

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

Felipe Dias Wanderley de Carvalho

Maria Aparecida Ribeiro de Paula

Thiago Gonçalves Brasil

Ângelo Geraldo José Cunha

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
ASMÁTICOS**

IPATINGA

2016

Felipe Dias Wanderley de Carvalho

Maria Aparecida Ribeiro de Paula

Thiago Gonçalves Brasil

Ângelo Geraldo José Cunha

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ASMÁTICOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior IMES/Univãço como requisito parcial à graduação no curso de medicina.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo Geraldo José Cunha

IPATINGA

2016

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ASMÁTICOS

Felipe Dias Wanderley de Carvalho¹, Maria Aparecida Ribeiro de Paula¹,
Thiago Gonçalves Brasil¹ & Ângelo Geraldo José Cunha²

- 1- Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
- 2- Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

Introdução: a avaliação da qualidade de vida, da ansiedade e da depressão têm se tornado importantes no contexto científico atual e ferramentas fundamentais para o adequado manejo de pacientes com diversas doenças crônicas, dentre elas a asma, cujos subprodutos da inflamação pulmonar, como as neurocininas e a substância P, estão diretamente relacionadas à fisiopatologia dos transtornos emocionais, por ação direta no sistema nervoso central. **Objetivos:** testar a hipótese de que asmáticos apresentam piores escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão em relação a um grupo controle. **Material e métodos:** trata-se de estudo observacional, transversal, em que escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão foram comparados entre uma amostra de 51 indivíduos adultos portadores de asma controlada (provenientes do ambulatório de pneumologia da Policlínica de Ipatinga, MG) e um grupo de 51 controles. Qualidade de vida, ansiedade e depressão foram quantificadas através do *Short-Form Health Survey* (SF-36) e Inventários de Ansiedade e Depressão de Hamilton, respectivamente. A diferença entre as médias dos grupos foi testada através do teste t de Student. As correlações entre qualidade de vida e ansiedade/depressão foram avaliadas através da correlação de Pearson (*r*). **Resultados:** o grupo asma apresentou maior média de ansiedade e depressão ($p < 0,001$) e médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental ($p < 0,05$ em todas as variáveis). Houve correlação significativa e inversa entre o escore total de qualidade de vida e os escores de ansiedade/depressão apenas no grupo asma ($r = -0,71$ e $-0,72$, respectivamente). **Conclusões:** foram comprovadas as hipóteses de que asmáticos possuem piores indicadores de qualidade de vida, ansiedade e depressão, mesmo estando os sintomas da asma sob controle clínico. Além disso, a correlação inversa entre a qualidade de vida e os escores médios de ansiedade e depressão apenas no grupo asma sugere que o processo inflamatório pulmonar da asma pode estar relacionado ao comprometimento emocional no referido grupo.

Palavras-chave: Asma. Controle. Qualidade de vida. Ansiedade. Depressão.

Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por exacerbações de dispneia, tosse, sibilos, obstrução variável e hiper-responsividade. Diversas células inflamatórias, dentre elas mastócitos, eosinófilos, linfócitos T, células dendríticas, macrófagos e neutrófilos, e seus produtos estão envolvidos na fisiopatologia da asma (GINA, 2016).

O processo inflamatório tem como manifestações clínico-funcionais o estreitamento brônquico intermitente e reversível, que é consequente à contração do músculo liso, ao edema de mucosa e à hipersecreção mucosa (COCKCROFT, 2010). Essa inflamação é um processo no qual existe um ciclo contínuo de agressão e reparo que pode levar a alterações estruturais irreversíveis, tendo como consequência final o remodelamento das vias aéreas (CAVALCANTE; PIZZICHINI; LIMA, 2010).

A asma representa um problema social de magnitude considerável. Estima-se que no mundo haja cerca de 300 milhões de asmáticos, com prevalência global de 1 a 18% (GINA, 2016). No Brasil estima-se que existam aproximadamente 20 milhões de asmáticos, estando o mesmo em 8º lugar no ranking global, onde a asma é responsável por até 400.000 internações hospitalares anuais (SBPT, 2012; SILVA, 2012; REPPOLD et al., 2014).

