

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PORTADORES DE ASMA BRÔNQUICA

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

CARLOS LEONARDO CARVALHO PESSÔA^{1*}, GUSTAVO PINHO MEDEIROS AGUIAR², LUIZ PAULO JUNQUEIRA RIGOLON², LUCAS KLUMB OLIVEIRA RABELO², ALUÍSIO IZIDÓRIO MILANEZ²

1. Professor Adjunto de Pneumologia da Universidade Federal Fluminense; 2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

* Rua Marquês do Paraná, 303, Centro, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, CEP: 24030210 pessoalc@hotmail.com

Recebido em 10/09/2017. Aceito para publicação em 18/09/2017

RESUMO

Transtornos psiquiátricos (TP) têm sido associados à asma brônquica. Objetivou-se demonstrar as frequências de ansiedade e depressão em pacientes do ambulatório de asma brônquica do Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF. Participantes preencheram questionários com dados socio-demográficos, história de TP, confirmação do diagnóstico por médico e tratamento atual com médico. Utilizou-se a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e em casos de escores ≤ 7 , considerou-se o diagnóstico de TP improvável, entre 8 e 10 possível e ≥ 11 provável. Pontuações ≥ 8 , foram consideradas compatíveis com TP. Foram estudados 67 pacientes com idade média de 61,5 anos ($\pm 14,1$), sendo 58 (86,6%) do sexo feminino. Trinta e dois (47,8%) referiram história prévia de ansiedade e 18 (26,9%) de depressão. Vinte (52,6%) dos participantes que referiram TP, tinham diagnóstico previamente confirmado por médico. Verificou-se, 11 (16,4%) pacientes com ansiedade possível e 21 (31,3%) com ansiedade provável, 17 (25,4%) apresentaram depressão possível e 9 (13,4%) depressão provável. Assim, foram 47,7% com escore compatível com ansiedade e 38,8% com depressão. Segundo a OMS as prevalências de ansiedade e depressão no Brasil, são de 9,3% e 5,8%, respectivamente, muito inferiores aos observados nesta casuística, onde a maioria possuía algum TP.

PALAVRAS-CHAVE: Asma brônquica, ansiedade, depressão, HADS.

ABSTRACT

Psychiatric disturbs (PD) have been associated with bronchial asthma. This study aimed to demonstrate the frequency of anxiety and depression in outpatients from the bronchial asthma clinic of Antonio Pedro University Hospital - UFF. Participants self-filled questionnaires with socio-demographic data, PD history, diagnostic confirmation by a doctor and current treatment with physician. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used and in cases of scores ≤ 7 , the diagnostic of PD was considered unlikely; between 8 and 10 possible, and if ≥ 11 probable. Scores ≥ 8 , was considered compatible with PD. The casuistic was composed for 67 patients with

mean of 61,5 years ($\pm 14,1$), being 58 (86,6%) female. Thirty two (47,8%) referred history of anxiety and 18 (26,9%) of depression. Twenty (52,6%) participants, whom referred PD, were previously diagnosed by a doctor. It was identified 11 (16,4%) patients with possible anxiety and 21 (31,3%) with probable anxiety, 17 (25,4%) exhibit possible depression and 9 (13,4%) probable depression. Thereby, it was 47,7% with compatible score of anxiety and 38,8% with depression. According with WHO, the prevalence of anxiety and depression in Brazil are of 9,3% and 5,8%, respectively, much lower than what was observed on this casuistic, where most had some PD.

KEYWORDS: Bronchial asthma, anxiety, depression, HADS.

1. INTRODUÇÃO

A asma é uma das condições crônicas mais comuns no mundo, acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos¹. Estima-se que, no Brasil, existam cerca de 20 milhões de asmáticos².

Segundo a OMS, a prevalência mundial de depressão é de 4,4% e de ansiedade 3,6%. No Brasil, as prevalências são de 5,8% e 9,3%, respectivamente³.

