÁRIA

Amadeu Martins*, Ana I. Silva** e Rui Nêveda***

Resumo

Os autores avaliaram o ajustamento psicológico de doentes com insuficiência respiratória crónica submetidos a Ventilação Mecânica Domiciliária e de profissionais de saúde (controlos), para caracterizar o possível impacto da doença respiratória na saúde mental destes doentes, e determinar se as doenças mais graves e os tratamentos mais limitativos acarretam maior psicopatologia. O ajustamento psicológico foi avaliado através do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e do Hopkins Symptom Distress Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Os doentes mais graves apresentaram pontuações significativamente superiores nas dimensões de "Somatização", "Depressão", e "Ansiedade fóbica" do SCL-90-R e no BDI-II. Os

resultados são discutidos considerando a co-morbilidade psiquiátrica desta população clínica e as adaptações impostas pela doença crónica ao indivíduo e seus cuidadores, a par de factores protectores como um estilo activo de confronto e suporte social, os quais poderão favorecer o doente.

Palavras-chave: *Insuficiência Respiratória Crónica; Ventilação Mecânica Domiciliária; Ajustamento Psicológico; Psicopatologia.*

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Respiratória (IR) é definida como a incapacidade do aparelho respiratório manter as trocas gasosas em níveis adequados, ocorrendo sempre que a PaO_2 seja inferior a 70 mmHg. Pode tratar-se de uma IR Parcial quando uma PaO_2 inferior a 70 mmHg acompanha uma PaCO_2 que não excede os 45 mmHg. Quando se verifica uma PaO_2 inferior a 70 mmHg associada a uma PaCO_2 superior a 45 mmHg, a IR diz-se Global^(1,2). O diagnóstico da IR Crónica baseia-se na sintomatologia clínica, nos valores dos ga-

* Psicólogo Clínico. Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, FMUP. Investigador da UIDC – UP.

** Psicóloga Clínica.

*** Chefe de Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar do Alto Minho.

ses sanguíneos arteriais e nos valores de pH, que devem ser interpretados relativamente à doença subjacente⁽²⁾.

De entre as várias causas de IR, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das patologias mais frequentes do mundo desenvolvido e a quarta causa principal de morte a nível mundial⁽³⁾. Caracteriza-se pela perda progressiva da função respiratória, que numa fase inicial se revela assintomática, não permitindo um diagnóstico precoce, pelo que grande parte dos doentes só são estudados quando a patologia já está estabelecida e por vezes em fases avançadas. Esta patologia surge por combinações variadas de enfisema e bronquite crónica^(4,5), e traduz-se numa diminuição dos débitos expiratórios, e numa inflamação das vias aéreas, podendo ser parcialmente reversível⁽³⁾. A DPOC é frequentemente menosprezada, sendo diagnosticados apenas 25% dos casos. Porém, estima-se que 10-15% das populações dos países industrializados são atingidas pela doença^(5,6). A prevalência da DPOC é mais elevada nestes países e tem tendência a aumentar no sexo feminino, com o aumento de prevalência dos hábitos tabágicos; a taxa de hospitalização é maior neste sexo, tal como a mortalidade^(3,7). Os agentes inalados, essencialmente o tabagismo, a exposição ocupacional, e a susceptibilidade causada pela deficiência de alfa 1-antitripsina, são considerados factores de risco “conhecidos” para a doença^(3,4,8). Dos factores de risco “prováveis” destacam-se a poluição ambiental, a hiperreactividade brônquica, as infecções respiratórias, os factores sócio-económicos, o sexo, a idade e a raça, entre outros^(3,4,5,8,9).

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do

Sono (SAOS) é também conhecida pela IR incapacitante que impõe. Os doentes não tratados têm menor sobrevivência, sendo a causa de maior mortalidade de natureza cardiovascular e uma das situações clínicas mais comuns na patologia do sono em geral^(10,11). A SAOS afecta entre 1-6% da população adulta, com maior incidência no sexo masculino, e é mais frequente em grupos específicos de doentes como os hipertensos, os obesos, etc.⁽¹²⁾. A apneia obstrutiva é a causa mais frequente da SAOS, caracterizando-se por múltiplos episódios de oclusão das vias aéreas superiores, que interrompem o fluxo oro-nasal, acompanhando-se na maioria das vezes, de alterações transitórias do ritmo cardíaco, pressão arterial sistémica e pulmonar^(12,13). Algumas das causas de obstrução já reconhecidas são o estreitamento anatómico, os volumes pulmonares, a distensibilidade faríngea, déficits de coordenação muscular do tracto orofaríngeo, entre outras⁽¹³⁻¹⁵⁾. Os estudos cefalométricos das características maxilo-mandibulares têm apontado diferenças na tipologia esquelética facial de indivíduos normais e de doentes com SAOS⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Essas alterações podem estar presentes no recém-nascido, explicando alguns casos de morte súbita^(16,17). A hipersonolência diurna é dos sintomas mais prevalentes da SAOS e está relacionada com a frequência das apneias e com a fragmentação do sono⁽¹⁸⁻²¹⁾. Além de cefaleias matinais, que tendem a desaparecer ao longo do dia, estes doentes manifestam frequentemente alterações cognitivas, nomeadamente, déficits de memória e de atenção⁽²²⁾, modificando quer o seu comportamento, quer a própria personalidade, não sendo raros os quadros depressivos e ansiosos, a

par de alguma irritabilidade e agressividade^(12,13). A diminuição da libido e a impotência sexual surgem nestes doentes associadas à hipersonolência diurna e/ou à depressão subjacente^(12,22).

