Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.12, 2024
ISSN 2178-6925

AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO, EMOCIONAL E NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM PORTADORES COM D DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

ASSESSMENT OF COGNITIVE, EMOTIONAL, AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO, EMOCIONAL Y EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Noelle Pedroza S.R. Ferreira
Mestre em Ciências pela UFRJ, Docente de Terapia Ocupacional da UNIRJ, Brasil
noellep.silva@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8890-0780

Natália Pedroza de Souza
Doutora em Engenharia de Sistemas e Computação pela UFRJ, Docente Adjunta do Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira, UERJ, Brasil.
npsnatalia@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-2175-180X

Victor Augusto C. Côrrea
Doutor em Doenças Tropicais, Docente da UFPA, Brasil
victorcavaleiro@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-0133-7927

Angela Maria Bittencour F. da Silva
PhD em Ciências pela UNIRIO, Docente do IFRJ, Brasil
angela.silva@ifrj.edu.br
https://orcid.org/0000-0003-1917-2294

RESUMO

Objetivo: Avaliar a existência de nível de comprometimento cognitivo, emocional e nas atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) por meio dos instrumentos inventário de Beck, Escala de Montreal (MoCA), *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) e o questionário sociodemográfico. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório com 83 portadores diagnósticos com DPOC no estágio II e III com idade entre 40 e 70 anos que se encontravam em acompanhamento na Unidade de Asma de Difícil Controle do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (RJ). **Resultados:** Foram incluídos 83 portadores com DPOC do tipo II e III, com maior quantidade de mulheres na faixa etária entre 61 a 70 anos. Eles tinham em média 8 anos de estudos (DPOC III), enquanto os com DPOC II conseguiram atingir mais de 15 anos, atuando em

sua maioria no setor terciário (80%). Metade dos participantes fizeram uso de cigarro (55,4%) por mais de 30 anos e 12% ainda são fumantes ativos. A aplicação dos testes mostrou que ocorre déficit cognitivo, processo depressivo e dificuldade para realização das AVDs. **Conclusões:** Urge-se desenvolver outras pesquisas que envolvam a terapia ocupacional na reabilitação destes portadores, para que ocorra o desenvolvimento de intervenções terapêuticas na área de pneumologia, para que se efetive a promoção da independência, autonomia e redução do impacto da DPOC na realização das AVD e AIVD, cognição e queixas emocionais.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Atividade de Vida Diária; Atividade Instrumental da Vida Diária; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Objective: To assess the level of cognitive, emotional, and functional impairment in activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) through the use of Beck Inventory, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), London Chest Activity of Daily Living (LCADL), and a sociodemographic questionnaire. **Methods:** This is an exploratory study conducted with 83 patients diagnosed with COPD in stages II and III, aged between 40 and 70 years, who were under follow-up at the Difficult-to-Control Asthma Unit of the Clementino Fraga Filho University Hospital (RJ). **Results:** A total of 83 patients with stage II and III COPD were included, with a predominance of women aged between 61 and 70 years. On average, participants with stage III COPD had 8 years of education, while those with stage II achieved more than 15 years, with most working in the tertiary sector (80%). Half of the participants had smoked cigarettes (55.4%) for more than 30 years, and 12% were still active smokers. The tests revealed cognitive deficits, depressive symptoms, and difficulties performing ADLs. **Conclusions**: Further research involving occupational therapy in the rehabilitation of these patients is urgently needed to develop therapeutic interventions in the field of pulmonology. Such interventions aim to promote independence, autonomy, and reduce the impact of COPD on ADLs, IADLs, cognition, and emotional complaints.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Activities of Daily Living; Instrumental Activities of Daily Living; Occupational Therapy