A gravidade da doença e os recursos médicos utilizados por asmáticos brasileiros são pouco documentados. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que os gastos de pacientes com asma grave podem consumir até 25% da renda familiar da classe menos favorecida (BRASIL, 2010).

Essa doença crônica pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais (PEREIRA et al., 2009). Estas limitações podem modificar profundamente a vida dos pacientes, interferindo drasticamente em suas realizações, podendo comprometer até mesmo suas carreiras profissionais (VERMEULEN et al., 2016).

Dentre as repercussões negativas relacionadas aos sintomas da asma estão as limitações ao trabalho ou à prática de exercícios físicos. Além disso, há maior prevalência de transtornos de ansiedade e depressão nos pacientes asmáticos, por mecanismos diversos. Parte desta manifestação clínica pode ser explicada pela

atuação de subprodutos da inflamação pulmonar diretamente no sistema nervoso central (VERES; ROCHLITZER; BRAUN, 2009; BRUNNER et al., 2014). Portanto, a asma pode comprometer significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

Qualidade de vida, ansiedade e depressão podem ser quantificados através de questionários próprios e validados. Tais questionários têm sido cada vez mais utilizados como coadjuvantes do tratamento de pacientes crônicos, como forma de monitorizar a eficácia terapêutica (ZIMERMAN, 2013). Dentre as escalas que quantificam qualidade de vida está o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), validado no Brasil por Ciconelli et al.(1999) que apresenta correlação significativa com a evolução da doença (CAMPOS et al., 2013).

Dentre as escalas que quantificam ansiedade e depressão, as escalas de ansiedade e depressão de Hamilton estão entre as mais utilizadas mundialmente, validadas no Brasil por Moreno e Moreno (1998) e no Projeto Ambulatório de Ansiedade da Universidade de São Paulo, respectivamente (JATOBÁ; BASTOS, 2007). Além disso, a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton tornou-se o "padrão-ouro" para avaliação da gravidade, de modo que as escalas desenvolvidas posteriormente são comparadas a ela quanto à confiabilidade e à validade (PARCIAS et al., 2011).

Assim, os questionários de qualidade de vida, ansiedade e depressão, embora não sejam ferramentas de diagnóstico, podem ser utilizados como medidas de eficácia no controle de tratamento de inúmeras doenças, dentre elas a asma (YONAS et al., 2013).

Pelo exposto, as evidências científicas atuais mostram que a asma pode comprometer significativamente a qualidade de vida dos pacientes por mecanismos múltiplos e complexos. O objetivo deste estudo foi testar a hipótese de que pacientes asmáticos controlados apresentam piores escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão em relação a indivíduos saudáveis.

Metodologia

Esta pesquisa foi aprovada sob registro de Protocolo nº 1.081.617, emitido em 13/04/2015, pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos do Unileste (Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Coronel Fabriciano – MG).

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, realizado na cidade de Ipatinga, MG. Uma vez que não há dados na literatura sobre a prevalência de asma para o referido município, para estimar o tamanho amostral o presente estudo empregou a técnica de amostragem *por conveniência*, descrita por Portney e Watkins (2009). Esta se utiliza de uma amostra teste, na qual os indivíduos são selecionados de acordo com a disponibilidade, através do recrutamento consecutivo de sujeitos até o número mínimo que permita a análise estatística proposta. De acordo com Motta (2006), em estudos quantitativos, amostras que possuam um número mínimo de 30 sujeitos podem representar com boa acurácia a média populacional.

Participaram do estudo 102 indivíduos, divididos em 02 grupos, conforme descrito a seguir.

O primeiro grupo, designado amostra-teste, foi constituído por 51 indivíduos com asma controlada, provenientes do ambulatório de pneumologia da Policlínica Municipal de Ipatinga, MG.

