

Prevalência de transtorno de depressão e ansiedade em pacientes com asma grave

Prevalence of depression and anxiety disorders in patients with severe asthma

Lêda Maria Rabelo¹, Sabrina Covre Jaques², Luana de Lima Szlichta²,
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa³

Resumo

Introdução: A asma é uma doença de alta prevalência no Brasil e no mundo, permanecendo mal controlada em parcela específica de pacientes, fato que contribui para uma piora da qualidade de vida e onera o sistema de saúde.

Objetivo: Analisar a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em um grupo de pacientes com asma, comparando esses dados com informações clínicas coletadas da amostra, como o nível de controle da asma e outros aspectos clínicos dessa população. **Material e Método:** Este estudo transversal inclui 41 pacientes em tratamento no Ambulatório de Asma Grave da Universidade Federal do Paraná. Foram aplicados o Asthma Control Test (ACT) e o Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) para avaliar o controle da asma, e características com potencial influência no controle da asma, como idade de início da doença, limitações ao fluxo aéreo (VEF1%), número de exacerbações e sexo. A ansiedade e depressão foram avaliadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I), Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI). Por fim, os dados de ansiedade e depressão foram correlacionados com as variáveis mencionadas. **Resultados:** A prevalência de depressão foi significativamente maior entre os pacientes com asma não controlada em comparação àqueles com asma

controlada, tanto na classificação ACQ-5 (valores 4 vezes maiores) quanto na ACT. Não houve diferenças entre os dois grupos em termos de ansiedade; no entanto, a prevalência geral de transtornos de ansiedade e depressão no estudo foi de 58,5% e 48,8%, respectivamente. Tanto a ansiedade quanto a depressão apresentaram maior prevalência na amostra de asma de início precoce em comparação ao grupo com asma de início tardio. **Conclusão:** Neste estudo, foi encontrada uma alta prevalência de depressão e transtorno de ansiedade em pacientes asmáticos graves, o que corrobora nossa hipótese inicial de que há uma ligação entre a gravidade e o controle da asma e essas comorbidades.

Palavras-chave: Asma, Transtorno depressivo, Transtornos de ansiedade, Prevalência

Abstract

Introduction: Asthma is a highly prevalent disease in Brazil and worldwide, the condition remains poorly controlled in a specific group of patients, which contributes to a decline in quality of life and places a burden on the health system. **Objective:** To analyze the prevalence of anxiety and depression disorders in a group of asthma patients and compare it with clinical data collected from the sample, such as the level of asthma control and other clinical aspects of this population. **Material and Methods:** This cross-sectional study included 41 patients undergoing treatment at the Severe Asthma Outpatient Clinic of the Federal University of Paraná. The Asthma Control Test (ACT) and Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) were used to evaluate asthma control, and characteristics with potential influence on asthma control, such as age of disease onset, airflow limitations (FEV1%), number of exacerbations, and gender. Anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), and Beck Anxiety and Depression Inventories (BAI and BDI). Finally, data on anxiety and depression were correlated with the variables mentioned. **Results:** The prevalence of depression was significantly higher among patients with uncontrolled asthma than among those with controlled asthma, both in the ACQ-5 (values that were four times higher) and in the ACT classification. There were

1. Universidade Federal do Paraná. Departamento de Clínica Médica, Pneumologia. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba – PR – Brasil

2. Universidade Federal do Paraná. Curso de Medicina. Curitiba – PR – Brasil

3. Universidade Federal do Paraná. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba – PR – Brasil

Trabalho realizado: Universidade Federal do Paraná. Departamento de Clínica Médica, Pneumologia. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba – PR – Brasil / Universidade Federal do Paraná. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba – PR – Brasil

Endereço para correspondência: Lêda Maria Rabelo. Endereço. Av Iguazu, 2820 Conjunto, 503 - Água Verde - 80240-031 - Curitiba – PR – Brasil. E-mail: ledamrabelo2@gmail.com.

no differences between the two groups in terms of anxiety; however, the overall prevalence of anxiety and depression disorders in the study was 58.5% and 48.8%, respectively. Both anxiety and depression had a higher prevalence in the early-onset asthma sample compared to the late-onset asthma group. **Conclusion:** In this study, a high prevalence of depression and anxiety disorders was found in severe asthmatic patients, which supports our initial hypothesis that there is a connection between the severity and control of asthma and these comorbidities.