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de deterioro cognitivo, emocional y funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mediante el uso del Inventario de Beck, la Escala de Montreal (MoCA), el London Chest Activity of Daily Living (LCADL) y un cuestionario sociodemográfico. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio realizado con 83 pacientes diagnosticados con EPOC en etapas II y III, con edades entre 40 y 70 años, que estaban en seguimiento en la Unidad de Asma de Difícil Control del Hospital Universitario Clementino Fraga Filho (RJ). **Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes con EPOC de tipo II y III, con predominio de mujeres en la franja de edad entre 61 y 70 años. En promedio, los participantes con EPOC III tenían 8 años de escolaridad, mientras que los de EPOC II alcanzaron más de 15 años, con la mayoría trabajando en el sector terciario (80%). La mitad de los participantes fumaron cigarrillos (55,4%) durante más de 30 años, y el 12% aún son fumadores activos. Las pruebas revelaron déficits cognitivos, síntomas depresivos y dificultades para realizar las AVD. **Conclusiones:** Es urgente desarrollar más investigaciones que involucren la terapia ocupacional en la rehabilitación de estos pacientes, con el fin de desarrollar intervenciones terapéuticas en el área de la neumología. Dichas intervenciones deben promover la independencia, la autonomía y reducir el impacto de la EPOC en las AVD, AIVD, la cognición y las quejas emocionales.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Actividades de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Terapia Ocupacional

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença respiratória comum caracterizada por obstrução crônica do fluxo aéreo associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões as partículas ou gases nocivos (GOLD, 2022). Esta faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que em 2019 causaram 54,7% dos óbitos registrados no Brasil, sendo classificada pelo Ministério da Saúde como a terceira posição de causa de morte em pessoas acima de 50 anos (BRASIL, 2021).

Dentro desse contexto, é fundamental avaliar se o desempenho na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) estão relacionadas com a capacidade funcional dos membros superiores (MMSS) e dos membros inferiores (MMII) afim de direcionar as condutas terapêuticas ocupacionais profiláticas e/ou reabilitadoras, para melhor manejo da doença.

A capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo em realizar tarefas relevantes da sua rotina diária (CERTO, GALVÃO, FERNANDES,2016) no curso normal de suas vidas para atender às necessidades básicas, desempenhar funções habituais e manter a sua saúde e bem-estar, sem apresentar dificuldades no desempenho de ações específicas de certas atividades da vida cotidiana.

Assim, a avaliação minuciosa desta capacidade é altamente importante uma vez que pode resultar em benefícios à saúde pública, pois a DPOC é considerada uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, gerando importantes encargos sociais e econômicos, tendo em 2013 uma taxa de internação hospitalar de 64,1/100 mil habitantes (BRASIL,2017)

O objetivo deste estudo foi avaliar a existência de nível de comprometimento cognitivo, emocional e nas AVD e AIVD por meio dos instrumentos inventário de depressão de Beck, avaliação cognitiva de Montreal (MoCA), *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) e o questionário sociodemográfico.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório com 83 portadores com DPOC com estágio II e III entre 40 e 70 anos de idade, que se encontravam em acompanhamento na Unidade de Asma de Difícil Controle do Hospital Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, sob o parecer número 3.101.709. Os dados foram analisados pelo programa SPSS *Statistics* v. 25.0. Os resultados foram organizados pelas variáveis, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos, quanto em percentuais. Para as variáveis numéricas, calcularam-se as estatísticas descritivas, valores máximos e mínimos, percentual de frequência e escore de pontuação.

Os participantes foram submetidos a seguinte sequência de testes: Inventário de Depressão de Beck, que consiste em 21 itens de múltipla escolha referentes ao seu atual momento emocional que quantifica em escala de 4 pontos de intensidade (0,1, 2 e 3), na qual assinalava a resposta que melhor descrevesse como ele se sentia no momento da administração do mesmo. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (CAMPOS, GONÇALVES, 2015). Os escores variam de zero até 63, onde o escore mais alto indica maior gravidade da depressão (BECK, 2001).

Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) é um instrumento de rastreio para deficiência cognitiva que acessa diferentes domínios: atenção, concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidade visuoespacial e orientação tempo-espacial, com pontuação máxima de 30 pontos, sendo o escore acima de 26 considerado normal (SILVA et al, 2018).

A escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) é utilizada para identificar a capacidade funcional do portador de DPOC e avaliar a limitação das AVD, composta por quatro domínios (cuidado pessoal, atividades físicas, atividades domésticas e lazer), que englobam as atividades mais praticadas no dia a dia. Cada item recebe um escore (0 a 75), apontado pelo cliente, que vai de 0 a 5. O

cálculo da pontuação final foi feito em percentual e o escore de corte definindo o maior grau do comprometimento nas AVDs são os acima de 37% de acordo com estudo de Belo (2018), onde o maior valor representa a incapacidade máxima de realização (PITTA et al, 2008).

Resultados

Um total de 96 portadores com DPOC foram convidados a participar do estudo. Destes, foram excluídos 07 que possuíam DPOC do tipo I e 6 com grau IV, totalizando 83 portadores com DPOC do tipo II e III selecionados em virtude do interesse e da disponibilidade dos voluntários. Todos os participantes levaram em média de 37 minutos para responder os testes e a entrevista, não ocorrendo nenhuma desistência.

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra incluiu 54 portadores com DPOC II e apenas 29 portadores com DPOC III, havendo mais mulheres totalizando 57,5% para DPOC II e 58,6% para DPOC III.

Grau da DPOC			Gênero		Total
			Feminino	Masculino	
DPOC II	Divisão por faixa etária	40 a 45 anos	7,4%	7,4%	14,8%
		46 a 50 anos	7,4%	1,8%	9,2%
		51 a 55 anos	3,7%	1,9%	5,6%
		56 a 60 anos	9,3%	1,8%	11,1%
		61 a 65 anos	9,3%	13,0%	22,3%
		66 a 70 anos	20,4%	16,6%	37,0%
	Total		**57,5%**	**42,5%**	100,0%
DPOC III	Divisão por faixa etária	40 a 45 anos	3,4%	-	3,4%
		46 a 50 anos	3,4%	-	3,4%
		51 a 55 anos	3,4%	-	3,4%
		56 a 60 anos	13,8%	3,4%	17,2%
		61 a 65 anos	20,8%	10,4%	31,2%
		66 a 70 anos	13,8%	27,6%	41,4%
	Total		**58,6%**	**41,4%**	100,0%

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária dos participantes da pesquisa.
Fonte: Os autores

As características sociodemográficas demonstraram que os portadores de DPOC III tinham em média 8 anos de estudos, enquanto os de grau II conseguiram atingir mais de 15 anos. Quanto à profissão exercida, as mais representativas se enquadraram no setor terciário (80%), 8 % no setor secundário, 6% no primário e

6% eram do lar, sendo que 45,8% estavam aposentados, 37,3% exerciam suas atividades laborativas e 3,6% se encontravam em auxílio doença devido a DPOC.

Observou-se tabagismo em 55,4% dos participantes que fizeram uso de cigarro por mais de 30 anos e 12% ainda se declararam fumantes. Do grupo de não tabagista, 9,6% declararam não ter fumado, mas ficaram expostos a fumaças ocupacionais e 22,9% conviveram com tabagistas, sendo considerado tabagistas passivos.

Entre as comorbidades respiratórias o enfisema, a asma, a bronquiectasia, a pneumonia e a bronquite geraram impacto no viver do cliente. Houve relato também de diabetes, hipertensão, osteoporose, o que pode ocasionar o agravamento do quadro clínico do participante, mas que não tem interferência pulmonar.

Os testes utilizados como instrumento de medida, foram fundamentais na realização da avaliação, classificação e orientações do portador de DPOC para a Terapia Ocupacional. As análises de comportamentos servem para identificar diferenças entre indivíduos e as suas reações em emoções distintas, favorecendo o reconhecimento dos dados a serem estudados, que tiveram contribuições no campo teórico e prático da terapia ocupacional.