O segundo grupo, denominado amostra-controle, foi constituído por 51 indivíduos não asmáticos, saudáveis, pareados por idade, também recrutados junto à Policlínica Municipal de Ipatinga. Foram selecionados familiares ou acompanhantes de pacientes da referida clínica.

Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Critérios de inclusão:

- Amostra-teste: pacientes adultos, de ambos os sexos, 18 a 60 anos de idade, com diagnóstico de asma controlada, de acordo com os critérios do Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA, 2014): não apresenta sintomas diurnos mais que duas vezes por semana; não apresenta despertar noturno e limitação de atividade devido à asma; não

faz uso de medicação de alívio mais do que duas vezes por semana, nas últimas 04 semanas, sem necessidade de visitas a serviços de emergência.

- Amostra-controle: indivíduos adultos, de ambos os sexos, de 18 a 60 anos de idade, saudáveis e assintomáticos.

Critérios de exclusão:

- Amostra-teste: uso de corticoide sistêmico, medicações ansiolíticas e/ou antidepressivas e que não apresentassem outra doença crônica, além da asma.
- Amostra-controle: indivíduos em tratamento para doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças osteoarticulares, uma vez que doenças crônicas podem estar relacionadas à ansiedade e depressão.

A triagem dos pacientes asmáticos foi realizada pelo médico especialista responsável pelo ambulatório de asma da Policlínica Municipal de Ipatinga. O mesmo informava se o paciente preenchia os critérios de asma controlada, descritos nos critérios de inclusão e exclusão. E em seguida, eram convidados a participar da pesquisa.

A triagem da amostra-controle foi realizada pelos responsáveis diretos pela pesquisa (alunos responsáveis pelo projeto e professor orientador). Era realizada uma entrevista inicial para recrutar os indivíduos não asmáticos e assintomáticos, conforme especificado nos critérios de inclusão e exclusão.

Uma vez que o indivíduo concordava em participar, o responsável pela pesquisa tomava as devidas medidas de proteção ou minimização de riscos e o encaminhava a um local em que podia ser feita a avaliação de forma isolada. Neste local, foram dadas todas as informações necessárias referentes à pesquisa e solicitada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes selecionados foram entrevistados em uma sala fechada, na própria policlínica, contendo apenas os envolvidos na pesquisa. Os questionários foram aplicados com auxílio do entrevistador, sem sugestão ou interferência nas respostas.

Após as devidas explicações era aplicado o questionário iniciando pela identificação do participante, contendo: apenas as iniciais do nome (visando garantir o anonimato do entrevistado), idade, sexo e tempo de diagnóstico – o último item

abordado apenas no grupo de pacientes asmáticos.

Foram aplicados os questionários *Short-Form Health Survey* SF-36 (ANEXO A), os Inventários de Ansiedade (ANEXO B) e Depressão de Hamilton (ANEXO C) em um tempo aproximado de 30 minutos.

O questionário de qualidade de vida SF-36 possui um método de cálculo próprio, no qual são gerados escores (0 a 100) em 8 domínios diferentes, sendo 0, o pior estado e 100, o melhor, além do escore total: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais, saúde mental (CAMPOS et al., 2013).

O Inventário de Depressão de Hamilton (HAM-D) consta de 21 itens. A soma da pontuação de cada item gera um escore total que varia de 0 a 62 pontos. Embora Hamilton não tenha estabelecido uma nota de corte, atualmente se aceita que escores com mais de 24 pontos caracterizem pacientes gravemente deprimidos; entre 17 e 23 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; entre 8 e 16 pontos, pacientes com depressão leve e entre 0 e 7 pontos ausência de depressão (ZIMERMAM et al., 2013).

O Inventário de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo relacionado a sintomas físicos de ansiedade. O escore total é obtido pela soma dos valores obtidos, cujo resultado pode variar de 0 a 56. A avaliação dos escores obtidos segue o mesmo padrão da escala de Depressão de Hamilton, referida acima.