Keywords: Asthma, Depressive disorder, Anxiety disorder, Prevalence

Introdução

A asma é uma doença inflamatória das vias aéreas inferiores caracterizada por hiperreatividade e obstrução variável ao fluxo aéreo nos pulmões. O evento central na sua fisiopatologia é a broncoconstrição rápida, em resposta a uma variedade de estímulos. Normalmente, essa doença se manifesta com falta de ar, tosse, sibilância e aperto no peito apresentando diferentes intensidades⁽¹⁾.

O curso clínico da doença é marcado por exacerbações que levam à piora da qualidade de vida, perda de dias trabalhados, risco de morte⁽²⁾ e oneração do sistema de saúde. A asma é classificada de acordo com o estado de controle da doença, baseada na frequência dos sintomas, no uso de medicação para alívio, na função pulmonar e na ocorrência de exacerbações^(3,4).

A prevalência mundial de asma foi estimada em 339 milhões de indivíduos⁽⁵⁾, sendo uma das doenças crônicas mais comuns no mundo em adultos e a mais comum (7-10%) em jovens menores de 18 anos. Se as tendências crescentes se mantiverem, a estimativa é de 100 milhões de novos casos até 2025. No Brasil, a doença atinge aproximadamente 6 milhões de adultos⁽⁶⁾. Apesar dos esforços e avanços no tratamento da asma, essa condição permanece mal controlada em um número considerável de pacientes⁽⁷⁾. Em 2013, mais de 120.000 hospitalizações por asma ocorreram no Brasil e 2.047 pessoas morreram, correspondendo a 5 óbitos/dia. Já em 2018, o número de internações foi de aproximadamente 87 mil⁽⁸⁻¹⁰⁾. Uma revisão sistemática sobre os custos da asma grave no Brasil⁽¹¹⁾, mostrou que as principais despesas estavam relacionadas com hospitalizações e medicamentos e que foram gastos 733,00 USD por paciente por ano.

Fatores que conhecidamente dificultam o controle da asma são: baixa adesão à terapia medicamentosa, exposição ambiental a agentes desencadeantes, tabagismo passivo e ativo, presença de comorbidades como rinite alérgica, obesidade, apneia obstrutiva do sono, ansiedade e depressão⁽¹²⁾.

Os transtornos psiquiátricos, assim como a asma, são condições frequentes e podem acometer indivíduos de todas as idades. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas no mundo será acometida por um transtorno mental em algum momento de suas vidas. Em 2001 havia cerca de 450 milhões de portadores de doenças mentais em todo o mundo. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais na população adulta varia de 20% a 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores em geral⁽¹³⁾.

De acordo com um resumo científico divulgado pela OMS em 2022, no primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%. Em 2020, governos em todo o mundo gastaram em média pouco mais de 2% de seus orçamentos de saúde na área da saúde mental. Pessoas com transtornos psiquiátricos pré-existent relataram aumento dos sintomas e menor acesso a serviços e apoios desde o início da pandemia de COVID-19. Durante os anos de 2020 e 2021, o transtorno depressivo atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a ansiedade e irritabilidade foi reportada por mais de 50% deles⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Pacientes com doenças crônicas apresentam maior predisposição a transtornos psiquiátricos quando comparados à população geral^(18,19). Os transtornos psiquiátricos, principalmente a ansiedade e a depressão, têm sido associados à asma; verificou-se uma prevalência de 30% para ansiedade e 9% para depressão⁽²⁰⁾. A literatura mostra os componentes de ansiedade e depressão como fatores associados principalmente à asma de difícil controle, baixa qualidade de vida, aumento da gravidade da doença, das taxas de internação e de mortalidade. Estes efeitos podem ser mediados por mecanismos comportamentais (baixa adesão ao tratamento) e mecanismos psicológicos, que podem envolver a desregulação da função neuroendócrina e imunológica^(21,22).

A ansiedade, especialmente quando manifestada em forma de crises agudas, causa um aumento da frequência respiratória, com diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios. Isso, somado ao quadro clínico da asma, acentua os sintomas e a sensação de dispneia⁽²³⁾.

O grande ônus pessoal e governamental imposto pelo controle ineficaz da asma⁽²¹⁾, principalmente da asma grave, justifica a importância de investigar a correlação entre estes transtornos mentais e o descontrole da asma. O presente estudo tem por objetivo comprovar essa correlação.

