

Impacto dos transtornos depressivo e de ansiedade no controle da asma

Impact of depression and anxiety disorders in asthma control

Ana Carolina Cunha Rocha¹, Ana Luísa Rodrigues da Silveira¹,
Flávia Cardoso Schaper², Júnia Rios Garib³, Nillo Akizo Barros¹

Rocha ACC, Silveira ALR, Schaper FC, Garib JR, Barros NA. Impacto dos transtornos depressivo e de ansiedade no controle da asma / *Impact of depression and anxiety disorders in asthma control*. Rev Med (São Paulo). 2021 mar.-abr.;100(2):128-34.

RESUMO: A asma é uma doença prevalente nos ambulatórios e consultórios de Pneumologia, atingindo faixas etárias variadas. O controle da doença visa melhorar a qualidade de vida do portador e evitar complicações, sendo feito através do uso de medicações anti-inflamatórias e broncodilatadoras e do controle de fatores ambientais, possíveis gatilhos das crises. No entanto, pouco se fala a respeito da influência das condições psicológicas sobre esse controle. O transtorno de ansiedade e o transtorno depressivo são muito prevalentes na atualidade e existem diversas evidências de que exercem forte influência no controle da asma. Com o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em pacientes portadores de asma e analisar o impacto destes no controle da doença, foi realizado um estudo transversal, observacional, descritivo no período de abril de 2019 a março de 2020 envolvendo asmáticos atendidos no ambulatório de Pneumologia da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, em Belo Horizonte (MG). Participaram do estudo 40 pacientes, que responderam a dois questionários validados (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale e ACT - Asthma Control Test) e dos quais foram coletados dados demográficos e espirométricos. Os resultados mostraram a existência de associação entre o controle da asma e os transtornos psiquiátricos. A prevalência de transtornos de ansiedade e/ou depressão na totalidade da amostra foi de 75%, sendo o de ansiedade o mais prevalente. Entre os portadores de asma não controlada, os transtornos estavam presentes em 92%, ao passo que entre aqueles com asma controlada a prevalência foi de 47%. Não houve, no entanto, associação significativa entre idade, sexo, alterações espirométricas e o controle da asma. Ao final do estudo, não foi possível definir claramente a relação causa-consequência entre controle da asma e os transtornos psiquiátricos, apesar da evidente associação encontrada, sendo necessário, portanto, novos estudos para tal.

Palavras-chave: Asma; Transtornos de ansiedade; Transtorno depressivo; Ansiedade; Depressão; Estudos transversais.

ABSTRACT: Asthma is a prevalent disease in doctor offices and Pneumology outpatient clinics and It reaches different age groups. The control of the disease aims to improve the quality of life of the patient and to avoid complications. It's done by the use of drugs with anti-inflammatory and bronchodilator properties and by the control of environmental factors, possible triggers of asthmatic crises. However, it's hardly talked about the influence of psychological conditions on this control. Anxiety and depressive disorders are very prevalent nowadays and there are several evidences that they have a strong influence on asthma control. In order to assess the prevalence of depressive symptoms and anxiety in patients with asthma and to analyze the impact of them in asthma control, an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out from April 2019 to March 2020 with asthma patients treated at pneumology outpatient clinic of the Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, in Belo Horizonte (MG). Forty patients participated in the study, who answered two validated questionnaires (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale and ACT - Asthma Control Test) and provided demographic and spirometric values. The results showed that there's an association between asthma control and psychiatric disorders. The prevalence of anxiety and / or depression disorders among the total sample was 75%, and anxiety was more prevalent. Of those considered to have uncontrolled asthma, the disorders were present in 92%, whereas among those with controlled asthma the prevalence was 47%. However, there was no significant association between age, sex, spirometric values and asthma control. At the end of the study, it wasn't possible to clearly define a cause-consequence relation between asthma control and psychiatric disorders, despite the evident relationship found between them, therefore further studies about the topic are necessary.