Para os escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão, a análise da diferença entre as médias dos grupos foi feita pelo teste t de Student para amostras independentes, sendo obtida por:

$$t = \frac{X1 - X2}{s(X1 - X2)}$$

Onde o numerador representa a diferença entre as médias das amostras e o denominador, o erro padrão dessa diferença, uma estimativa da variância combinada das amostras.

Considerando o tamanho amostral do presente estudo, para 100 graus de liberdade $[(n_1 - 1) + (n_2 - 1)]$, a diferença estatística deve ser considerada significativa quando $t > 1,984$ para significância (α) de 0,05 em amostras de distribuição bicaudal (MOTTA, 2006).

Para estimar a diferença de dados qualitativos, foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, um teste de significância não paramétrico que se ocupa, essencialmente, com as discrepâncias entre as frequências observadas e as esperadas, segundo Motta (2006), sendo obtido pela expressão:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Onde \sum = somatório; O = frequência observada; E = frequência esperada

Para comparar a correlação entre o escore total de qualidade de vida e os escores de ansiedade e depressão, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson(r), considerado relevante quando superior a 0,3 (PORTNEY; WATKINS, 2009).

O nível de significância mínimo exigido para a rejeição da hipótese de nulidade (H_0) foi de $p < 0,05$.

Os resultados foram obtidos por cálculos realizados no programa de computador Minitab[®], versão 15.1.1.0.

Resultados

Em relação aos dados demográficos, a distribuição dos grupos quanto ao sexo e à idade estão sumarizadas nas tabelas 1 e 2. Houve maior frequência do gênero feminino em ambos os grupos. Não houve diferença quanto às médias de idade ($p = 0,49$).

TABELA 1 – Distribuição dos grupos por sexo

| Grupo | Asmáticos | Controles |
|--------------|------------------|------------------|
| Mulheres | 37 (75,5%) | 29 (56,9%) |
| Homens | 14 (27,5%) | 22 (41,1%) |
| Total | 51 (100%) | 51 (100%) |

TABELA 2 – Distribuição dos grupos por idade

| Grupo | Asmáticos | Controles |
|--------------|------------------|------------------|
| Média (DP) | 38,6 (12,0) | 37,9 (15,4) |

Na tabela 3 são expressos os resultados encontrados em todos os domínios de qualidade de vida (SF-36). Houve diferença significativa entre os grupos em todos os domínios ($p < 0,05$).

TABELA 3 - Distribuição quanto aos escores de qualidade de vida segundo SF-36.

| Domínios | Grupo asma (Média / DP) | Grupo controle (Média / DP) | Valor p |
|-----------------------|------------------------------------|--|----------------|
| Capacidade funcional | 70,4 (25,9) | 85,4 (22,5) | < 0,001 |
| Aspectos físicos | 60,9 (34,8) | 88,7 (23,1) | < 0,001 |
| Dor | 63,0 (25,9) | 74,8 (21,6) | 0,019 |
| Estado geral de saúde | 61,0 (19,4) | 77,2 (18,0) | < 0,001 |
| Vitalidade | 52,1 (21,1) | 71,0 (17,7) | < 0,001 |
| Aspectos sociais | 67,3 (23,4) | 86,0 (19,6) | < 0,001 |
| Aspectos emocionais | 56,4 (46,6) | 91,5 (23,9) | < 0,001 |
| Saúde mental | 60,0 (21,7) | 82,0 (15,1) | < 0,001 |

Em relação aos escores de ansiedade, a média e o desvio-padrão foram de $12,79 \pm 7,94$ para o grupo asma e $6,02 \pm 4,98$ para o grupo controle. O teste *t* evidenciou diferença significativa entre as médias dos grupos ($p < 0,001$). Os resultados podem ser visualizados na figura 01, em que os escores foram maiores no grupo asma quando comparados ao grupo controle.