A Síndrome de Hipoventilação/Obesidade (SHO) é outra das causas de IR, e caracteriza-se pela presença de obesidade, hipersonolência e hipercapnia diurna, podendo estar ou não associada a apneias obstrutivas durante o sono⁽²³⁾. Em contraste com a SAOS, em que a hipercapnia está mais relacionada com as apneias e hipopneias durante o sono, a SHO é caracterizada pela persistência de hipercapnia durante o dia⁽²⁴⁾. Os doentes de SHO que apresentam um índice de massa corporal elevado (IMC) possuem características clínicas semelhantes aos doentes de SAOS^(23,24). Por esta razão, uma grande parte dos doentes de SHO são afectados por SAOS grave, sendo a co-morbilidade superior no sexo masculino⁽²⁵⁾. A SAOS parece estar presente em mais de 50% dos obesos com um IMC superior a 40,0, e ser mais prevalente no sexo masculino. A SHO deverá ser rapidamente diagnosticada devido à elevada mortalidade associada, a qual parece assentar no desenvolvimento de hipertensão arterial^(25,26).

A cifoescoliose é uma deformidade óssea tóraxica que também pode causar IR Crónica por retenção de CO_2 e consequente diminuição da PaO_2 ^(2,27). Cerca de 80% dos casos de escoliose possuem origem idiopática, sendo os restantes provenientes de doenças neuromusculares como a poliomielite, ou outras, de origem congénita^(2,27). Também as sequelas de tuberculose pulmonar podem estar associadas no mesmo doente^(9,10,28). Assim, práticas como as ressecções pulmonares e a

frenectomia têm consequências análogas às da escoliose, associando, por vezes, uma componente ventilatória restritiva a uma outra obstrutiva, mais ou menos reversível^(9,10,28). A hipoventilação surge, em média, 30 a 40 anos após estes procedimentos cirúrgicos^(9,10,28).

Actualmente, a Ventilação Mecânica Domiciliária (VMD) é a resposta terapêutica a eleger para estas condições limitativas de IR. A VMD pretende melhorar a qualidade de vida, reduzir a morbilidade e promover uma melhor relação custo/eficácia no tratamento de doentes crónicos, através da manutenção das trocas gasosas pulmonares, da diminuição do esforço respiratório e da dispneia^(28,29). A VMD implica, no entanto, além da avaliação clínica do doente, um conhecimento do seu perfil psicológico, familiar e social, de modo a prever-se a sua adaptação à terapêutica instituída. Além destas variáveis, a própria doença crónica supõe um esforço de adaptação por parte dos doentes e suas famílias^(30,31). No aspecto da adesão ao tratamento, e no caso particular dos doentes de IR Crónica, uma má qualidade de vida está relacionada com sintomas de abatimento e depressão, propiciando o desenvolvimento de psicopatologia e comprometendo os esforços terapêuticos⁽³²⁾.

Considerando as dimensões causais da IR Crónica (IRC), o presente estudo pretendeu avaliar o ajustamento psicológico à doença, operacionalizado em duas medidas de auto-relato de saúde mental, numa série heterogénea de doentes com IRC com terapêutica ventilatória mecânica domiciliária instituída. Indagaram-se ainda eventuais associações entre a IRC subjacente, o género, e o auto-relato dos participantes.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

O presente estudo seguiu um desenho transversal de caso-controlo, e comparou 46 doentes com IRC (53,5%), sujeitos a ventilação mecânica domiciliária e/ou oxigenoterapia (utentes do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo) com 40 profissionais de saúde (46,5%) recrutados na mesma instituição (controlos).

Os critérios de inclusão no grupo de casos foram: a) diagnóstico de patologia respiratória estabelecido pelo pneumologista; b) tratamento domiciliário com ventilação não invasiva por pressão positiva e/ou Oxigenoterapia; c) ausência de perturbação mental estabelecida. Os participantes do grupo de controlo não possuíam diagnóstico de patologia respiratória (o que pressupõe ausência de tratamento), nem de qualquer perturbação psiquiátrica actual. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, assim como o aval da Comissão de Ética Hospitalar para a realização da investigação.

No Quadro I podem consultar-se os principais atributos sócio-demográficos dos participantes do estudo, obtidos através de um breve questionário de caracterização. Não se verificaram diferenças com significado estatístico na distribuição das variáveis “Género” ($\chi^2=3,36$; $p=0,067$, *n.s.*), “Estado Civil” ($\chi^2=2,896$; $p=0,408$, *n.s.*), e “História de hábitos tabágicos” ($\chi^2=2,517$; $p=0,113$, *n.s.*), apesar destes últimos serem mais prevalentes nos profissionais de saúde. No entanto, quando se avaliou a distribuição de fumadores consoante as patologias, não se verificou associação entre estas e os hábitos tabágicos ($\chi^2=1,616$; $p=0,446$, *n.s.*). Os doentes tinham entre os 15 e os 77 anos de

QUADRO I – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE DOENTES E DO GRUPO DE CONTROLO

	Doentes IRC n = 46	Profissionais de Saúde (n=40)
Sexo		
Feminino	11 (24%)	17 (42,5%)
Masculino	35 (76%)	23 (57,5%)
Idade		
Média $\pm$ d.p.	54,76 $\pm$ 14,49	50,78 $\pm$ 7,55
Estado Civil		
Solteiro	5(10,9%)	2 (5%)
Casado	35(76,1%)	34 (85%)
Divorciado	2(4,3%)	3(7,5%)
Víuvo	4(8,7%)	1(2,5%)
Escolaridade		
Até à 4ª classe	36(78,3%)	7(17,5%)
Até ao 9º ano	7(15,2%)	4(10%)
Até ao 12º ano	2(4,3%)	11(27,5%)
Ensino Superior	1(2,2%)	18(45%)
História de hábitos tabágicos		
Sim	15(32,6%)	24(60%)
Não	31(67,4%)	16(40%)