Keywords: Asthma; Anxiety disorders; Depressive disorder; Anxiety; Depression; Cross-sectional studies.

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG. ORCID: Rocha ACC - <https://orcid.org/0000-0003-1562-3203>; Silveira ALR - ORCID: - <https://orcid.org/0000-0003-4296-6711>; Barros NA - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7117-4743>. E-mails: anacarol.cunhar@gmail.com, analuisa_rodriguesilveira@hotmail.com, nillojapa@msn.com.

2. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1305-4481>, E-mail: faschaper@yahoo.com.br

3. Docente do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4339-1182> E-mail: juniagarib@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Ana Carolina Cunha Rocha. Rua Espírito Santo, 1752, apto 302. Bairro Lourdes. Belo Horizonte, MG. E-mail: anacarol.cunhar@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, sensação de aperto no peito e tosse, sobretudo à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas^{1,2}.

A doença afeta tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. Estima-se que, no Brasil, existem aproximadamente 20 milhões de asmáticos, se for considerada uma prevalência global de 10%^{2,3}. Em 2013, ocorreram 129.728 internações e 2.047 mortes por asma no Brasil¹.

As hospitalizações e a mortalidade provenientes da asma estão diminuindo em muitas regiões brasileiras, em paralelo a um maior acesso aos tratamentos. No entanto, o custo da asma não controlada ainda é muito elevado para o sistema de saúde e para as famílias. Em casos de asma grave, estima-se que essa comprometa mais de um quarto da renda familiar entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mas esse alto custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença, porém um inquérito nacional encontrou apenas 12,3% dos asmáticos com asma bem controlada¹.

O controle da doença refere-se à extensão com a qual as manifestações da asma estão suprimidas, espontaneamente ou pelo tratamento, e compreende dois domínios distintos: o controle das limitações clínicas atuais e a redução dos riscos futuros (redução da instabilidade da asma, de exacerbações, de perda acelerada da função pulmonar e de efeitos adversos do tratamento). Este controle deve ser preferencialmente avaliado em relação às últimas quatro semanas e inclui sintomas, necessidade de medicação de alívio, limitação de atividades físicas e intensidade da limitação ao fluxo aéreo. Atualmente, além do questionário de controle da asma da *Global Initiative for Asthma* (GINA)³, dispomos de outras ferramentas, já adaptadas culturalmente para uso no Brasil, incluindo o Questionário de Controle da Asma (ACQ) e o Teste de Controle da Asma (ACT). A partir desses questionários, a asma pode ser classificada em três grupos distintos: asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada. Quando não controlada, no entanto, a asma pode limitar seriamente as atividades de vida diária e até ser fatal^{1,2}.

Para o aprimoramento do controle, é importante identificar e tentar reduzir os fatores capazes de intensificar os sintomas ou precipitar exacerbações de asma, entre os quais pode-se citar a falta de adesão ao tratamento;

o uso incorreto da medicação e/ou dos dispositivos inalatórios; o uso de drogas que podem diminuir a resposta ao tratamento (anti-inflamatórios não esteroidais e β -bloqueadores); a exposição domiciliar (por exemplo, poeira ou fumaça); a exposição ocupacional; o tabagismo; e outras comorbidades¹.

Evidências apontam que os distúrbios emocionais podem induzir a um controle inadequado da doença asmática, influenciando, por exemplo, na redução da qualidade de vida, no aumento das hospitalizações, na piora dos sintomas, na necessidade de dosagens mais altas de corticoides inalatórios, na dificuldade de adesão ao tratamento e, até mesmo, na precipitação de crises letais^{4,5}.

A depressão, juntamente com a ansiedade, se apresenta como causa importante de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem cita a doença como motivo da consulta, e em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais. Estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e ansioso com a piora de diversos quadros clínicos, como, por exemplo, a asma⁶.