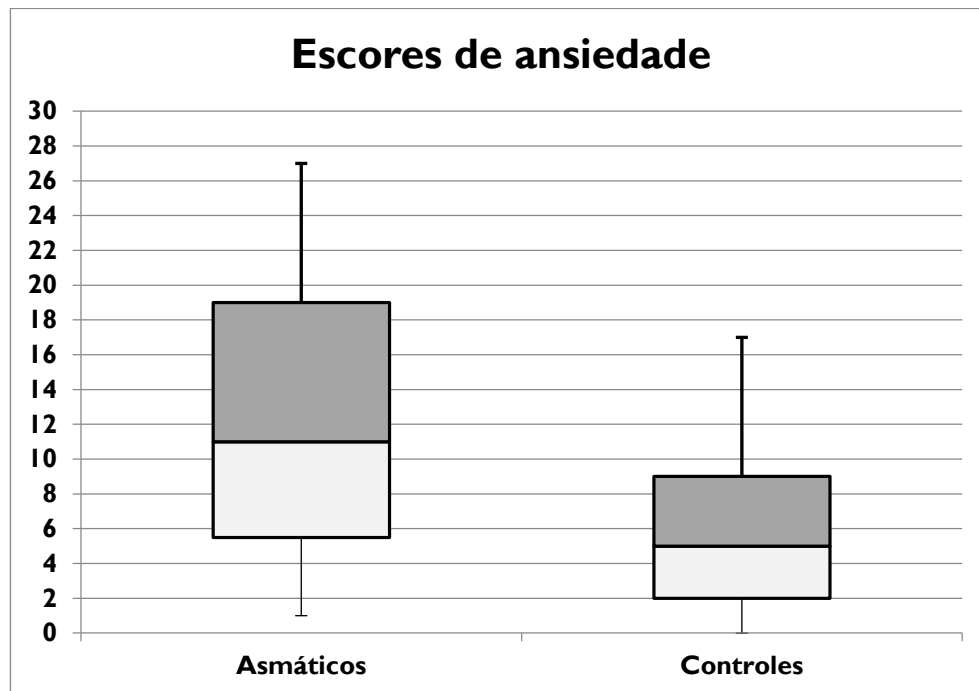


FIGURA 1: Distribuição dos escores de ansiedade por grupos.

Quanto à distribuição das frequências absolutas e relativas segundo a gravidade dos escores clínicos de ansiedade, os resultados estão expressos na tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição das frequências absolutas e relativas segundo a gravidade da ansiedade.

| Ansiedade | Grupo asma n (%) | Grupo controle n (%) |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Ausente (≤ 07) | 17 (33,3%) | 32 (62,8%) |
| Leve (08 – 16) | 20 (39,21%) | 17 (33,3%) |
| Moderada (17 – 23) | 9 (17,65%) | 2 (3,9%) |
| Grave (≥ 24) | 5 (9,80%) | 0 (0%) |
| Moderada + grave (> 17) | 14 (27,45%) | 2 (3,92%) |

Além da relevância estatística, comprovada pela diferença entre as médias, a relevância clínica foi testada através do teste qui-quadrado (X^2). Para 3 graus de liberdade (número de grupos – 1) e nível de significância de 5%, o valor crítico de X^2 deve ser maior ou igual a 7,81 para ser considerado relevante (MOTTA, 2006). O resultado evidenciou diferença significativa entre os grupos ($X^2 = 37,06$; $p < 0,001$).

Os resultados expressos na tabela 4 também sugerem que as formas clínicas mais significativas da ansiedade, moderada e grave, foram mais prevalentes no grupo asma. Para testar esta relevância, o Odds-Ratio evidenciou que ansiedade moderada + grave está 9,27 vezes mais prevalente no grupo asma.

Quanto aos escores de depressão, a média e o desvio-padrão dos escores foram de $11,67 \pm 7,91$ para o grupo de asmáticos e $5,92 \pm 4,95$ para o grupo controle. O teste *t* evidenciou diferença significativa entre as médias dos grupos ($p < 0,001$). Os resultados podem ser visualizados na figura 02.