Materiais e Métodos

Estudo transversal foi realizado durante o ano de 2021, no Ambulatório de Asma do Complexo do

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, Paraná. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 30077520.6.0000.0096 e segundo o parecer consubstanciado no número 4.161.851. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de asma grave segundo critérios ATS/ERS⁽²⁴⁾; pacientes que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e idade entre 18 e 70 anos. Foram excluídos pacientes em exacerbação recente da asma (nos últimos 30 dias) e aqueles inaptos para responder questionários aplicados sem auxílio.

Foram coletados dos prontuários dos pacientes dados epidemiológicos, clínicos e de função pulmonar (TABELA-DADOS). Assim, os pacientes foram submetidos aos seguintes instrumentos de avaliação: Escala Hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)⁽²⁵⁾; Módulo Episódio Depressivo Maior da Versão Brasileira do MINI⁽²⁶⁾; Inventário de Ansiedade de Beck; e Inventário de Depressão de Beck⁽²⁷⁾; Teste de controle da asma (ACT)⁽²⁸⁾; e o Questionário do controle de asma (ACQ-5)⁽²⁹⁾. Os dois últimos foram aplicados para classificar o controle da Asma. Para a utilização destes instrumentos, foi realizado treinamento prévio com equipe de pesquisadores.

A Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*) possui 14 itens do tipo múltipla escolha – sete para ansiedade e sete para depressão – abrangendo as subescalas para cada um dos transtornos pontuações de 0 a 21⁽³⁰⁾. Pontuações acima de 9 foram consideradas para o diagnóstico de ansiedade e depressão em cada subescala. Há evidências consistentes de que esse valor de corte seria o ideal como método de rastreio, por apresentar medidas de sensibilidade e especificidade adequadas para tal⁽²⁵⁾.

O Módulo Episódio Depressivo Maior do M.I.N.I. (MINI - *International Neuropsychiatric Interview*) é uma entrevista breve, compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10, para obtenção de diagnósticos de transtornos psiquiátricos atuais⁽²⁶⁾.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) são destinados a medir, respectivamente, a gravidade da ansiedade e da depressão, e contém 21 perguntas de múltipla escolha. As escalas têm um resultado máximo de 63 pontos, com as seguintes categorias: até 7 pontos indica nível mínimo da doença; de 8 a 15 pontos presença leve; de 16 a 25 pontos indica presença moderada; e de 26 a 63 pontos nível severo. Nestes dois inventários, as pontuações correspondentes às

categorias moderado ou grave foram consideradas como indicativos de diagnóstico das respectivas patologias analisadas⁽²⁷⁾.

Os instrumentos de avaliação psicológica devem ser adequados e ter bases teóricas bem fundamentadas em evidências empíricas para gerar diagnósticos e prognósticos seguros. Por isso, os questionários selecionados para a avaliação dos transtornos de depressão e de ansiedade são os mais citados e utilizados nesse contexto⁽³¹⁻³³⁾.

Análises Estatísticas

Os resultados obtidos foram descritos por média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo (variáveis quantitativas) ou por frequência e percentual (variáveis categóricas). A condição de normalidade das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para a comparação de grupos definidos pelas classificações das variáveis relativas à ansiedade e depressão, em relação à idade e VEF1%, foi usado o modelo de análise da variância (ANOVA) com um fator ou o teste t de Student para amostras independentes.

A associação entre variáveis categóricas e variáveis relativas a ansiedade e depressão foram analisadas se utilizando do teste exato de Fisher ou do teste de Qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.28.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Objetivando-se uma maior acurácia estatística e melhor compreensão do artigo, os resultados dispostos a seguir expressam os valores obtidos nas escalas em que foram encontradas maior significância estatística. Quando essa não foi alcançada ($p > 0,05$), os dados da escala HADS foram utilizados como padrão para comparação.

Resultado

Foram selecionados sequencialmente 61 pacientes com asma grave, dos quais 20 foram excluídos por não atenderem aos requisitos do trabalho.

A maioria dos pacientes era do sexo feminino (82,9%), com média de idade de 48,2 anos e início precoce da asma na infância (68,3%). De acordo com os escores do ACT (73,2%) e com o ACQ-5 (48,8%), o status não controlado da asma prevaleceu, assim como o perfil exacerbador (56,1%) e uma importante perda da função pulmonar (média do VEF1 pré broncodilatador 55,3% do predito).