Pacientes com doenças crônicas apresentam maior predisposição a transtornos psiquiátricos (TP) quando comparados à população geral⁴, mas em asmáticos a prevalência de TP é mais elevada do que em portadores de outras doenças crônicas⁵. Particularmente a ansiedade e a depressão são mais frequentes entre asmáticos^{6,7} e estão associadas a pior controle dos sintomas de asma e de adesão ao tratamento⁸, piora da qualidade de vida^{8,9}, uso de doses elevadas de corticosteróides¹⁰, visitas frequentes a emergências, hospitalizações¹¹, além de predispor à asma quase fatal¹².

Portadores de asma grave e comorbidade psiquiátrica têm cerca de 11 vezes mais chance de terem duas ou mais exacerbações e 5 vezes mais chance de serem hospitalizados em um ano¹¹.

Demonstrou-se também que ansiedade e depressão

estão associadas a maior risco de desenvolvimento de asma subsequente¹³ e em pacientes com asma de difícil controle, há elevada prevalência de TP não diagnosticados, principalmente depressão¹⁴.

É importante estar alerta a possíveis casos de depressão e/ou ansiedade em portadores de asma, especialmente quando há história prévia destas condições. Quando possível, pacientes devem ser encaminhados à psiquiatria para investigação, ou ao menos avaliados com algum recurso para identificação dos casos destes TP¹⁵.

Objetiva-se neste estudo, demonstrar frequência de depressão e ansiedade em pacientes do ambulatório de asma brônquica de um hospital universitário.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional de corte transversal, com uma amostra de conveniência, composta por pacientes portadores de asma brônquica, com 18 anos ou mais, em tratamento no ambulatório de asma do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) em Niterói, Rio de Janeiro, que não estavam em sua primeira consulta e que não se apresentavam em exacerbação.

O recrutamento foi realizado sequencialmente e, após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, preencheu-se questionário com dados sociodemográficos, história prévia de TP e com pesquisas sobre confirmação do diagnóstico por médico e sua especialidade, tratamento atual da TP e especialidade do médico responsável. Foi avaliada também a gravidade do distúrbio ventilatório obstrutivo segundo a espirometria mais atual¹⁶.

A investigação da presença de ansiedade e depressão foi realizada por meio da versão em português da *Hospital Anxiety and Depression Scale* – (HADS)¹⁷. A escala é composta por 14 questões com informações relacionadas com o estado emocional atual do paciente e sempre que possível foi preenchida pelo paciente. É composta por duas sub-escalas de 7 questões para ansiedade e 7 para depressão. Em cada questão há 4 alternativas, podendo as respostas gerar valores de 0 a 3. A pontuação máxima, portanto, para cada escala é de 21. Nos casos com pontuações ≤ 7 , o diagnóstico de TP foi considerado improvável, entre 8 e 10 possível e se ≥ 11 provável. Pontuações ≥ 8 foram consideradas compatíveis com o TP avaliado.

Os dados obtidos foram digitalizados em planilha do Microsoft Excel 2010 e importados para análise estatística no programa de análise de dados epi info 7.2. Para a análise descritiva dos dados numéricos utilizou-se as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão. Os cálculos das frequências simples e relativas foram utilizados para as questões com respostas categorizadas. Para verificação das associações das variáveis

categorizadas, utilizou-se o teste estatístico do qui-quadrado (ou o teste exato de Fisher). O nível de significância para todos os testes foi de 0,05, ou seja, quando o p valor (nível descritivo) foi inferior, concluiu-se pela significância das associações.

3. RESULTADOS

O Entre 14 de março a 29 de junho de 2017, sessenta e sete participantes foram incluídos, entre 18 e 82 anos de idade, com média de $61,5 \pm 14,1$ anos, sendo 58 (86,6%) do sexo feminino. Estas e as demais características sociodemográficas da amostra são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Variável	Resultado	(Número absoluto e percentual)
Sexo	Feminino	58 (86,6)
	Masculino	9 (14,4)
Etnia	Branca	27 (40,3)
	Negra	14 (20,9)
	Parda	26 (38,8)
Estado civil	Solteiro	15 (21,1)
	Casado	30 (42,2)
	Viúvo/Divorciado/Separado	26 (36,7)
Grau de instrução*	Básico (até 9 anos de estudo)	39 (58,2)
	Secundário	22 (32,8)
	Superior ou pós graduação	6 (9,0)
Renda pessoal (em salários mínimos)**	Até 1	39 (58,2)
	>1 e <4	26 (38,8)
	≥ 4 e <10	2 (3,0)
	≥ 10	0 (0,0)
Renda familiar (salários mínimos)	Até 1	18 (26,9)
	>1 e <4	43 (64,2)
	≥ 4	6 (9,0)
	≥ 10	0 (0,0)