Na escala de Beck, 36% não apresentaram ou tem depressão mínima, 42% com depressão leve e 22% apresentaram graus moderado a severo. Das 21 questões que compõe a escala foram encontradas as maiores taxas nos itens que envolveram a sexualidade (125 pontos), a fadiga (102), a insônia (88), o trabalho (82), a irritabilidade (65) e a preocupação somática com a saúde (58), agregando gravidade e complexidade aos transtornos, resultando em maior prejuízo funcional. Os níveis de depressão encontrados foram moderados e severos nos clientes com DPOC III, respectivamente 20% e 7%, enquanto no nível de depressão leve houve proximidade entre os dois grupos (gráfico 1).

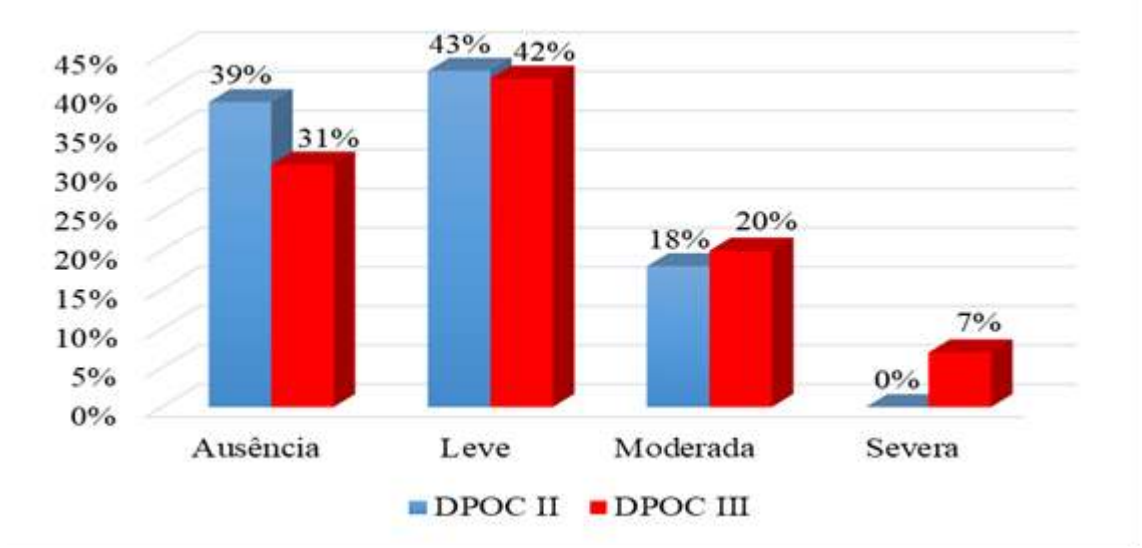

Gráfico 1 – Resultado do teste de Beck.
Fonte: Os autores

No MoCA, 61,4% (51) não alcançaram a pontuação de 26 pontos, representando comprometimento cognitivo, enquanto 38,6% (32) tiveram índice cognitivo preservado (tabela 2).

Escore	Frequência	Porcentagem
Normal	32	38,6
Déficit	51	61,4
Total	83	100,0

Tabela 2 - Frequência e porcentagem do teste de MoCA.
Fonte: Os autores

Quanto ao comprometimento cognitivo na amostra estudada, percebe-se maior grau de comprometimento nos seguintes domínios: memória, atenção e funções executivas. Sendo que 60% dos portadores com DPOC II e 65% com DPOC III apresentaram déficit cognitivo, segundo a pontuação da escala. O que ocasiona uma lentificação no processamento de informações, resultando na execução de tarefas com aumento do número de erros e redução de respostas completas.