IRC: Insuficiência Respiratória Crónica

idade, enquanto os controlos se situavam entre os 41 e os 67 anos, sem que a diferença de médias obtivesse expressão estatística ($t=-1,564$; $p=0,122$, *n.s.*). A única variável cuja distribuição diferia significativamente entre os grupos foi o “Nível de Escolaridade”, superior nos profissionais de saúde ($\chi^2=41,357$; $p<0,001$).

Posteriormente, os doentes foram agrupados segundo a gravidade da sua patologia. Assim constituíram-se dois grupos de doentes: um englobando os casos de SAOS e de SHO [N=32 (69,6%)]; outro constituído pelos casos de DPOC, de sequelas de tuberculose pulmonar (STP), e de cifoescoliose (CE) [N=14 (30,4%)]. O Quadro II apresenta a distribuição das modalidades de tratamento por cada grupo de patologias. O

QUADRO II – MODALIDADES DE TRATAMENTO NOS GRUPOS DE PATOLOGIA DOS DOENTES

	<i>Doentes SAOS/SHO</i> <i>n = 32</i>	<i>Doentes DPOC, STP, CE</i> <i>n = 14</i>
<i>Modalidade de Tratamento</i>		
CPAP/AutoCPAP/BIPAP	29 (90,6%)	5 (35,7%)
CPAP/AutoCPAP/BIPAP&Oxigénio	3 (9,4%)	9 (64,3%)

CPAP: ventilação por pressão positiva contínua. AutoCPAP: ventilação por pressão positiva automática.

BIPAP: ventilação por pressão positiva em dois níveis (inspiratória e expiratória). SAOS: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. SHO: Síndrome de Hipoventilação por Obesidade. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. STP: Sequelas de Tuberculose Pulmonar. CE: Cifoescoliose.

grupo de patologias consideradas mais graves (DPOC/STP/CE) tinha uma maior incidência de tratamento simultâneo com VMD e oxigenoterapia ($\chi^2=15,23$; $p<0,001$).

Instrumentos

Foram administrados o Inventário de Depressão de Beck II [BDI-II]⁽³³⁾ e o Hopkins Symptom Distress Checklist-90-Revised [SCL-90-R]⁽³⁴⁾. Ambos os instrumentos foram já validados e utilizados em populações portuguesas⁽³⁵⁻³⁸⁾.

O BDI-II é um instrumento de despiste de sintomatologia depressiva altamente eficaz na discriminação de depressão *major* em doentes crónicos⁽³⁹⁾. Trata-se de um questionário de auto-avaliação com 21 categorias de sintomas e atitudes, cada qual composta por uma série de quatro a seis afirmações a partir das quais se pede ao sujeito que opte pela que melhor descreve a forma como se sente. A pontuação de cada item varia de zero a três, representando este último a maior intensidade da presença do sintoma. As diferentes categorias referem-se aos principais sintomas da síndrome depressiva, nomeadamente, a tristeza, o pessimismo, a anedonia, os sentimentos de culpa e de punição, a auto-depreciação, a ideação suicida, o choro fácil, a agitação, a perda de ener-

gia, as alterações do sono e do apetite, as dificuldades de concentração, entre outras.

O SCL-90-R é um questionário de administração individual ou colectiva, utilizado por diversos ramos da Medicina e da Psicologia⁽⁴⁰⁻⁴³⁾ com um breve tempo de aplicação. É composto por noventa itens de queixas sintomáticas, cada qual classificado de zero a quatro, consoante a opção de resposta que melhor traduz a frequência do seu acontecimento. Além de três índices globais e de um nível de sintomas discretos, permite avaliar nove dimensões de sintomas primários de saúde mental. Estas dimensões referem-se a sintomas de “Somatização”, “Ansiedade”, “Hostilidade”, “Ideação paranóide”, etc. Serão estas últimas objecto de análise no presente estudo.

Procedimentos

A recolha de dados decorreu no Centro Hospitalar do Alto Minho e considerou os diferentes grupos de participantes (casos-controlos) na investigação. Relativamente ao grupo de doentes com patologia respiratória (casos), após terem sido explicados os objectivos da investigação, obtido o consentimento dos doentes e salvaguardada a confidencialidade dos dados, procedeu-se à administração conjun-

ta contrabalaneada do BDI-II e do SCL-90-R e do questionário de caracterização sócio-demográfica. A aplicação dos questionários decorreu no âmbito das consultas de Pneumologia. Foram também consultados os processos dos doentes com patologia respiratória com o objectivo de recolher informação relativamente à patologia, ao tratamento e aos hábitos tabágicos, para posterior análise. Os procedimentos foram similares em relação aos profissionais de saúde (controlos).