Embora a relação entre a asma e o sofrimento psicológico ainda não esteja bem elucidada, existe estudo que evidencia⁴ a existência dessa relação. Já foi sugerida a hipótese de que o estresse psicológico crônico leva ao desenvolvimento de um estado pró-inflamatório, com o aumento da produção de superóxidos e citocinas pró-inflamatórias⁴. No entanto, as diretrizes baseadas em evidências para asma ainda não fornecem um esboço detalhado para uma boa abordagem, triagem e diagnóstico da ansiedade e depressão. Para que isso mude, mais estudos e trabalhos sobre o tema precisam ser realizados a fim de corroborar e elucidar a relação dos transtornos de humor, sobretudo a depressão e a ansiedade, com o descontrole da asma.

Nesse contexto, o presente estudo foi realizado para corroborar a ideia de que uma abordagem multidimensional, incluindo avaliação do estado mental, deva ser considerada para o paciente asmático a fim de melhorar a qualidade de vida desse paciente.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, observacional do tipo transversal, conduzido no período de abril de 2019 a março de 2020 no Ambulatório de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), em Belo Horizonte (MG), Brasil. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética local sob o número CAAE 06386818000005134 e todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No total, o estudo contou com a participação de 40

pacientes, que foram alocados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 18 anos; pacientes asmáticos previamente diagnosticados há pelo menos um ano através de Espirometria disponível no momento da avaliação; pacientes em acompanhamento com a Pneumologia do Ambulatório da FCM-MG há pelo menos três meses. Não foram incluídos na pesquisa pacientes que se recusaram a participar ou que eram incapazes de responder aos questionários; portadores de outros distúrbios pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, seqüela de tuberculose, hipertensão pulmonar ou fibrose pulmonar); pacientes com comorbidades severas (neoplasias, insuficiência renal crônica, insuficiência hepática, doenças autoimunes, insuficiência cardíaca) e portadores de transtornos neuropsíquicos conhecidos, com exceção do transtorno de ansiedade e do transtorno depressivo.

Os pacientes elegíveis responderam a dois questionários validados, sendo o primeiro deles o ACT (*Asthma Control Test*) - questionário autoaplicável, com reprodutibilidade satisfatória, útil para quantificar e avaliar o controle da asma e que foi validado para esse fim. Consiste em 5 questões, relacionadas às quatro semanas que antecedem a avaliação, abordando múltiplas dimensões de controle, incluindo episódios de falta de ar, despertares noturnos, limitações nas atividades de vida diária, auto-avaliação de controle da asma e necessidade de medicação de alívio. Cada questão é pontuada em uma escala de 6 pontos — de 0 (controle bom) a 5 (controle ruim) — e, portanto, o escore total varia de 5 a 25. Um escore ≥ 20 no ACT é definido como asma controlada⁷.

O segundo questionário aplicado foi a HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), amplamente utilizada na triagem de morbidade psiquiátrica, que consiste em 14 questões — 7 para ansiedade e 7 para depressão, cada uma pontuada de 0 a 3, o escore máximo para ansiedade ou depressão sendo, portanto, 21. Escores mais altos indicam

mais sintomas. Um escore de ansiedade ≥ 8 na HADS foi considerado diagnóstico de ansiedade, enquanto um escore de depressão ≥ 9 na HADS foi considerado diagnóstico de depressão^{4,13}.

Por último, foram coletados dados demográficos (idade e sexo) e dados espirométricos (VEF%, CVF%, VEF1, CVF e relação VEF1 /CVF antes e após o uso de um β_2 -agonista inalatório de curta duração), fornecidos pelos participantes e que foram feitos e analisados de acordo com as normas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia¹⁵.

Os dados obtidos foram digitalizados em planilha do Microsoft Excel 2010 e importados para análise estatística no software R versão 3.4.3. As variáveis numéricas foram apresentadas como média \pm desvio-padrão e as variáveis categóricas como frequências absolutas e relativas (“n (%)”). Para comparar médias entre variáveis numéricas, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e as associações entre variáveis categóricas foram avaliadas via Teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher. O nível de significância para todos os testes foi de 0,05.