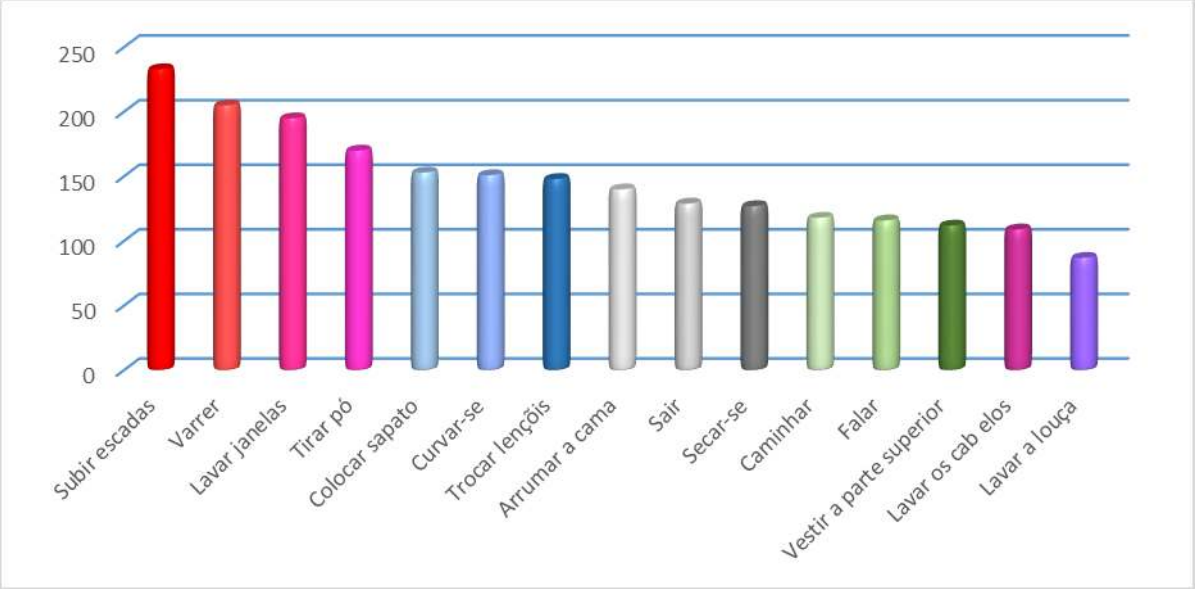

Gráfico 2 – Comprometimento das AVDs com referência ao início de falta de ar.

Fonte: Os autores

O terceiro e último o LCADL (gráfico 2), que se relaciona a realização das AVDs e AIVDs, a maior dificuldade apresentada foi para subir escada (233 pontos) em relação as demais atividades, seguidas pelo varrer a casa (205), limpar as janelas (195) e tirar o pó (170).

Pode-se identificar pelo gráfico acima que as atividades que exigem movimentos amplos dos MMSS e da caixa torácica também ficaram prejudicados nas realizações das tarefas de varrer, lavar janelas, contribuindo para o déficit respiratório, uma vez que o diafragma perde vantagem mecânica ao flexionar o corpo sob o tronco como curvar-se, colocar sapato. Segundo Camargo e Pereira (2010), a dissociação neuroventilatória, a hiperinsuflação pulmonar, as alterações da troca gasosa e a fraqueza da musculatura inspiratória, assim como questões cognitivas e psicológicas, interferem na realização das AVDs e AIVDs.

	DPOC II	DPOC III	Total
Grave - Acima de 37%	16	**23**	39
Moderado - Abaixo de 37%	**38**	6	44
Total	54	29	83

Tabela 3 – Segundo os participantes a interferência da DPOC nas AVD e AIVDs.
Fonte: Os autores

A escala LCADL questiona o portador quanto a falta de ar afeta as AVDs e o quanto esta impacta na realização (tabela 3). ((Ao analisar o grau de comprometimento na DPOC, observou-se que o grupo com DPOC III tem maior comprometimento nas AVD e AIVD comparados ao grau II, onde predominaram comprometimento de leve a moderado.