Procedimentos de Análise de Dados

A análise de dados recorreu ao suporte informático "SPSS" (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11.0. Para a caracterização amostral foram conduzidas análises descritivas das distribuições das principais variáveis e análises inferenciais de frequências através da prova do Qui-quadrado com a correcção de Yates. Conduziram-se análises inferenciais de médias através da análise de

variância (ANOVA), quando o valor de n o assegurava. Quando não garantida a homocedasticidade e/ou a normalidade amostral, utilizaram-se estatísticas não-paramétricas, respectivamente, o teste de Kruskal-Wallis⁽⁴⁴⁾. O valor de significância estatística adoptado foi o de 5% de *odds*, i.e., um valor de probabilidade inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Compararam-se inicialmente "doentes" e "controlos" nas medidas de auto-relato, separando os resultados por género, dadas as reconhecidas diferenças de incidência de psicopatologia entre homens e mulheres⁽⁴⁵⁾. O Quadro III apresenta os valores médios dos grupos e o respectivo valor de significância estatística associado à prova de Kruskal-Wallis, utilizada para o teste de diferenças de pontuações médias de auto-relato entre os participantes masculinos.

QUADRO III – VALORES MÉDIOS E SIGNIFICÂNCIA ASSOCIADA AO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA AS DIMENSÕES AVALIADAS NOS PARTICIPANTES DO SEXO MASCULINO

Variáveis	(Sexo Masculino) Grupo de Controlo (n=23)	Valores Médios Doentes SAOS/SHO (n=26)	Doentes DPOC/STP/CE (n=9)	p
Dimensões SCL-90-R				
Somatização	19,89	32,10	46,56	0,000
Obsessão/compulsão	26,04	27,81	43,22	0,027
Sensibilidade interpessoal	29,20	28,98	31,78	0,906 n.s.
Depressão	24,85	29,31	41,94	0,036
Ansiedade	24,59	29,35	42,50	0,025
Hostilidade	30,20	30,62	24,50	0,619 n.s.
Ansiedade fóbica	20,98	31,77	44,72	0,001
Ideação paranóide	30,04	28,69	30,44	0,945 n.s.
Psicoticismo	27,46	30,98	30,44	0,748 n.s.
BDI-II				
Pontuação total	21,98	33,08	38,39	0,016

SAOS: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. SHO: Síndrome de Hipoventilação por Obesidade. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. STP: Sequelas de Tuberculose Pulmonar. CE: Cifoescoliose. n.s. = Sem significância estatística para $p < 0,05$.

QUADRO IV – VALORES MÉDIOS E SIGNIFICÂNCIA ASSOCIADA AO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA AS DIMENSÕES AVALIADAS NOS PARTICIPANTES DO SEXO FEMININO

Varáveis	(Sexo Feminino) Grupo de Controlo (n=17)	Valores Médios Doentes SAOS/SHO (n=6)	Doentes DPOC/STP/CE (n=5)	p
Dimensões SCL-90-R				
Somatização	11,12	19,33	20,20	0,025
Obsessão/compulsão	12,24	18,17	17,80	0,193 n.s.
Sensibilidade interpessoal	13,21	14,83	18,50	0,444 n.s.
Depressão	11,68	17,25	21,80	0,047
Ansiedade	11,76	16,75	21,10	0,062 n.s.
Hostilidade	12,56	16,00	19,30	0,226 n.s.
Ansiedade fóbica	11,50	17,75	20,80	0,044
Ideação paranóide	14,00	12,92	18,10	0,534 n.s.
Psicoticismo	13,50	14,42	18,00	0,558 n.s.
BDI-II				
Pontuação total	11,09	17,75	22,20	0,016

SAOS: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. SHO: Síndrome de Hipoventilação por Obesidade. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. STP: Sequelas de Tuberculose Pulmonar. CE: Cifoescoliose. n.s. = Sem significância estatística para $p < 0,05$.

Pela análise desta última, pode verificar-se que os doentes pontuam significativamente mais que os seus congéneres controlos no BDI-II, e nas dimensões “Somatização”, “Obsessão/Compulsão”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R. Por outro lado, o grupo de doentes com situação clínica mais grave (DPOC/STP/CE) pontua sistematicamente de forma superior. Seguidamente, no Quadro IV, são apresentados os resultados relativos aos participantes femininos.

Pela observação do Quadro IV pode constatar-se que as doentes pontuam de forma significativamente superior no BDI-II e nas dimensões “Somatização”, “Depressão”, e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R. De igual forma, as doentes mais graves apresentam pontuações superiores em ambos os instrumentos, exceptuando a dimensão de “Obsessão/

/Compulsão” do SCL-90-R. Os Quadros V e VI seguintes comparam os resultados do SCL-90-R e do BDI-II consoante a modalidade terapêutica dos sujeitos. A este nível importa referir que os casos clinicamente mais graves têm oxigenoterapia instituída como adjuvante da ventilação mecânica domiciliária.

Comparativamente, os doentes masculinos com oxigenoterapia instituída apresentam mais sintomatologia depressiva no BDI-II, e pontuações significativamente superiores nas dimensões “Somatização” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R. Resultado curioso é a pontuação significativamente *inferior* destes doentes na dimensão de “Hostilidade” do SCL-90-R. Acrescente-se ainda que apesar destes doentes terem pontuações mais elevadas na dimensão “Depressão” do SCL-90-R, estas não atingem expressão estatística.