RESULTADOS

Dos 40 participantes do estudo, 25 eram do sexo feminino (62,5%) e 15 do sexo masculino (37,5%). Em relação a idade, a média foi de 52,5 ($\pm 15,9$). 15 participantes (37,5%) estavam com a asma controlada e 25 (62,5%) com asma não controlada, segundo a classificação do ACT. As características demográficas e clínicas da amostra estão ilustradas na Tabela 1.

Em relação os dados das espirometrias, o valor médio encontrado para o Volume Expiratório Final em relação ao valor predito (VEF1%) foi de 66,5 ($\pm 19,4$) e para o índice Tiffenau (TIF) 0,7 ($\pm 0,1$). Os dados espirométricos completos dos pacientes estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 1 - Características clínicas e demográficas da amostra

| | Controle da asma | | | Valor-p |
|-------------------|------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| | Total (n=40) | Controlada (n=15) | Não controlada (n=25) | |
| Idade | 52,5 \pm 15,9 | 51,4 \pm 18,6 | 53,1 \pm 14,5 | 0,944 ^M |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 25 (62,5) | 9 (60,0) | 16 (64,0) | > 0,999 ^Q |
| Masculino | 15 (37,5) | 6 (40,0) | 9 (36,0) | |
| Escore ACT | 16,6 \pm 5,2 | 22,0 \pm 1,9 | 13,4 \pm 3,5 | < 0,001 ^M |

^M Teste de Mann-Whitney; ^Q Teste Qui-quadrado. Os dados são apresentados como média \pm desvio padrão ou número absoluto (porcentagem).

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2 - Dados espirométricos da amostra

| | Controle da asma | | | Valor-p ^M |
|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| | Total (n=40) | Controlada (n=15) | Não controlada (n=25) | |
| Pré-BD | | | | |
| VEF1 | 2,1 ± 1,0 | 2,2 ± 1,0 | 2,0 ± 1,0 | 0,530 |
| VEF1 (% do predito) | 66,5 ± 19,4 | 67,8 ± 15,5 | 65,8 ± 21,6 | 0,675 |
| CVF | 3,0 ± 1,2 | 3,2 ± 1,4 | 2,9 ± 1,1 | 0,494 |
| CVF (% do predito) | 74,7 ± 17,9 | 75,5 ± 18,6 | 74,2 ± 17,8 | 0,716 |
| TIF | 0,7 ± 0,1 | 0,7 ± 0,1 | 0,7 ± 0,1 | 0,900 |
| Pós-BD | | | | |
| VEF1 | 2,3 ± 1,0 | 2,4 ± 1,0 | 2,2 ± 1,0 | 0,557 |
| CVF | 3,2 ± 1,2 | 3,3 ± 1,3 | 3,1 ± 1,2 | 0,485 |
| TIF | 0,7 ± 0,1 | 0,7 ± 0,1 | 0,7 ± 0,1 | 0,566 |

^MTeste de Mann-Whitney. Os dados são apresentados como média ± desvio padrão. **Legenda:** BD: Broncodilatador; VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo, CVF: Capacidade Vital forçada, TIF: índice de Tiffenau.

Fonte: elaborada pelos autores.

Salienta-se que não houve associação significativa entre o sexo, a idade e as medidas da espirometria com o controle da asma classificado segundo o ACT ($p > 0,05$).

Dos 40 pacientes da amostra, 10 não apresentavam nenhum dos dois transtornos de humor avaliados segundo o escore HADS, 17 apresentavam ansiedade, 7 depressão e 6 o binômio ansiedade/depressão.

Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre o controle da asma e sintomas de ansiedade e/ou depressão. A prevalência dos transtornos de humor entre os 40 pacientes da amostra foi de 75%, sendo o transtorno de ansiedade

isolado o mais encontrado. Dos 15 pacientes asmáticos controlados ($ACT \geq 20$), 8 (53%) não apresentaram transtorno de humor. Já entre os 25 portadores de asma não controlada ($ACT < 20$), apenas 2 (8%) foram considerados como não portadores ansiedade e/ou depressão. Entre o grupo de pacientes com asma não controlada e portadores de transtorno de humor, 12 (48%) apresentaram ansiedade, 6 depressão (24%) e 5 apresentaram o binômio ansiedade e depressão (30%). A correlação dos transtornos de humor e o controle da asma está ilustrada na Tabela 3 e nos Gráficos 1 e 2.

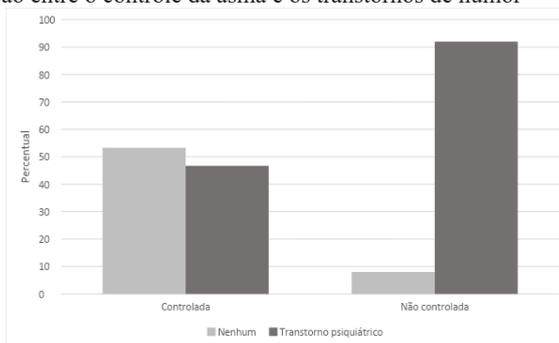
Tabela 3 - Correlação entre o controle da asma e os transtornos de humor

| | Controle da asma | | | Valor-p ^F |
|--|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| | Total (n=40) | Controlada (n=15) | Não controlada (n=25) | |
| Sintomas de ansiedade e depressão | | | | |
| Nenhum | 10 (25,0) | 8 (53,3) | 2 (8,0) | 0,014 |
| Ansiedade | 17 (42,5) | 5 (33,3) | 12 (48,0) | |
| Depressão | 7 (17,5) | 1 (6,7) | 6 (24,0) | |
| Ansiedade e depressão | 6 (15,0) | 1 (6,7) | 5 (20,0) | |

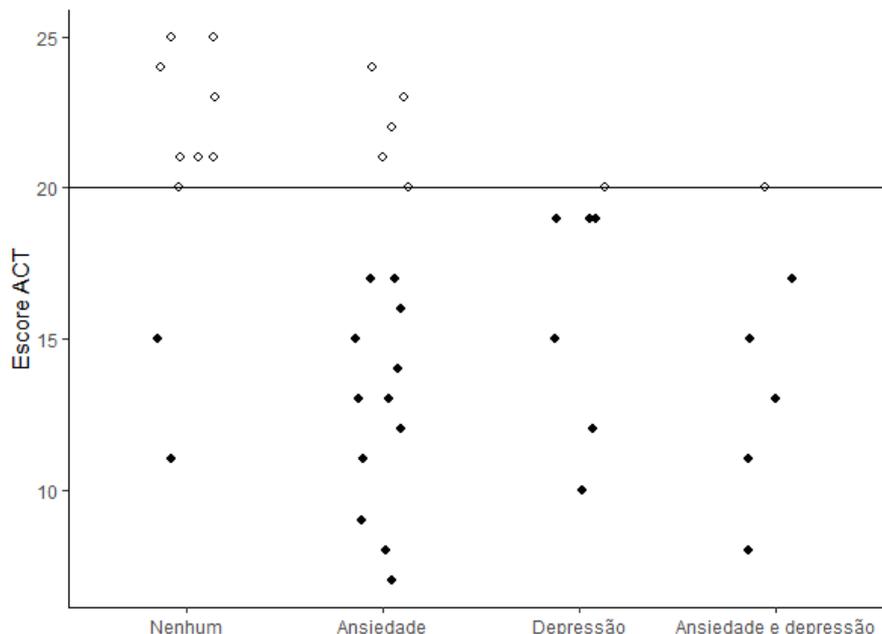
^F Teste Exato de Fisher. Os dados são apresentados como média ± desvio padrão ou número absoluto (porcentagem).