* Grau de instrução completos ou não. ** Salário mínimo brasileiro corresponde a US\$285,00.

Trinta e dois pacientes (47,8%) referiram ter ansiedade, 18 (26,9%) depressão, 8 (11,9%) síndrome do pânico, 7 (10,6%) transtorno obsessivo compulsivo, 5 (7,5%) transtorno de bipolaridade e 2 (3%) referiram outros TP não especificados. Trinta e oito (56,7%) indivíduos relataram ter ao menos um TP e 16 (23,9%) diziam sofrer de ansiedade e de depressão. Dentre os que referiram história prévia de TP, 20 (52,6%) tinham o diagnóstico previamente confirmado por algum profissional médico, 11 (55%) por psiquiatras, 3

(15%) por neurologistas, 5 (25%) por outros especialistas (cardiologista, endocrinologista, geriatria, clínico e hepatologista) e 1 (5%) não soube informar a especialidade do médico. Dezesesseis pacientes (42,1%) encontravam-se em tratamento para o TP relatado, 10 (62,5%) com psiquiatras, 3 (18,7%) com neurologistas, 1 (6,25%) com cardiologista, 1 com (6,25%) clínico e 1 (6,25%) não soube informar a especialidade do médico.

Quanto a gravidade do distúrbio obstrutivo, 45 (67,2%) tiveram espirometrias consideradas normais ou com distúrbios ventilatórios obstrutivos leves, 12 (17,9%) foram moderados e 5 (7,5%) graves, e 5 (7,5%) pacientes não foram capazes de realizar o exame com fidedignidade.

Trinta e cinco (52,25%) pacientes tiveram ansiedade considerada improvável, 11 (16,4%) possível e 21 (31,35%) provável, enquanto 41 (61,2%) tiveram depressão considerada improvável, 17 (25,4%) possível e 9 (13,4%) provável. Trinta e dois (47,8%) indivíduos apresentaram pontuação na HADS ≤ 7 , tanto na escala de ansiedade quanto na de depressão e 35 (49,3%) tinham pontuações ≥ 8 se não para ansiedade, para depressão. Vinte e três (29,5%) apresentaram pontuações ≥ 8 para ansiedade e depressão.

Dentre os 32 participantes que referiram ansiedade, 8 (25%) apresentaram ansiedade possível e 16 (50%) provável, enquanto entre os 18 que relataram ter depressão, 7 (38,9%) tiveram depressão possível e 7 (38,9%) depressão provável, segundo a HADS.

Entre os 16 pacientes que referiram estar em tratamento de TP, identificou-se 7 (43,7%) com pontuação considerada compatível com diagnóstico improvável de TP.

Dezesesseis (23,9%) participantes revelaram ideação suicida em algum momento de suas vidas e destes, 5 já haviam atentado pelo menos 1 vez contra a própria vida.

Não se observou associação entre TP e sexo, escolaridade, renda ou gravidade da obstrução na espirometria ($p > 0,05$). Não houve associação entre depressão e idade. Demonstrou-se associação entre ansiedade e idade ≥ 60 anos ($p = 0,04$).

4. DISCUSSÃO

Na literatura nacional há poucos dados disponíveis sobre TP em portadores da asma. Ainda não está claro se a asma brônquica causa o sofrimento psíquico, ou se o sofrimento de alguma forma mina o controle da asma¹⁸. Suspeita-se que os riscos futuros da asma possam gerar estresse psicológico crônico causando um estado pró-inflamatório crônico. Os médicos devem estar cientes de que a ansiedade e depressão motivam má adesão ao tratamento¹⁹ e dificultam controle da asma²⁰.