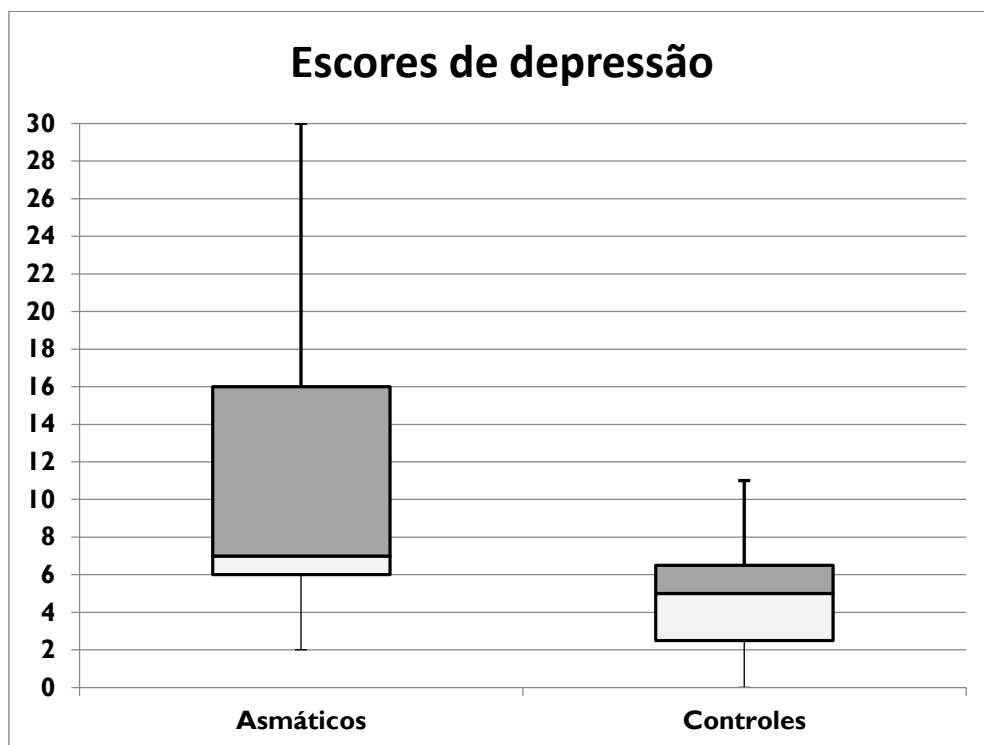


FIGURA 2: Distribuição dos escores de depressão por grupo.

Quanto à distribuição das frequências absolutas e relativas segundo a gravidade dos escores clínicos de depressão, os resultados estão expressos na tabela 5.

TABELA 5 – Distribuição das frequências absolutas e relativas segundo a gravidade da depressão.

| Depressão | Grupo asma n (%) | Grupo controle n (%) |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Ausente (≤ 07) | 30 (58,82%) | 41 (80,4%) |
| Leve (08 – 16) | 10 (19,61%) | 8 (15,7%) |
| Moderada (17 – 23) | 6 (11,76%) | 2 (3,9%) |
| Grave (≥ 24) | 5 (9,80%) | 0 (0%) |
| Moderada + grave (>17) | 11 (21,57%) | 2 (3,92%) |

Para a relevância clínica, o teste qui-quadrado (χ^2) também evidenciou diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 36,45$; $p < 0,001$).

Os resultados expressos na tabela acima também sugerem que as formas clínicas mais significativas da depressão, moderada e grave, foram mais prevalentes no grupo asma. Para testar esta relevância, o Odds-Ratio evidenciou que a depressão moderada + grave está 6,74 vezes mais prevalente no grupo asma.

Na tabela 6 estão expressas as frequências de ansiedade e depressão distribuídas por sexo, sendo que houve maior frequência de ansiedade e depressão no gênero feminino em relação ao masculino em ambos os grupos. O Odds-Ratio não foi calculado para o sexo, em virtude do pequeno tamanho amostral para o sexo masculino em ambos os grupos.