QUADRO V – VALORES MÉDIOS E SIGNIFICÂNCIA ASSOCIADA AO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA AS DIMENSÕES AVALIADAS NOS PARTICIPANTES DO SEXO MASCULINO, CONSOANTE O TRATAMENTO

Variáveis	(Sexo Masculino) Grupo de Controlo (n=23)	Valores Médios Doentes A/B/C (n=26)	Doentes A/B/C + O² (n=9)	p
Dimensões SCL-90-R				
Somatização	19,89	33,13	44,88	0,000
Obsessão/compulsão	26,04	30,59	35,75	0,336 <i>n.s.</i>
Sensibilidade interpessoal	29,20	30,46	27,13	0,880 <i>n.s.</i>
Depressão	24,85	30,98	37,88	0,140 <i>n.s.</i>
Ansiedade	24,59	32,46	33,63	0,194 <i>n.s.</i>
Hostilidade	30,20	32,83	16,25	0,045
Ansiedade fóbica	20,98	34,30	37,81	0,005
Ideação paranóide	30,04	29,67	27,38	0,925 <i>n.s.</i>
Psicoticismo	27,46	31,48	28,69	0,688 <i>n.s.</i>
BDI-II				
Pontuação total	21,98	33,85	36,44	0,021

A: AutoCPAP: ventilação por pressão positiva automática. B: BIPAP: ventilação por pressão positiva em dois níveis (inspiratória e expiratória). C: CPAP: ventilação por pressão positiva contínua. *n.s.* = Sem significância estatística para $p < 0,05$.

QUADRO VI – VALORES MÉDIOS E SIGNIFICÂNCIA ASSOCIADA AO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA AS DIMENSÕES AVALIADAS NOS PARTICIPANTES DO SEXO FEMININO, CONSOANTE O TRATAMENTO

Variáveis	(Sexo Feminino) Grupo de Controlo (n=17)	Valores Médios Doentes A/B/C (n=7)	Doentes A/B/C + O² (n=4)	p
Dimensões SCL-90-R				
Somatização	11,12	18,14	22,50	0,018
Obsessão/compulsão	12,24	16,43	20,75	0,136 <i>n.s.</i>
Sensibilidade interpessoal	13,21	14,79	19,50	0,383 <i>n.s.</i>
Depressão	11,68	16,71	22,63	0,040
Ansiedade	11,76	16,57	22,50	0,046
Hostilidade	12,56	15,29	21,38	0,137 <i>n.s.</i>
Ansiedade fóbica	11,50	17,43	22,13	0,035
Ideação paranóide	14,00	13,14	19,00	0,481 <i>n.s.</i>
Psicoticismo	13,50	13,79	20,00	0,348 <i>n.s.</i>
BDI-II				
Pontuação total	11,09	17,43	23,88	0,011

A: AutoCPAP: ventilação por pressão positiva automática. B: BIPAP: ventilação por pressão positiva em dois níveis (inspiratória e expiratória). C: CPAP: ventilação por pressão positiva contínua. *n.s.* = Sem significância estatística para $p < 0,05$.

O Quadro VI sugere que as doentes em oxigenoterapia apresentam sintomatologia depressiva significativamente superior no BDI-II. De igual forma, as pontua-

ções destas doentes nas dimensões “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R são consistentemente superiores. A tendência ob-

QUADRO VII – EFEITOS DO “GÉNERO” E DO “GRUPO DE DIAGNÓSTICO” DOS PARTICIPANTES NAS DIMENSÕES DO SCL-90-R E NA PONTUAÇÃO TOTAL DO BDI-II

Variáveis	Valores de <i>p</i> associados (ANOVA multivariada)		
	Género	Diagnóstico	Interação 'Género' * 'Diagnóstico'
Dimensões SCL-90-R			
Somatização	,007	<,001	<,001
Obsessão/compulsão	,049	,024	,053 <i>n.s.</i>
Sensibilidade interpessoal	,016	,361 <i>n.s.</i>	,160 <i>n.s.</i>
Depressão	<,001	,001	<,001
Ansiedade	,005	,001	,001
Hostilidade	,935 <i>n.s.</i>	,849 <i>n.s.</i>	,751 <i>n.s.</i>
Ansiedade fóbica	,001	<,001	<,001
Ideação paranóide	,056 <i>n.s.</i>	,442 <i>n.s.</i>	,260 <i>n.s.</i>
Psicoticismo	,088 <i>n.s.</i>	,202 <i>n.s.</i>	,098 <i>n.s.</i>
BDI-II			
Pontuação total	,001	17,43	<,001

Nota = A variável “Grupo de Diagnóstico” compreende quer os controlos quer os doentes de SAOS/HO, e de DPOC/ST/CE. *n.s.* = Sem significância estatística para *p* <0,05.

servada anteriormente para a dimensão “Hostilidade” não se verifica. O Quadro VII apresenta os resultados de uma análise de variância multivariada dos efeitos das variáveis “Género” e “Grupo de diagnóstico” nas pontuações das várias dimensões do SCL-90-R e no BDI-II.

Pode observar-se que o “Género” está consistentemente associado às pontuações nas dimensões “Somatização”, “Obsessão/Compulsão”, “Sensibilidade Interpessoal”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R, e à pontuação no BDI-II. Por seu lado, o “Grupo de diagnóstico” associa-se às pontuações no BDI-II e nas dimensões “Somatização”, “Obsessão/Compulsão”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R. Ocorre um efeito de interação entre o “Género” e o “Grupo de diagnóstico” nas pontuações do BDI-II e das dimensões de “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R.

DISCUSSÃO

O presente estudo comparou o auto-relato de queixas psicopatológicas de um grupo heterogéneo de doentes com IRC com o de controlos saudáveis, recorrendo ao *Inventário de Depressão de Beck II* e ao *Symptom Distress Checklist 90 – Revised*. Os resultados demonstraram que os doentes de insuficiência respiratória crónica apresentam mais queixas sintomáticas de psicopatologia que controlos congéneres saudáveis. Foi possível identificar um efeito de interação entre o grupo de diagnóstico dos sujeitos e o género para as pontuações totais do BDI-II e para as dimensões de “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R, traduzindo-se num relato de maior intensidade sintomática nas doentes DPOC/STP/CE. As diferenças de género na incidência de psicopatologia⁽⁴⁵⁾

foram controladas, mas deverão merecer a atenção dos técnicos de saúde mental e pneumologistas, uma vez que se prevê um aumento da incidência de patologia respiratória crónica na população feminina, nos próximos anos⁽⁷⁾.