Neste estudo, quase 60% da amostra referiu sofrer de algum TP. O mais comumente citado foi a ansiedade, com pouco menos da metade da amostra tendo referido,

seguido da depressão, mencionado por aproximadamente um quarto da casuística. É verdade que a simples referência das doenças por parte dos pacientes não torna o diagnóstico das mesmas patognomônico, contudo, o respeito a citação de Osler: “escute o paciente e ele lhe dirá o diagnóstico”²¹, somado aos fatos de que cerca de 52% tiveram o diagnóstico confirmado em algum momento por médicos e que 42% encontravam-se em tratamento para o TP relatado no momento da entrevista, reforçam a suspeita da real existência dos TP estudados.

Se pouco mais da metade teve TP referido, quase 48% tinham ansiedade considerada possível ou provável, de acordo com a pontuação obtida na HADS, resultado semelhante ao observado por Cooper *et al.* (2007)²² e superior a vários outros estudos^{18,23,24,7,25}. Em relação à depressão, 38,8% obtiveram pontuação na HADS compatível com a doença e superior a todos os estudos avaliados (figura 1). Aproximadamente 30% do grupo estudado tinha pontuação na HADS compatível com ansiedade e depressão associadas, percentual também superior aos verificados anteriormente^{18,23}.

Autores	Ansiedade (%)	Depressão (%)
Vieira <i>et al.</i> (2011)	29,5	11,5
Baiardini <i>et al.</i> (2006)	34,9	32,3
Ciprandi <i>et al.</i> (2015)	36,9	11
Di Marco <i>et al.</i> (2010)	39	27
Labor <i>et al.</i> (2017)	40	14
Cooper <i>et al.</i> (2007)	47	22
Pessoa <i>et al.</i> (2017)	47,7	38,8

Figura 1. Frequência de ansiedade e depressão segundo HADS

Foram 75%, os pacientes que tiveram pontuação compatível com ansiedade e que previamente a haviam referido e em relação a depressão foram, 77,8%. A informação referida pelo paciente, da presença destes TP, deve ser valorizada portanto.

Há ainda pacientes em tratamento de TP e que obtiveram pontuações baixas na HADS, provavelmente em consequência do tratamento e controle da TP. Estes se somados aos 35 que tiveram pontuações compatíveis com TP, resultariam em 42 (59,1%) indivíduos com TP possível ou provável, permitindo-se assim dizer, que a maioria desta casuística tem algum dos TP estudados.

Preocupante que cerca de um quarto da amostra tenha respondido positivamente a seguinte pergunta do questionário: Você já pensou seriamente em suicídio em algum momento da vida? E que um terço destes, tenha já atentado contra a própria vida ao menos uma vez.

Especial atenção deve ser dada aos asmáticos idosos, pois demonstrou-se associação entre idade ≥ 60 anos e

ansiedade possível/provável. Em outros estudos, não se verificou esta associação²⁰ e tampouco entre TP e gravidade da obstrução²⁶, mas nestes a HADS não foi utilizada.

A frequência de TP observado nesta amostra é muito superior a da população brasileira, mais especificamente, quase sete vezes mais frequente para depressão e cinco vezes para ansiedade³.

Quanto às limitações do estudo, além do seu desenho transversal, não se considerou a presença de outras comorbidades e a gravidade das mesmas nesta pesquisa. Não houve participação de um psiquiatra na equipe e finalmente, trata-se de amostra de conveniência em um hospital terciário do sistema público, onde é comum que os casos de controle mais difícil sejam os mais frequentemente encaminhados. Assim, os resultados podem não representar a realidade de outros centros e limitar generalizações.

Os TP são comuns entre asmáticos e, comprovadamente, interferem negativamente, na adesão ao tratamento, qualidade de vida e controle da asma. Entre as comorbidades associadas à asma brônquica, os TP candidatam-se a serem superados, talvez apenas pela rinite, em frequência e importância. Médicos e equipes multidisciplinares devem estar atentos à coexistência destas doenças e quando não for possível avaliações dos casos suspeitos por psiquiatras, ao menos deve-se lançar mão de algum recurso auxiliar ao diagnóstico como a HADS e realizar tratamento concomitante das patologias.