A prevalência de transtorno de ansiedade entre os participantes do estudo foi de 58,5%, enquanto a de transtorno depressivo foi de 48,8%. Os pacientes com

asma não controlada apresentam prevalências maiores de ansiedade e depressão quando comparados ao grupo com asma controlada. (Imagem 1)

De acordo com o ACT, a prevalência de depressão nos pacientes com asma não controlada, em comparação com a controlada, foi respectivamente 50% e 0%. No grupo da doença não controlada, 63,3% apresentaram diagnóstico de ansiedade, e 45,5% no grupo em que a asma está controlada (Tabela 1).

Segundo o ACQ-5, foi apontada uma prevalência de depressão de 60% nos pacientes com asma não controlada, e 14,3% no grupo com asma controlada. Já

para ansiedade, esses valores foram de 70% e 47,6%, nos respectivos grupos de pacientes (Tabela 2).

Do total de casos, 46,3% estavam não controlados tanto por ACQ-5 quanto por ACT, e 24,4% estavam controlados por ACQ-5 e ACT. Sendo assim, há uma concordância em 70,7% dos casos (moderada) com coeficiente de concordância de Kappa estimado em 0,42 (intervalo de confiança de 95% dado por 0,15 a 0,70).

No grupo com início precoce da asma, a prevalência de quadro indicativo de depressão foi de 57,1%, enquanto a de ansiedade foi de 71,4%. Analisando os pacientes com asma de início tardio, os valores rela-

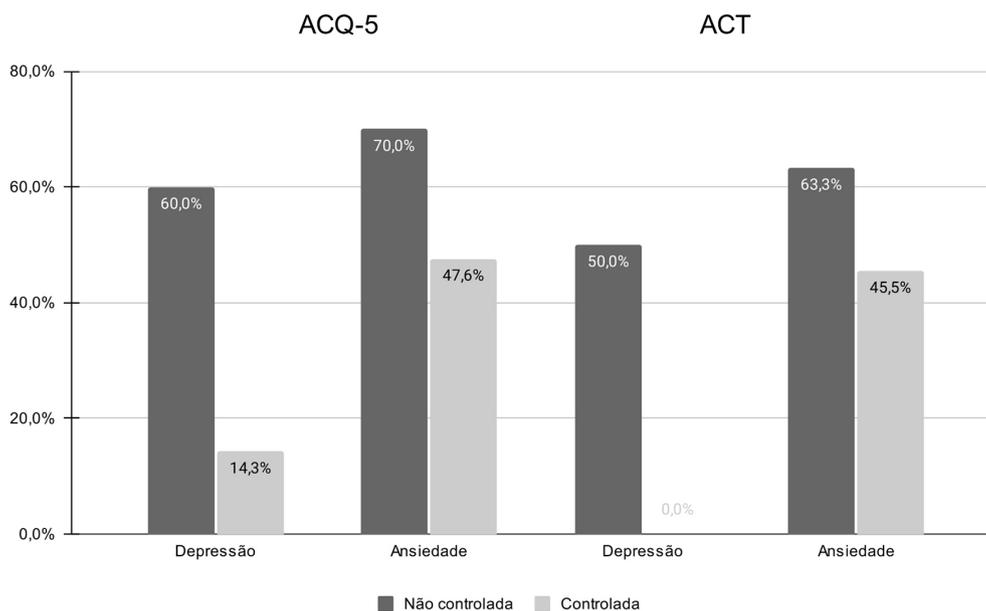


Imagem 1 - ACQ-5 e ACT versus Variáveis de Depressão E Ansiedade. Fonte: O autor (2024). Nota: *Teste exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

Tabela 1

ACT versus Variáveis de Depressão e Ansiedade

Variável	Classificação	ACT				p*
		Não Controlada		Controlada		
		n	%	n	%	
HADS Depressão	Improvável	13	43,3%	8	72,7%	0,159
	Possível/Provável	17	56,7%	3	27,3%	
Inventário de Depressão de Beck - BDI	Mínimo/Leve	15	50,0%	11	100%	0,003
	Moderado/Grave	15	50,0%	0	0,0%	
MINI - Depressão	Não – episódio maior atual	13	43,3%	8	72,7%	0,177
	Sim – episódio maior atual	11	36,7%	1	9,1%	
	Sim – episódio maior atual e passado	6	20,0%	2	18,2%	
HADS Ansiedade	Improvável	11	36,7%	6	54,5%	0,476
	Possível/Provável	19	63,3%	5	45,5%	
Inventário de Ansiedade de Beck - BAI	Mínimo/Leve	10	33,3%	7	63,6%	0,151
	Moderado/Grave	20	66,7%	4	36,4%	