Fonte: elaborada pelos autores.

Gráfico 1 - Correlação entre o controle da asma e os transtornos de humor



Fonte: elaborado pelos autores.

Gráfico 2 - Correlação entre o controle da asma e os transtornos de humor

Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Respalhando as estatísticas epidemiológicas que apontam que a prevalência da asma é mais elevada no sexo feminino entre os adultos⁶, as mulheres do estudo configuram como a maioria da amostra (62,5%). Como a asma é uma doença multifatorial, na qual fatores genéticos, ambientais, fisiopatológicos e imunológicos estão envolvidos, as razões para as diferenças específicas entre os sexos também podem ser múltiplas, tais como diferenças na fisiologia e na patologia das vias aéreas e diferenças comportamentais entre ambos os sexos. Contudo, o fator hormonal parece ser um componente fundamental para o entendimento dessa dessemelhança. Aproximadamente 20-40% das mulheres asmáticas relatam piora dos sintomas respiratórios durante o período pré-menstrual e menstrual. O mecanismo da piora da asma no ciclo menstrual ainda é desconhecido, mas já foram sugeridos a redução dos níveis séricos de progesterona, o aumento das secreções mucosas, o aumento da síntese de prostaglandinas no período pré-menstrual e a alteração da regulação do receptor β_2 -adrenérgico⁹.

Vários estudos demonstram preponderância da asma na infância, com um declínio nos adultos jovens, ocorrendo uma segunda elevação nos maiores de 60 anos de idade⁸. O estudo incluiu participantes adultos (>18 anos), sendo a média de idade encontrada de 52,5 ($\pm 15,9$), em conformidade com as estatísticas.

Como apontado anteriormente nos resultados, não houve associação significativa entre o sexo, idade e o controle da asma. No entanto, um estudo publicado

em 2014 se contrapõe a esse achado⁹. Ele mostra que a percepção das mulheres em relação à asma é diferente da percepção masculina e seus resultados sugerem que as mulheres asmáticas sofrem maior impacto e frequência em seus sintomas respiratórios e apresentam mais comumente limitações na vida diária provocadas pela asma do que os homens. Seguindo essa linha de raciocínio, esperava-se que a asma não controlada fosse mais prevalente nas mulheres do estudo, uma vez que a classificação da asma pelo ACT leva em consideração a auto percepção dos sintomas, das limitações de atividade e do controle da doença, o que não ocorreu no entanto.

A Global Initiative for Asthma (GINA)³, considerada como a principal diretriz mundial de manejo da asma, para classificar o controle da doença, leva em consideração os sintomas diurnos, os despertares noturnos, a frequência de uso da medicação de resgate e a limitação de atividades, sendo que 3 desses 4 parâmetros estão vinculados à auto percepção do portador em relação a sua doença. O documento não considera, no entanto, o VEF% como parâmetro de controle, apesar de considera-lo, quando <60%, como fator de risco para futuras exacerbações. Diante disso, pressupõe-se que o controle da asma está intimamente relacionado à percepção do paciente em relação aos impactos da doença no seu cotidiano, e, portanto, fatores psicológicos como a ansiedade e a depressão, podem exercer forte influência neste controle. Os resultados do presente estudo corroboram com isso, visto que não foi encontrada associação significativa ($p > 0,05$) entre os dados espirométricos e o controle da asma.

Diversos estudos demonstram a alta prevalência

de transtornos psiquiátricos, principalmente ansiedade e depressão, mas também transtorno de estresse pós-traumático, em pacientes asmáticos¹⁰. Os achados do presente ratificam esse dado. Dos 40 pacientes asmáticos participantes, 30 apresentam ansiedade e/ou depressão, o que representa 75% da amostra. Sendo o transtorno de ansiedade isolado o mais prevalente (57%), seguido pelo transtorno depressivo isolado. O binômio ansiedade/depressão foi encontrado em um menor número de participantes.