5. CONCLUSÃO

A maioria desta amostra possuía algum TP. Ansiedade e depressão são muito frequentes entre os portadores de asma brônquica.

REFERÊNCIAS

- [01] Global Initiative for Asthma – GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2011 Apr 1] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. [Adobe Acrobat document, 119p.] Available from: http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf
- [02] Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK, Group I-B. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Phase 3. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;0(0):341–6.
- [03] World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Heal Organ*. 2017;1–24.
- [04] Forlenza OV, Vieira Fº AHG. Perturbações mentais associadas a doenças clínicas: diagnóstico, prevalência e considerações neurológicas. *J Bras Psiquiatr*. 1997;46(2):89-96.
- [05] Centanni S, Di Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A. Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med*. 2000;94(8):742–9.
- [06] Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(11):1125–30.
- [07] Di Marco F, Verga M, Santus P, Giovannelli F, Busatto P, Neri M, *et al.* Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respir Med*. Elsevier Ltd; 2010;104(1):22–8.
- [08] Lavoie KL, Cartier A, Labrecque M, Bacon SL, Lemièr C, Malo JL, *et al.* Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients? *Respir Med*. 2005;99(10):1249–57.
- [09] Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995 Jan 4;273(1):59–65.
- [10] Bonala SB, Pina D, Silverman BA, Amara S, Bassett CW, Schneider AT. Asthma severity, psychiatric morbidity, and quality of life: correlation with inhaled corticosteroid dose. *J Asthma*. 2003 Sep;40(6):691–9.
- [11] ten Brinke A, Ouwerkerk ME, Zwinderman AH, Spinhoven P, Bel EH. Psychopathology in Patients with Severe Asthma Is Associated with Increased Health Care Utilization. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(5):1093–6.
- [12] Alvarez G, Schulzer M, Jung D. A systematic review of risk factors associated with near-fatal and fatal asthma. *Can Respir*. 2005;12(5).
- [13] Hasler G, Gergen PJ, Kleinbaum DG, Ajdacic V, Gamma A, Eich D, *et al.* Asthma and panic in young adults: A 20-year prospective community study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(11):1224–30.
- [14] Heaney LG, Conway E, Kelly C, Gamble J. Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: Relationship to asthma outcome. *Respir Med*. 2005;99(9):1152–9.
- [15] Page PM, Broek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, *et al.* Global Strategy For Asthma Management and Prevention. *Glob Initiat Asthma*. 2017;126(3):<http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strat>.
- [16] Pereira CAD. Espirometria. *J Bras Pneumol*. 2002;28(supl 3):S1–82.
- [17] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.
- [18] Vieira AA, Santoro IL, Dracoulakis S, Caetano LB, Fernandes ALG. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):13–8.
- [19] Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M. What is worse for asthma control and quality of life: Depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest*. The American College of Chest Physicians; 2006;130(4):1039–47.
- [20] Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *J Bras Pneumol*. 2007;33(1):1–6.
- [21] Osler W. Aequanimity-with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. *Phil: P. Blakistone*, 1904.
- [22] Cooper CL, Parry GD, Saul C, Morice AH, Hutchcroft BJ, Moore J, *et al.* Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Fam Pract*. 2007;8(62):1-7.
- [23] Ciprandi G, Schiavetti I, Rindone E, Ricciardolo FLM. The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Ann Allergy, Asthma Immunol*. American College of Allergy, Asthma & Immunology; 2015;115(5):408–14.
- [24] Labor M, Labor S, Jurić I, Fijačko V, Popović Grle S, Plavec D. Long-term predictors of anxiety and depression in adult patients with asthma. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Apr 18.
- [25] Baiardini I, Braidó F, Giardini A, Majani G, Cacciola C, Rogaku A, *et al.* Adherence to treatment: Assessment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2006;16(4):218–23.
- [26] Valença AM, Falcão R, Freire RC, Nascimento I, Nascentes R, Zin WA, *et al.* The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):206–8.