Fonte: O autor (2024). Nota: *Teste exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

Tabela 2

ACQ-5 versus Variáveis de Depressão e Ansiedade

Variável	Classificação	ACT				p*
		Não Controlada		Controlada		
		n	%	n	%	
HADS Depressão	Improvável	7	35,0%	14	66,7%	0,063
	Possível/Provável	13	65,0%	7	33,3%	
Inventário de Depressão de Beck - BDI	Mínimo/Leve	8	40,0%	18	85,7%	0,004
	Moderado/Grave	12	60,0%	3	14,3%	
MINI - Depressão	Não – episódio maior atual	6	30,0%	15	71,4%	0,026
	Sim – episódio maior atual	9	45,0%	3	14,3%	
	Sim – episódio maior atual e passado	5	25,0%	3	14,3%	
HADS Ansiedade	Improvável	6	30,0%	11	52,4%	0,476
	Possível/Provável	14	70,0%	10	47,6%	
Inventário de Ansiedade de Beck - BAI	Mínimo/Leve	6	30,0%	11	52,4%	0,208
	Moderado/Grave	14	70,0%	10	47,6%	

Fonte: O autor (2024). Nota: *Teste exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado, p<0,05

tivos à presença de transtorno depressivo foram de 30,8%, e esse mesmo valor foi encontrado em relação ao transtorno ansioso (Tabela 3).

A análise da prevalência de ansiedade de acordo com o gênero evidenciou uma prevalência da ansiedade de 64,7% nas mulheres e de 28,8% nos homens. Já na avaliação da depressão, foram encontrados valores de 52,9% na parcela feminina, e 28,6% na masculina. (Tabela 4).

Nos pacientes que apresentaram quadros de exacerbações no último ano, 69,6% tiveram resultados positivos para ansiedade, contra 44,4% no grupo não exacerbador. Quanto à depressão, os valores positivos

foram de 52,2% em exacerbadores, e 44,4% em não exacerbadores (Tabela 4).

Sobre os valores de VEF1%, observamos que pacientes com diagnóstico indicativo de ansiedade possuem média de 56,6, enquanto aqueles com diagnóstico improvável tiveram média de 53,3. Na análise da depressão, essas médias foram 57,3 e 53,3, respectivamente (Tabela 4).

Discussão

A amostra de pacientes deste estudo é um recorte da população de asmáticos graves acompanhados du-

Tabela 3

Início da asma versus Variáveis de Depressão e Ansiedade

Variável	Classificação	INÍCIO DA ASMA				p*
		Precoce		Tardio		
		n	%	n	%	
HADS Depressão	Improvável	12	42,9%	9	69,2%	0,181
	Possível/Provável	16	57,1%	4	30,8%	
Inventário de Depressão de Beck - BDI	Mínimo/Leve	16	57,1%	10	76,9%	0,305
	Moderado/Grave	12	42,9%	3	23,1%	
MINI - Depressão	Não – episódio maior atual	12	42,9%	9	69,2%	0,018
	Sim – episódio maior atual	12	42,9%	0	0,0%	
	Sim – episódio maior atual e passado	4	14,3%	4	30,8%	
HADS Ansiedade	Improvável	8	28,6%	9	69,2%	0,020
	Possível/Provável	20	71,4%	4	30,8%	
Inventário de Ansiedade de Beck - BAI	Mínimo/Leve	10	35,7%	7	53,8%	0,322
	Moderado/Grave	18	64,3%	6	46,2%	

Fonte: O autor (2024). Nota: *Teste exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado, p<0,05