Discussão

A amostra estudada tem predominância no gênero feminino (57,8% - 48 portadores), podendo ser justificado pelo acréscimo da prevalência de uso do tabaco pelas mulheres (WUNSCH FILHO, 2010) ou tabagismo passivo, o que difere do estudo de Neves (2013) que observou 70% de portadores com DPOC do sexo masculino no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, na Bahia.

Quanto à escolaridade, 51 (61,5%) portadores estão dentro da faixa do fundamental ao ensino médio completo e incompleto, e 32 (38,5%) portadores tem ensino superior completo ou incompleto, sugerindo que o nível de escolaridade não se caracteriza como fator para a DPOC nesta população. Estes dados contrapõem o estudo realizado por Silva et al., (2015) que encontraram maior comprometimento escolar nos iletrados.

Identificar as complicações e comorbidades que podem acompanhar a DPOC é primordial para o manejo adequado dos portadores. A presença delas pode aumentar o risco de hospitalizações e a mortalidade entre estes portadores. A enfermidade apresenta alguns sintomas e sinais em comum com possíveis agravos (como a dispneia).

Desta maneira, o presente estudo demonstrou o impacto negativo da DPOC na capacidade funcional dos seus portadores, principalmente as atividades que afetam a realização das AVDs e AIVDs. Observou-se que: 1) a depressão faz parte do viver dos portadores com DPOC; 2) o impacto nas áreas cognitivas favorece a má qualidade de vida; 3) a realização das AVDs e AIVDs encontram-se prejudicadas pelos movimentos de elevação de ombros e da musculatura respiratória deficiente.

Os sintomas depressivos no inventário de Beck demonstraram alteração na sexualidade, insônia e a irritabilidade, ampliando a instabilidade emocional, alterando a perda de papéis sociais, diminuição do desejo sexual, sentimentos de desvalorização, inferioridade, incompetência, culpa, que ampliados pela dispneia, acarretam pensamentos frequentes de morte e a sensação de que a vida não tem sentido e de que não vale a pena viver (SAFFI et al, 2011).

Quanto aos sintomas físicos como fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade, trabalho e preocupação somática com a saúde física e queixas de dores acarretam prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo, tais como social, afetiva e ocupacional, marcados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia (MATOS et al, 2006).

As principais relações entre os vários domínios cognitivos afetados em portadores com DPOC pelo teste de MoCA mostra que há comprometimento entre os vários domínios cognitivos e o grau da enfermidade. No estudo de Hung et al (2009) investigou-se o comprometimento cognitivo em portadores de DPOC e constatou que tais portadores apresentaram maior risco de desenvolvê-lo devido a hipoxemia, que parece ser um fator que afeta as enzimas dependentes de oxigênio e que são importantes na síntese de neurotransmissores como a acetilcolina.

De acordo com estudos de Villeneuve (2012) e Klein (2010) as funções executivas estão prejudicadas em nível de comprometimento cognitivo encontrado em portadores com DPOC. A aprendizagem implica aquisição de informações e, portanto, altera o estado da memória, ocasionando dificuldades para entender e assimilar as orientações dos médicos que os tratam.

A memória verbal é um dos domínios cognitivos mais frequentemente prejudicados em portadores com DPOC, que para Villeneuve (2012) representa o segundo domínio cognitivo mais prejudicado em clientes com DPOC, seguido pela memória visual e memória de trabalho.

A prevalência de comprometimento cognitivo em portadores com DPOC, no presente estudo, foi de 65% no grau III e 60% no grau II. O que pode ser reforçado pelo estudo de Silva et al (2021), que associa esta perda a diminuição da velocidade de processamento neural.