Globalmente, os resultados sugerem que a insuficiência respiratória crónica aumenta o risco de desenvolvimento de sintomatologia *depressiva* e *ansiosa* (eventualmente pela implementação de estratégias cognitivas de evitamento e de antecipação contextual de episódios de hipopneia/apneia) nestes doentes, sintomatologia essa que parece acompanhar isomorficamente a sua condição clínica. De facto, estudos recentes têm documentado elevada co-morbilidade psiquiátrica nestes doentes, sendo as perturbações depressivas, a perturbação de ansiedade generalizada e a perturbação de pânico os quadros mais frequentes, atingindo taxas muito superiores às da população normal^(46,47). Obviamente que se levantam sérias implicações em relação ao tratamento destes doentes. Os escassos estudos que avaliam o impacto das intervenções nos sintomas psiquiátricos concorrentes parecem sugerir que uma detecção e tratamento eficaz resultam numa melhoria simultânea do estado psíquico e físico do doente^(46,47). A este nível, tanto a psicofarmacologia⁽⁴⁶⁾ como a psicoterapia⁽⁴⁸⁾ parecem obter benefícios semelhantes. No entanto, um estudo recente alerta que o uso simultâneo de fármacos anti-depressivos e anti-hipertensores está associado a uma maior incidência do SOAS, o que poderá facilitar o colapso respiratório nesta população específica⁽⁴⁹⁾.

Os doentes mais graves inspiram maiores preocupações. A dependência de oxigénio para manter a função pulmonar

provoca uma elevada ansiedade, a qual pode acarretar um decréscimo da gestão que o doente faz do seu tratamento⁽⁵⁰⁾. Na realidade, a perda funcional respiratória está associada a um desinvestimento nas actividades da vida diária, o que reforça o isolamento e o desenvolvimento de atitudes negativas perante a doença e os tratamentos⁽⁵¹⁾. A vulnerabilidade à depressão instala-se antes do recurso à oxigenoterapia, acompanhando a falência respiratória nos quadros graves de DPOC⁽⁵²⁾, especialmente em idades mais avançadas⁽⁵³⁾, ou ainda em doentes relativamente jovens que não abandonam o hábito tabágico⁽⁵⁴⁾. Não é rara a descrição de crises de ansiedade e de pânico durante os episódios de dispneia grave, sendo esta a maior causa de disfuncionalidade nestes doentes⁽⁵⁵⁾. Compreende-se por isso que as dimensões de “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade” e “Ansiedade fóbica” do SCL-90-R e as pontuações totais no BDI-II sejam mais elevadas nos doentes que inspiram mais cuidados, ou seja, os que têm oxigenoterapia instituída. No entanto, os indivíduos masculinos deste grupo apresentaram um resultado curioso na dimensão de “hostilidade” do SCL-90-R, o qual merece ser discutido: pontuaram significativamente menos. Não parecerá razoável interpretar-se este resultado como “hostilidade reprimida”; antes poderá significar alguma passividade, resignação e/ou adaptação às limitações da oxigenoterapia. Por outro lado, os doentes menos graves têm também menos idade, exibindo talvez por isso mais dificuldades de adaptação à cronicidade da doença e dos tratamentos.

O impacto da doença crónica no ajus-

tamento emocional do doente (consequentemente, na sua qualidade de vida) parece ser mediado por variáveis como as estratégias de *coping*, a percepção da doença, entre outras^(56,57). As aptidões de confronto com o diagnóstico e as exigências dos tratamentos parecem prever a qualidade do ajustamento emocional à doença respiratória crónica⁽⁵⁸⁾. Actualmente, têm sido comparados estilos de confronto activo e passivo com os concomitantes da doença crónica, parecendo que as estratégias activas prevêm melhor qualidade de vida⁽⁵⁹⁾. Estratégias de *coping* passivas, crenças hiperbolizadas na duração e gravidade da doença estão normalmente associadas a um pior funcionamento geral^(58,59). Especificamente nos doentes IRC, as suas expectativas iniciais estão dirigidas para a cura, não aceitando, durante algum tempo, um prognóstico de progressiva debilitação. No entanto, para estes doentes, a negação da gravidade da doença está associada a um pior estado clínico, a uma adesão terapêutica falível, bem como a um agravamento da patologia respiratória⁽⁶⁰⁾.

A utilização da ventilação mecânica domiciliária acarreta rápidas melhorias sintomáticas. Os doentes obtêm uma correcção eficaz ao nível da hipoxemia e hipercaemia, desaparecem as apneias e hipopneias nocturnas, assim como o esforço respiratório, os “microdespertares” e a fragmentação do sono, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida após alguns meses de tratamento⁽⁶¹⁻⁶³⁾. Estudos futuros deverão avaliar prospectivamente como evolui a co-morbilidade psiquiátrica durante a progressão dos tratamentos nesta população clínica.

Principais limitações

O presente estudo não teve acesso a alguns dados importantes. Não foi documentada retrospectivamente a história temporal da doença e dos tratamentos. Este será um dado de recolha imprescindível em estudos futuros, uma vez que, como acima se discutiu, a qualidade do ajustamento emocional à doença respiratória não é linear, variando no curso do seu desenvolvimento.