TABELA 6 – Frequências de transtornos de ansiedade e depressão distribuídas por sexo

| Grupo | Asmáticos | Controles |
|--------------|------------------|------------------|
| | Fem/ Mas | Fem/ Mas |
| Ansiedade* | 25/9 | 11/ 8 |
| Depressão* | 17/ 4 | 6/ 4 |

* Algum grau de ansiedade/depressão (leve, moderada ou grave).

Na tabela 7 encontram-se as principais correlações entre a qualidade de vida e as variáveis psicológicas. Verificaram-se correlações negativas entre o escore total de qualidade de vida e os escores de ansiedade e depressão no grupo asma, enquanto que no grupo controle as correlações foram positivas, o que indica que

quanto maior o escore de ansiedade e depressão dos asmáticos, menor a qualidade de vida.

TABELA 7 – Correlações entre qualidade de vida e ansiedade e depressão

| Correlação de Pearson | Grupo asma | Grupo controle |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Qualidade de vida x ansiedade | - 0,71 | 0,23 |
| Qualidade de vida x depressão | - 0,72 | 0,09 |

Discussão

O presente estudo quantificou escores de qualidade de vida, ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes asmáticos do município de Ipatinga, MG, comparando-a com uma amostra controle. Na região do Vale do Aço, MG, não há estudos que quantificam tais indicadores entre asmáticos, o que torna a presente obra pioneira no local.

Cabe destacar uma questão conceitual. O foco desta obra não é o diagnóstico de ansiedade e depressão. Para se definir efetivamente um quadro diagnóstico, é necessário considerar o contexto em que ocorrem os sinais e sintomas, a história pregressa do indivíduo e a avaliação do psiquiatra.

A medida de qualidade de vida como marcador de saúde vem sendo cada vez mais usada em estudos científicos no âmbito mundial, principalmente na avaliação de doenças crônicas como a asma (ROCHA, 2013). Os resultados deste estudo evidenciaram escores médios significativamente inferiores em todos os domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, indicando que os indivíduos com asma apresentaram diminuição da qualidade de vida em relação aos indivíduos saudáveis.

Embora todas as dimensões de saúde tenham sido comprometidas de acordo com os escores do SF-36, “aspectos físicos”, “vitalidade”, “saúde mental” e “aspectos emocionais” foram os domínios mais afetados no grupo asma, o que pode sugerir que essas variáveis sejam as mais relevantes dentre as que contribuem para a diminuição da qualidade de vida. Resultado semelhante foi encontrado por Pinto

(2010), que utilizou o SF-36 em asmáticos controlados e não controlados, evidenciando baixa qualidade de vida em ambos os grupos, sendo os domínios capacidade funcional, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental os que apresentaram menores escores.

Achados semelhantes foram encontrados por Nogueira (2007 apud SILVA, 2012) o qual evidenciou que, qualquer que seja a gravidade da asma, ocorre redução nos domínios físico, psicológico e social. Mais recentemente, Reppold et al. (2014) demonstraram que pacientes que apresentavam dificuldades psicológicas e emocionais obtiveram menor pontuação em relação à qualidade de vida, indicando o impacto do estresse psicológico sobre a saúde física dos asmáticos.

Nogueira, Silva e Lopes (2009) avaliaram a qualidade de vida de adolescentes asmáticos e sua associação com a gravidade da asma, doenças crônicas e estilo de vida. A qualidade de vida foi considerada ruim em metade dos pacientes asmáticos de ambos os sexos. Esse estudo observou um declínio na qualidade de vida em todos os graus de gravidade da asma (leve, moderada e grave).