Tabela 4

HADS Depressão e Ansiedade versus Início da Asma, Exacerbações, Gênero e VEF1%

Variável		HADS DEPRESSÃO			HADS ANSIEDADE		
		Improvável	Possível/ Provável	p*	Improvável	Possível/ Provável	p*
		Resultado (n)	Resultado (n)		Resultado (n)	Resultado (n)	
INÍCIO DA ASMA	Precoce	42,9% (12)	57,1% (16)	0,181	28,6% (8)	71,4% (20)	0,020
	Tardia	69,2% (9)	30,8% (4)		69,2% (9)	30,8% (4)	
EXACERBAÇÕES	Não	55,6% (10)	44,4% (8)	0,756	55,6% (10)	44,4% (8)	0,125
	Sim	47,8% (11)	52,2% (12)		30,4% (7)	69,6% (16)	
GÊNERO	Feminino	47,1% (16)	52,9% (18)	0,410	35,3% (12)	64,7% (22)	0,105
	Masculino	71,4% (5)	28,6 (2)		71,4% (5)	28,6% (2)	
VEF1% pré	Média ± Desvio Padrão	53,3 ± 24,8 (15)	56,6 ± 16,5 (24)	0,533	53,3 ± 23,3 (19)	57,3 ± 16,3 (20)	0,647

Fonte: O autor (2024). Nota: *Teste exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado, p<0,05

rante muitos anos por um serviço público de saúde de um grande hospital universitário; são pacientes com uma apresentação clínica complexa, predominantemente não controlados e exacerbadores.

As características clínicas e epidemiológicas do nosso estudo compartilham semelhanças com outras conhecidas coortes de asmáticos graves, como a brasileira ProAR, a europeia (U-BIOPRED) – compostas em sua maioria por mulheres, com média de idade bastante similar a da nossa amostra –, e a americana, na qual a prevalência de exacerbações foi de 54% (em nosso estudo 56,1%). Este último dado foi relacionado a altos prejuízos financeiros e pessoais pela doença^(34,35).

A ocorrência de transtornos psiquiátricos, tanto depressivos quanto ansiosos, foi observada em aproximadamente metade dos pacientes incluídos no estudo. Não foram encontrados resultados estatisticamente relevantes ao avaliarmos a prevalência desses transtornos em relação ao gênero, mas o HADS apontou valores significativamente maiores na parcela feminina, tanto para ansiedade (p=0,105), quanto para depressão (p=0,410). O predomínio feminino encontrado em múltiplos estudos (como a coorte europeia) pode corroborar com a hipótese de que este seria um fator predisponente para o agravamento da asma.

Alguns estudos já apontam uma associação entre quadros psiquiátricos e doenças pulmonares. Foi observado que, na asma, há uma maior predisposição ao desenvolvimento dessas comorbidades e, ainda, que a associação entre esses dois quadros tem tendência a se retroalimentar⁽²³⁾.

Na correlação entre a prevalência de transtornos psiquiátricos e o controle da asma, o ACQ-5 evidenciou uma prevalência de depressão aproximadamente 4 vezes maior no grupo com asma não controlada (p=0,004). Na ansiedade, não foram observados resultados com significância estatística, porém, o diag-

nóstico indicativo de ansiedade na população não controlada foi 1,5 vezes a prevalência encontrada nos asmáticos controlados (p=0,476).

Na avaliação de controle da asma com ACT, nenhum dos pacientes controlados possuía testes positivos para depressão, enquanto no grupo de pacientes não controlados, metade apresentou dados condizentes com este diagnóstico (p=0,003). Também não foram obtidos valores significativamente relevantes em relação ao diagnóstico de ansiedade entre os dois grupos (p=0,476).

Em dois outros estudos brasileiros, quando analisado o controle da asma com ACT e sua relação com a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade, foi observado uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos associados ao mau controle da asma^(23,28).

Quando avaliamos a prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão relacionada a variáveis como data de início da asma, número de exacerbações e VEF1%, apenas o tempo de doença teve significância estatística.

Pacientes com início precoce da asma apresentaram prevalências de ansiedade (p=0,02) e depressão (p=0,018) duas vezes superiores às do grupo cuja asma se iniciou em fase tardia da vida. Em relação à frequência de exacerbações, os pacientes que referiam exacerbações frequentes apresentaram prevalência de ansiedade aproximadamente 1,5 vezes maior (p=0,125), e de aproximadamente o dobro na depressão (p=0,756), em comparação ao grupo não exacerbador.