Outra dificuldade importante assentou no facto do presente estudo não ter contemplado instrumentos dirigidos às variáveis mediadoras do impacto da doença, como as estratégias de confronto, as crenças relativas à doença e aos tratamentos, e as percepções de suporte disponibilizado (familiar e social)⁽⁶⁴⁾, entre outras. No entanto, alguns autores sugerem que esta população clínica tem características particulares, sendo desejável o desenvolvimento e a validação de instrumentos “de raiz” funcionalmente específicos⁽⁶⁵⁾.

Abstract

The authors examined the psychological adjustment of chronic respiratory disease patients prescribed with Domiciliary Mechanical Ventilation and health professionals (controls), in order to address the possible impact of the respiratory illness in these patients mental health, and to determine if more severe conditions and more restraining treatments convey higher psychopathology. Psychological adjustment was assessed by the Beck Depression Inventory – II (BDI – II) and the Hopkins Symptom Distress Checklist-90-Revised (SCL-90-R). The most impaired patients

scored significantly higher on the SCL-90-R' dimensions of "Somatic", "Depressive", and "Phobic anxiety" complaints and the BDI-II. The results are discussed considering psychiatric comorbidity among this clinical population and the adaptations imposed by the chronic illness to the individual and his caregivers, as well as resilience factors such as an active coping style and the social support, which may benefit the patient.

Key-Words: Chronic Respiratory Disease; Mechanical Home Ventilation; Psychological Adjustment; Psychopathology.

BIBLIOGRAFIA

- Couto A: Insuficiência Respiratória. In *Pneumologia na Prática Clínica*: Freitas M, Costa M, vol.3; Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 959-979, 1990.
- Nêveda R, Torres C, Winck J, Nogueira J: Avaliação da Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Respiratória Crônica a Efectuar Ventilação Domiciliária Não Invasiva. Viana do Castelo, *Comunicação Pessoal*, 1997.
- National Heart, Lung and Blood Institute & OMS. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Rev Port Pneumologia* 2001; 7(6): 625-658.
- American Thoracic Society. Standards for the Diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Definitions, Epidemiology, Pathophysiology, diagnosis, and Staging). *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: S78-S83.
- Almeida AB, Manique A, Bastardo J: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Bronquite Crônica e Enfisema Pulmonar. In *Pneumologia na Prática Clínica*: Freitas M, Costa M, 2ª Ed, vol.1; Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 369-393, 1997.
- Feileib M, Rosenberg HM, Collins JG, Delozier JE, Pokrs R, Chevarley FM. Trends in COPD morbidity and mortality in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: S2-S18.
- Lopez-Vidriero M. O desafio emergente das mulheres com DPOC. Setting The Stage Global COPD Conference. Grécia: *Comunicação Pessoal*, 2001.
- Almeida AB. Inflamação e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Rev Port Pneumologia* 2001; 1: 57.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Lisboa, Comunicações, 1998.
- Gomes MJ. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Rev Port Pneumologia* 2001; 7 (6): 536.
- Ferguson KA, Fleetham JA. Consequences of sleep disordered breathing. *Thorax* 1995; 50: 998-1004.
- Vasconcelos M, Valença J: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. In *Pneumologia na Prática Clínica*: Freitas M, Costa M, 2ª Ed, vol.1; Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 397-419, 1997.
- Krieger J, Sforza E, Aprill M, et al. Pulmonary Hypertension, Hypoxemia and Hypercapnia in Obstructive Sleep Apnea patients. *Chest* 1994; 64: 729-736.
- Block AJ, Fanlkenner JA, Hughes RL, et al. Factors influencing upper airway closure. *Chest* 1984; 86:120-122.
- Bone RC, Petty TL: *Year Book of Pulmonary Disease*. Porto, Bial, 1996.
- Guilleminaut C, Quera-Salva MA, Powel NB, Riley RW. Maxillo-mandibular surgery for obstructive sleep apnea. *Eur Res J* 1989; 2: 604-12.
- Lowe AA, Santamaria JD, Fleetham JA, et al. Facial morphology and obstructive sleep apnea. *Am Orthod Dentofacial Orthop* 1986; 90: 484-491.
- Douglas NJ. How to reach a diagnosis in patients who may have the sleep apnea/hipopnea syndrome. *Thorax* 1995; 50: 883-886.
- Colt HG, Haas H, Rich GB. Hypoxemia vs Sleep fragmentation as cause of excessive daytime sleepiness in obstructive sleep apnea. *Chest* 1991; 100: 1542-1548.
- Roehrs T, Zorick F, Wittig R, et al. Predictors of objective level of daytime sleepiness in patients with sleep-related breathing disorders. *Chest* 1989; 95: 1202-1206.
- Guilleminaut C, Partinen M, Quera-Salva MA, et al. Determinants of daytime sleepiness in obstructive sleep apnea. *Chest* 1988; 94: 32-37.
- Pochat MD, Ferber C, Lemoine P. Depressive symptomatology and sleep apnea syndrome. *Encéphale* 1993; 19(6): 601-7.
- Jones JB, Wilhoit SC, Findley LJ, et al. Oxymoglobin saturation during sleep in subjects with and without the Obesity-Hypoventilation Syndrome. *Chest* 1985; 91: 9-15.
- Schonhofer B, Rosenbluh J, Voshhaar T, Kohler D. Ergometry separates sleep apnea syndrome from obesity-hypoventilation after positive pressure ventilation therapy. *Pneumologie* 1997; 51(12): 1115-9.
- Resta O, Foschino-Barbaro MP, Legari G, et al. Sleep-related breathing disorders, loud snoring and excessive daytime sleepiness in obese subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(5): 669-75.
- Lavis P, Herer P, Peled R, et al. Mortality in Sleep Apnea Patients: A multivariate analysis of risk factors. *Sleep* 1995; 18: 149-157.
- Ferris G, Servera-Pieras E, Vergara P, et al. Kyphoscoliosis ventilatory insufficiency: noninvasive management outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2000; 79 (1): 24-9.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Pneumologia* 2000; 26: 25-34; 60-63.
- American Thoracic Society. Indications and Standards for cardiopulmonary sleep studies. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 559-568.
- Bury, M. Chronic illness as biographical disruption. *Social Health Illness* 1982; 4 (2): 167-182.
- Paul C, Fonseca AM. *Psicossociologia da saúde*. Lisboa, Climepsi Editores, 101-110, 2001.
- Frassanito M, Massari G, Aversa C, et al. Quality of life and psychologic features of subjects with chronic respiratory diseases. *Eur Res J* 1993; 6: 31-40.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory – Manual* (2ª Ed). San Antonio, The Psychological Corporation, 1996.
- Derogatis LR. *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedural manual*. Minneapolis, National Computer Systems Inc, 1994.
- Martins AQ: As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência. Dissertação de Mestrado. Porto, Faculdade de Medicina do Porto, 2000.
- Coelho RM. *Hipertensão Arterial Essencial – Abordagem Psicossomática de um Modelo Integrado de Desregulação*. Dissertação de Doutoramento. Porto, Faculdade de Medicina do Porto, 1990.
- Martins AQ, Coelho RM, Ramos E, Barros H. Administração do BDI-II a Adolescentes Portugueses: Resultados Preliminares. *Rev Port Psicossomática* 2000; 2: 123-132.
- Coelho RM, Martins AQ, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 1-5.
- Geisser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies - Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 1997; 13: 163-170.
- McGregor NR, Butt HL, Zerbos M, et al. Assessment of pain (distribution and onset), SCL-90-R inventory responses, and the association with infectious events with chronic orofacial pain. *J Orofacial Pain* 1996; 10: 339-350.
- Schulz S.C., Camlin KL, Berry SA, Jesberg JA. Seguridad y eficacia de la olanzapina en pacientes con transtorno de personalidad límite