Como elucidado anteriormente, houve associação significativa ($p < 0,05$) entre o controle da asma e sintomas de ansiedade e/ou depressão, mostrando que a presença de transtornos de humor exerce influência no controle da doença asmática. Diante disso, como foco principal do estudo, são levantadas hipóteses para tal associação.

A primeira delas é de que os distúrbios psiquiátricos intensificam a inflamação inerente à asma. Apesar de existirem poucos dados documentados sobre como isso ocorre, suponha-se que o estresse psicológico provoque um aumento colinergicamente mediado da reatividade das vias aéreas, além de estimular a liberação de citocinas pró-inflamatórias, tais como as interleucinas IL-2, IL-4, IL-8 e IL-33 e o fator de crescimento transformante. (TGF- β), que estão envolvidos na resposta inflamatória da asma, como foi mostrado em um estudo conduzido em 2017¹⁴. O processo inflamatório sistêmico gerado pelos distúrbios psíquicos crônicos também pode ser capaz de causar alterações nas pequenas vias aéreas pulmonares, a nível de bronquíolos, alvéolos e espaços perivasculares, cuja afecção crônica é responsável por quadros severos e de difícil manejo da asma¹⁷.

Uma segunda hipótese seria a de que os transtornos de humor alteram o discernimento do asmático em relação à própria doença, aumentando a percepção dos sintomas e reduzindo a percepção do nível de controle¹⁰. Isso justificaria pontuações baixas no ACT, aumentando o número de asmáticos considerados como não controlados. Ademais, os sintomas respiratórios secundários aos transtornos de humor - no caso da ansiedade, a sensação de falta de ar e a frequência cardíaca aumentada e, no caso da depressão, a insônia e a fadiga - podem se sobrepor aos da asma⁴, subestimando o controle desta. Os quadros de ansiedade e depressão em asmáticos podem também ser responsáveis por reduzir a adesão terapêutica dos pacientes ao tratamento da asma, uma vez que frequentemente apresentam-se clinicamente com desmotivação, pseudodemência e lapsos de memória. Um paciente menos aderente ao tratamento regular tem, conseqüentemente, um menor controle da doença. .

Um outro ponto a se considerar é o fato de que a dispnéia é um dos sintomas mais limitantes nos pacientes com asma e também pode ser considerada como um dos

fatores mais importantes para se determinar a gravidade e a qualidade de vida dos portadores da doença. Na origem da dispnéia asmática, há vários fatores relacionados, dentre eles a hipoxemia, a hipercapnia e o aumento do trabalho respiratório. Nesse sentido, levanta-se a hipótese de que a hiperventilação que ocorre nas crises de ansiedade possa levar à hipoxemia sistêmica e à hipóxia pulmonar e, conseqüentemente, ao sintoma de dispnéia referido pelo paciente. Por isso, talvez, se observou no presente estudo que os asmáticos não controlados apresentaram uma prevalência maior de sintomas de ansiedade¹⁶.

Por outro lado, postula-se também que a asma mal controlada leve a um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão por motivos ainda não elucidados na literatura. Cabe aqui ressaltar que, por se tratar de um estudo transversal, torna-se difícil definir se os transtornos de ansiedade e depressão são causa ou conseqüência da asma descontrolada, apesar da clara associação existente entre eles.

Uma outra limitação do estudo foi o número amostral reduzido devido à dificuldade de encontrar participantes que preenchem a todos os critérios de elegibilidade, assim os resultados deste estudo podem limitar a validade externa do resultado obtido.

Apesar das limitações, a principal hipótese do estudo de que existe correlação entre o descontrole da asma e a presença concomitante de transtorno de ansiedade e/ou depressão foi corroborada.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem a existência da associação entre os transtornos depressivo e de ansiedade e o controle da asma. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais que acompanham os pacientes asmáticos estejam cientes sobre isso para aprimorar o manejo desses pacientes, direcionando-os, quando necessário, para acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico concomitantemente ao acompanhamento clínico convencional da asma.