Dentre as variáveis clínicas, o início precoce da asma é um dos fatores mais característicos encontrados na asma grave⁽²³⁾. Assim, poderia-se hipotetizar que a prevalência mais alta de transtornos psiquiátricos nesta parcela pode refletir a influência do contexto de restrições constantes em suas atividades durante a vida, limitando a possibilidade de um desenvolvimen-

to integral nos campos biopsicossociais da criança⁽³⁶⁻³⁷⁾.

O VEF1% não mostrou ser uma boa ferramenta de avaliação da limitação e do controle da doença nesta população. Isso possivelmente se dá pela adaptação fisiológica e psíquica dos pacientes, que convivem com esta doença há muito tempo, passando a adequar seu dia adia à situação de perda da função pulmonar estabelecida pela doença^(38,39). Entretanto, o presente estudo não apresentou significativa correlação entre frequência de exacerbações e prevalência de ansiedade e/ou depressão.

Conclusão

Diante do exposto, ressaltamos a importância de um diagnóstico precoce de transtornos ansiosos e depressivos em indivíduos com asma grave, aliado a um acompanhamento contínuo que integre a Pneumologia com a Psiquiatria para esses pacientes. Como resultado dessa abordagem, espera-se uma menor prevalência de ansiedade e depressão nessa população.

Em conclusão, encontramos uma maior prevalência de depressão nos pacientes com asma grave não controlada, tanto com o questionário de controle ACT quanto com o ACQ-5, especialmente entre aqueles com início precoce da doença. Não encontramos significância estatística na correlação entre a prevalência da ansiedade e depressão em variáveis como VEF1%, número de exacerbações e gênero.

Limitações

Embora o estudo tenha sido realizado em um centro de referência no tratamento da asma e todos os pacientes asmáticos graves que frequentam o ambulatório terem sido analisados, a amostra final do estudo possui um N menor. Isso ocorreu devido ao fato de a pesquisa englobar um segmento específico (asmáticos graves), originalmente reduzido, bem como ao fato de que foram incluídos apenas aqueles que atendiam aos requisitos, expostos nas metodologias, a fim de reduzir fatores de confusão nos dados analisados.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os pacientes do ambulatório de asma grave do Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) que participaram e contribuíram com suas informações para esta pesquisa. Agradecemos à equipe de pesquisadores por todo o apoio dado uns aos outros e por lutarem para produzir um trabalho científico de qualidade contribuindo para a comunidade científica e para a sociedade.

Financiamento: O financiamento para a pesquisa partiu dos próprios autores. Os gastos foram com locomoção, impressões, dados de internet e tradução do artigo para o idioma inglês

Conflitos de interesse: Os autores declaram que o presente estudo não tem nenhuma relação com alguma instituição ou financiador, e as opiniões aqui expressas são fundamentadas substancialmente na literatura e nos dados obtidos pela pesquisa. Não há qualquer conflito de interesse.

Contribuição dos autores: LMR: Conceituação, Análise formal, Aquisição de financiamento, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição. SCJ: Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Administração do projeto, Programas, Visualização, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição. LLS: Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Administração do projeto, Programas, Visualização, Escrita - rascunho original, Escrita - revisão e edição. Marco ASMRB: Conceituação, Análise formal, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Escrita - revisão e edição.

Referências

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Updated July 2023. [Internet]. [cited 2023 May 20]. Available from: www.ginasthma.org.
2. Global Strategy for Asthma. Global Strategy for Asthma management and prevention. Global Initiative for Asthma. Revised 2006. [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2006-GINA.pdf>.
3. Ciprandi G, Schiavetti I, Rindone E, Ricciardolo FLM. The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015; 115(5):408–14. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.08.007>.
4. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(Supl. 7):S447–S474. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006001100002>.
5. The Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2018. [Internet]. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network; 2018. [cited 2023 Jan 20]. Available from: http://globalasthmareport.org/2018/resources/Global_Asthma_Report_2018.pdf.
6. Lazarus SC. Clinical practice. Emergency treatment of asthma. *N Engl J Med*. 2010; 363(8):755–64. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1003469>.
7. Barnes P, Jonsson B, Klim J. The costs of asthma. *Eur Respir J*. 1996; 9(4):636–42. <https://doi.org/10.1183/09031936.96.09040636>.
8. Cardoso TDA, Roncada C, Silva ERD, Pinto LA, Jones MH, Stein RT, et al. The impact of asthma in Brazil: a longitudinal analysis of data from a Brazilian national database system. *J Bras Pneumol*. 2017; 43(3):163–8. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000352>.
9. 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(Supl.1):S1-S46.

10. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2022 Maio 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br
11. Stürbulov R, Lopes Da Silva N, Maia SCOM, Carvalho-Netto E, Angelini L. Cost of severe asthma in Brazil - systematic review. *J Asthma*. 2016; 53(10):1063–70. <https://doi.org/10.3109/02770903.2016.1171338>.
12. Sheehan WJ, Phipatanakul W. Difficult-to-control asthma: epidemiology and its link with environmental factors. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2015; 15(5):397–401. <https://doi.org/10.1097/ACI.000000000000195>.
13. Santos ÉGD, Siqueira MMD. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3):238–46. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>.
14. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(9) How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic.:813–24. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2).
15. World Health Organization (WHO). Mental health atlas. [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>.
16. World Health Organization (WHO). Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief. [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
17. Barros MBDA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCSD, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(4):e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>.
18. Bruce DG, Casey GP, Grange V, Clarnette RC, Almeida OP, Foster JK, et al. Cognitive impairment, physical disability and depressive symptoms in older diabetic patients: the Fremantle Cognition in Diabetes Study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2003; 61(1):59–67. [https://doi.org/10.1016/S0168-8227\(03\)00084-6](https://doi.org/10.1016/S0168-8227(03)00084-6).
19. Söderlin MK, Hakala M, P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol*. 2000; 29(3):177–83. <https://doi.org/10.1080/030097400750002067>.
20. Rimington LD. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax*. 2001; 56(4):266–71. <https://doi.org/10.1136/thorax.56.4.266>.
21. Finnerty J, Paszek G, Sehgal N. P204 Prevalence of anxiety and depression in patients with severe asthma. *Thorax*. 2017; 72(Suppl. 3):A193. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-210983.346>.
22. Robinson DS, Campbell DA, Durham SR, Pfeffer J, Barnes PJ, Chung KF, et al. Systematic assessment of difficult-to-treat asthma. *Eur Respir J*. 2003; 22(3):478–83. <https://doi.org/10.1183/09031936.03.00017003>.
23. Carvalho NSDS. Depressão e ansiedade em pacientes com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. Tese (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
24. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*. 2014; 43(2):343–73. <https://doi.org/10.1183/09031936.00202013>.
25. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52(2):69–77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3).
26. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(3):106–15. <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000300003>.
27. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. 171p.
28. 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. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100004>.
29. Leite M, Ponte EV, Petroni J, D'Oliveira Júnior A, Pizzichini E, Cruz ÁA. Avaliação do questionário de controle da asma validado para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(1):756–63. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001000002>.
30. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(5):359–63. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.
31. Obelar RM. Avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade. Estudos brasileiros. Monografia (Especialização). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia; 2016
32. Aros MS. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Bole Psicol*. 2009; 59(130):61–76.
33. Vanzeler MLA. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: instrumentos utilizados no Brasil. *Rev Cient Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2020; 13:100–20. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados>
34. Trevor J, Lugogo N, Carr W, Moore WC, Soong W, Panettieri RA, et al. Severe asthma exacerbations in the United States. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021; 127(5):579–87.e1. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.07.010>.
35. Cruz AA, Riley JH, Bansal AT, Ponte EV, Souza-Machado A, Almeida PCA, et al. Asthma similarities across ProAR (Brazil) and U-BIOPRED (Europe) adult cohorts of contrasting locations, ethnicity and socioeconomic status. *Respir Med*. 2020; 161:105817. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.105817>.
36. Fontes MJF, Fonseca MTM, Camargos PAM, Affonso AGA, Calazans GMC. Asma em menores de cinco anos: dificuldades no diagnóstico e na prescrição da corticoterapia inalatória. *J Bras Pneumol*. 2005; 31(3):244–53. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000300011>.
37. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 1998; 12(2):315–35. <https://doi.org/10.1183/09031936.98.12020315>.
38. Ahmed K, Kelshiker A, Jenner C. The screening and treatment of undiagnosed depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a general practice. *Prim Care Respir J*. 2007; 16(4):249–51. <https://doi.org/10.3132/pcrj.2007.00048>.
39. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med*. 2007; 167(1):60–7. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.1.60>.

Trabalho recebido: 10/09/2024

Trabalho aprovado: 08/10/2024

Trabalho publicado: 22/10/2024

Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)