- (borderline) y distimia comorbida. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1429-1435.
42. Wallis BJ, Lord SM, Barnsley L, Bogduk N. Pain and psychologic symptoms of Australian patients with whiplash. *Spine* 1996; 21: 804-810.
 43. Hellstrom C, Jansson B. Psychological Distress and adaption to Chronic Pain: Symptomatology in Dysfunctional, Interpersonally Distressed, and Adaptative Copers. *J Musculoskeletal Pain* 2001; 9: 51-67.
 44. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo, 2000.
 45. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Synopsis of Psychiatry* (7th Ed). Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
 46. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med* 2003; 65: 963-970.
 47. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 65-70.
 48. DeGodoy DV, DeGodoy RF. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 1154-1157.
 49. Farney RJ, Lugo A, Jensen RL, Walker JM, Cloward TV. Simultaneous use of antidepressant and antihypertensive medications increases likelihood of diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 2004; 125: 1278-1285.
 50. Moreira N: Sono, Ansiedade e Qualidade de Vida (WHOQOL-100). In *Avanços em Medicina do Sono*: Reimão R. São Paulo, Zeppelini, 99-104, 2001.
 51. Doi Y. Psychosocial impact of the progress of chronic respiratory disease and long-term domiciliary oxygen therapy. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 992-999.
 52. Van Manen J, Bindels P, Dekker F, Ijzermans C, Van der Zee J, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57:412-416.
 53. Bisschop MI, Kriegsman DM, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol* 2004; 57: 187-194.
 54. Wagena EJ, Kant I, Huibers MJ et al. Psychological distress and depressed mood in employees with asthma, chronic bronchitis or emphysema: a population based observational study on prevalence and the relationship with smoking cigarettes. *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 147-153.
 55. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Pettinari C. The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respir Med* 2004; 98: 439-445.
 56. McCrae P. Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 46: 9119-9128.
 57. Rowland J: Intrapersonal resources: Coping. In *Handbook of Psychooncology*: Holland J, Rowland J. New York, Oxford University Press, 1998.
 58. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res* 1998; 44: 573-585.
 59. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44: 312-318.
 60. Barton C, Clarke D, Sulaiman N, Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir Med* 2003; 97: 747-761.
 61. Moloney E, Kiely J, McDonnell T, McNicholas W. Nocturnal nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) therapy for chronic respiratory failure: long-term effects. *Ir Med J* 1999; 92: 401-403.
 62. Nauffal D, Domenech R, Martinez Garcia M, et al. Noninvasive positive pressure home ventilation in restrictive disorders: outcome and impact on health-related quality of life. *Respir Med* 2002; 96: 777-783.
 63. Eaton T, Lewis C, Young P, et al. Long-term oxygen therapy improves health-related quality of life. *Respir Med* 2004; 98: 285-293.
 64. Thoits PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behavior* 1982; 23: 145-159.
 65. Nishimura K, Hajiro T, Oga T, et al. A comparison of two simple measures to evaluate the health status of asthmatics: the Asthma Bother Profile and the Airways Questionnaire 20. *J Asthma* 2004; 41: 141-146.