Em relação ao teste LCADL foi encontrada limitação leve para todos os domínios desta escala semelhante à pesquisa de Hernandes et al (2009) , com maior impacto (40%) nas atividades físicas. O estudo observou que portadores com DPOC passam a maior parte do tempo em postura inativa, mostrando estilo de vida sedentário, justificado pelas consequências da doença, como obstrução ao fluxo aéreo, hiperinsuflação dinâmica e redução da força muscular periférica que levam à redução da capacidade funcional e do exercício.

Nesta amostra, os portadores com doenças associadas apresentam pior escore em todos os domínios e no total percentual da escala LCADL, que unidos a baixa escolaridade demonstram que a AVD se encontra limitada, o que nos leva a considerar que a redução no nível de escolaridade e as comorbidades impactam na realização das AVDs e AIVDs provavelmente por falta de acesso à informação desta população.

A dispneia, principal sintoma da DPOC, causada pela disfunção pulmonar que ocorre nessa doença, é caracterizada pela sensação subjetiva de cansaço, de falta de ar e de dificuldade respiratória ao realizar qualquer atividade física (PITTA, 2008) Pode-se notar pelo cansaço que limita e provoca maior restrição da atividade diária e das instrumentais, visto que gera limitação ao exercício, principalmente no estado avançado, ocasionando inatividade com posterior descondicionamento muscular (REARDON et al, 2006).

Os domínios, cuidado pessoal (tomar banho, secar-se), atividade física, atividade doméstica (limpar janelas, varrer e tirar pó), lazer e o total percentual do escore estão mais afetados nos indivíduos com idade menor que 60 anos e nos portadores que trabalham. Pode estar associada a redução da força muscular levando à redução da atividade diária como vestir-se, secar-se, e lavar janelas, associada as atividades que necessitam manter os braços elevados sem nenhuma sustentação o que oportuniza a sensação de dispneia, com consequente diminuição da tolerância a atividade.

Pode-se inferir que os indivíduos que estão ativos apresentam menos tempo para a atividade física e, portanto, apresentam pior condição de AVD. O *Center for Disease Control and Prevention* (2011) afirma que a falta de tempo é um dos fatores externos que podem influenciar a falta de prática de atividades físicas.

No entanto, quando analisado o quanto a falta de ar afeta a AVD, somente 10% alegaram leve ou nulo impacto da dispneia para a realização das AVDs, porém 90% alegaram comprometimento de moderado a grave dependendo do grau do DPOC, o que vem corroborar com estudo de Pitta (2008) que demonstrou que o grau de dispneia e a piora na capacidade funcional provocada por inatividade física deteriora a qualidade de vida destes portadores.

Conclusão

Propusemo-nos avaliar se há existência de padrão ou nível de comprometimento cognitivo, emocional e nas AVDs e AIVDs nos portadores de DPOC por meio dos instrumentos LCADL, MoCA e inventário de Beck, com vista a avaliar os impactos da DPOC em seu cotidiano, e posteriormente, desenvolver um programa de tratamento em terapia ocupacional.

Com o questionário sociodemográfico e o protocolo de entrevista pode-se analisar as mudanças no viver do portador de DPOC que somados a sua natureza, temporalidade, importância da realização das atividades, concomitantemente as suas expectativas pessoais, familiares e sociais, tiveram suas vidas modificadas pela enfermidade.

Diante das percepções dos participantes da pesquisa houve sentimentos de dependência, de desvalia e mudanças de identidade dentro e fora da família, as quais trouxeram expectativas insatisfatórias de ver e pertencer ao mundo e aos outros.

Face aos resultados deste estudo urge desenvolver outras pesquisas que envolvam a terapia ocupacional na reabilitação de portadores de DOPC, para que ocorra o desenvolvimento de intervenções terapêuticas na área de pneumologia desta profissão, visando a efetiva promoção da independência e autonomia, contribuindo desta forma, para a redução do impacto da DPOC nas AVD e AIVD, cognição e amparo às queixas emocionais.