Perante as evidências mostradas, infere-se que é importante considerar o rastreio do transtorno depressivo e do transtorno de ansiedade na abordagem da asma em adultos. Com isso, minimizar as evoluções e os desfechos desfavoráveis para os portadores da doença, tais como limitação de atividades diárias, exacerbações e internações hospitalares com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e reduzir a sobrecarga e gastos do sistema público de Saúde e do sistema privado com hospitalizações evitáveis. Por fim, conclui-se que é importante que o tema aqui discutido seja abordado e estudado por mais pesquisadores afim de ampliar e consolidar informações e dados sobre o assunto.

Contribuição dos autores: Ana Carolina Cunha Rocha - Aplicação dos questionários, revisão bibliográfica, análise de dados e redação do artigo, Ana Luisa Rodrigues da Silveira - Revisão bibliográfica, análise de dados e redação do artigo, Flávia Cardoso Schaper - Coleta e análise de dados, Júnia Rios Garib - Orientação e supervisão do estudo, Nillo Akizo Barros - Aplicação dos questionários.

REFERÊNCIAS

- Pizzichini MMM, Carvalho-Pinto RM, Cançado JED, Rubin AS, et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol.* 2020;46(1):e20190307. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20190307>.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma - 2012. *J Bras Pneumol.* 2012;38(1):S1-S46. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=88.
- Global Initiative for Asthma (GINA). 2019 Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Available from: <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>.
- 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. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100004>.
- Ciprandi G, Schiavetti I, Rindone E, Ricciardolo FL. The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015;115(5):408-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.08.007>.
- Gonçalves, AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva AG, Gamarra CJ, Duque KCD, Machado MLMSM. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2018;67(2):101-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.
- Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, Júnior AD, Cruz AA. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2010;36(2):159-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000200002>.
- Akinbami LJ, Moorman JE, Liu X. Asthma prevalence, health care use, and mortality: United States, 2005–2009. *National Health Statistics Reports.* 2012;(32):1-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21355352>.
- Zillmer LR, Gazzotti MR, Nascimento OA, Montealegre F, Fish J, Jardim JR. Diferenças entre os sexos na percepção de asma e sintomas respiratórios em uma amostra populacional em quatro cidades brasileiras. *J Bras Pneumol.* 2014;40(6):591-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000600002>.
- 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.* 2010;104(1):22-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.08.005>.
- Pessôa CLC, Milanez AI, Aguiar GPM, Rabelo LKO, Rigolon LPJ. Impacto da ansiedade e depressão no controle da asma. *Rev Bras Neurol Psiquiatr.* 2019;23(1):4-13. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/402/17>.
- Ponte E, Franco RA, Souza-Machado A, Souza-Machado C, Cruz AA. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. *J Bras Pneumol* 2007;33(1):15-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000100006>.
- Marcolino JAM, Mathias LAST, Filho LP, Guaratini AA, TSA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anestesiol.* 2007;57(1):52-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>.
- Yang Q. Effect of anxiety and depression on pulmonary function as well as airway inflammation and remodeling in patients with bronchial asthma. *J Hainan Med Univ.* 2017;23:29-32. doi: doi.org/10.13210/j.cnki.jhmu.20170906.018.
- Pereira, CAC. Diretrizes para testes de função pulmonar - espirometria. *J Bras Pneumol.* 2002;28(3):1-82. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/details-suppl/45>.
- Valença AM, Falcão R, Freire RC, Nascimento I, Nascentes R, Zin AW, et al. The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):206-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000005>.
- Carr TF, Altisheh R, Zitt M. Small airways disease and severe asthma. *World Allergy Organ J.* 2017;10(1):20. doi: <https://doi.org/10.1186/s40413-017-0153-4>

Recebido: 09.04.2020

Aceito: 15.04.2021