Referências

BECK A. T., CENTER FOR COGNITIVE THERAPY. Departamento de Psiquiatria da. Universidade da Pennsylvania (USA). **Inventário de Beck**. Adaptação brasileira: CUNHA, JA. Casa do Psicólogo. Rio de Janeiro, 2001

BELO, L.F. **Avaliação do estado funcional de pacientes com DPOC pela *London Chest Activity of Daily Living scale*: análise entre gêneros e validade de um ponto de corte**. Orientadora: Nidia Aparecida Hernandes, 2018. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná, Pub. Fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, **I**novação e Insumos Estratégicos em Saúde**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Brasília: 2021

CAMARGO, L. A. C. R.; PEREIRA, C. A. C. Dispnéia em DPOC: além da escala**. J Bras Pneumol**, 36 (5) : 571-578, 2010.

CAMPOS, R. C., & GONÇALVES, B. The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). **European Journal of Psychological Assessment**, 27, 2015,

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Overco-ming barriers to physical activity.** Atlanta: CDC, 2011.

CERTO A, SANCHEZ K, GALVÃO A, FERNANDES H. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. **Actas gerentol**:2(1):1-11, 2016.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD. Global Strategy for prevention, diagnosis and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **GOLD**, 177: 3-9, 2022

HERNANDES NA, TEIXEIRA DC, PROBST VS, BRUNETTO AF, RAMOS EMC, PITTA F. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. **J. Bras Pneumol**. 35(10):949-56, 2009.

HUNG WW, WISNIVESKY JP, SIU AL, ROSS JS. Cognitive decline among patients with chronic obstructive pulmonary disease. United States **Am J Respir Crit Care Med**. 180 (2) 134-7. 2009.

KLEIN M, GAUGGEL S, SACHS G, POHL W. Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on attention functions. Texas, **Respir Med**., 104 (1):52-60, 2010.

MATOS, E.G. MATOS, T.M.G. MATOS, G.M.G. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. Campinas, **Estudos de Psicologia** 23 (2):173-179, 2006.

NEVES, M. C. L. et al., Avaliação de atopia em portadores de DPOC. **J. Bras. Pneumol.,** Brasília, 39 (3):296-305, 2013.

PITTA, F, PROBST, VS, KOVELIS, D, et al., Validação da versão portuguesa da London chest activity of daily living scale (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. **Rev Port Pneumol** (Edição Inglesa): 14 (1): 27 – 47, 2008.

REARDON, J.Z.; LAREAU, S.C.; ZUWALLACK, R. Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. **Am J Med**, 119, Suppl 1, (10): 32- 37, 2006.

SAFFI, F., ABREU, P. R., NETO, F. L. Terapia cognitive-comportamental dos transtornos afetivos. In: B. RANGÉ (ORG.) **Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**, Porto Alegre: Artmed, 2011

SILVA CM S, PINTO NETO AC, NEPOMUCENO JUNIOR BRV, TEIXEIRA HP, SAQUETTO MB, SOUZA-MACHADO A. Doença pulmonar obstrutiva crônica: atividade de vida diária e qualidade de vida. Bahia, **Rev Pesq Fisio**; 8 (2):199-207, 2018.

SILVA, Cássio M. da S. et al., Avaliação da atividade de vida diária no paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**., 14 (3): 267-273, 2015.

SILVA, M. L. T.; SANTANA, A. P. S.; ZAGMIGNAN, E. V.; MELO, N. M. N.; NOLÊTO, B. C. Avaliação cognitiva de Montreal (MoCA) na pratica da Terapia ocupacional: Uma revisão integrativa**. Revista de Casos e Consultoria**, 12 (1): 27327, 2021.

VILLENEUVE S, PEPIN V, RAHAYEL S, BERTRAND JA, DE LORIMIER M, RIZK A, et al, Mild cognitive impairment in moderate to severe COPD: a preliminary study. Illinois, **Chest**. 142 (6) :1516- 23, 2012.

WÜNSCH FILHO, V. et al., Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev Bras. Epidemiol**. 13 (2): 175-187. 2010.