Ainda com relação à qualidade de vida em asmáticos, Schatz et al. (2010) quantificaram a qualidade de vida em gestantes asmáticas, através de questionário próprio, o *Asthma Quality of Life* (AQLQ). Neste estudo, as pacientes que foram classificadas como controladas da asma apresentaram escores significativamente inferiores de qualidade de vida, indicando que, mesmo estando sob adequado controle clínico, essas gestantes ainda apresentaram comprometimento da qualidade de vida.

Com relação ao comprometimento emocional, os resultados do presente estudo mostraram a presença de elevado percentual de sintomas de ansiedade no grupo asma, evidenciando diferença significativa entre os grupos, tanto em relação à média (teste t) quanto aos escores clínicos (teste qui-quadrado). O Odds-Ratio provou haver associação positiva entre asma e ansiedade e depressão.

Alta prevalência de ansiedade em asmáticos também foi encontrada por Carvalho (2007), que evidenciou algum grau de ansiedade, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger (IDATE) em cerca de 90% dos pacientes asmáticos controlados do ambulatório de asma do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Vermeulen et al. (2016), encontrou alta prevalência de transtorno de

ansiedade em pacientes asmáticos, em estudo que correlaciona a percepção de limitação da atividade e a ansiedade. Pinto (2010) também demonstrou maiores escores de ansiedade em asmáticos. Para este autor, 94% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e mantiveram os sintomas mesmo após o controle da asma, indicando que o controle pulmonar não necessariamente indica controle psíquico.

Como justificar resultados tão expressivos em asmáticos? Alguns autores propõem que a hipóxia cerebral resultante da hiperventilação desses pacientes estaria envolvida no processo. O quadro parece ser resultante de alterações concomitantes no sistema respiratório e no sistema cerebral. Mas ainda não se sabe onde exatamente está localizada essa ligação ou de que forma ela acontece (YONAS et al., 2013).

Além dos domínios de qualidade de vida e escores de ansiedade, sintomas depressivos também foram quantificados neste estudo. Dos pacientes avaliados, 41,18% apresentaram algum grau de depressão (leve, moderada, grave) contra 19,61% do grupo controle. O Odds-Ratio para depressão evidenciou significativa associação entre asma e depressão moderada e grave (OR = 6,74).

Estes achados estão de acordo com outros estudos que mostram grande prevalência de transtornos depressivos entre pacientes asmáticos (VIEIRA, 2011; YONAS et al., 2013; BRUNNER et al., 2014; FELDMAM et al., 2016). Lavoie et al. (2006) em uma amostra de 1.345 asmáticos, demonstraram que 30,6% dos pacientes com asma apresentaram depressão, contra (14,4%) de pacientes sem asma.

Valença et al. (2006) encontraram alta prevalência de depressão (24,1%) e transtornos de ansiedade (33,8%) em um grupo de asmáticos, e estas prevalências não se correlacionaram à gravidade da asma. Além disso, chamou a atenção que apenas 6,5% dos pacientes estavam em tratamento psiquiátrico. Ou seja, os pacientes não estavam recebendo o devido cuidado relativo aos sintomas emocionais.

Para avaliar se a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) também está relacionada a transtornos emocionais, Carvalho (2007) quantificou ansiedade e depressão em 189 pacientes, distribuídos em três grupos: asmáticos controlados, asmáticos não controlados e pacientes com DPOC. A prevalência foi maior entre os

asmáticos, não havendo diferença entre o grupo controlado e o não controlado. Portanto, a asma, *per si*, esteve relacionada aos resultados encontrados.

O estudo realizado por Alvim et al. (2008) apontou para o fato de que até mesmo adolescentes com asma têm mais sintomas de transtornos emocionais e comportamentais do que os adolescentes em geral.

A maioria dos estudos realizados em asmáticos é do tipo transversal ou de caso-controle, o que impede a estimativa do risco verdadeiro de transtornos emocionais. Poucos são os estudos prospectivos relacionados ao tema. Em um estudo multicêntrico, Brunner et al. (2014), após 20 anos de acompanhamento de pacientes asmáticos, concluíram que indivíduos depressivos tem maior risco de desenvolver asma.

Portanto, há evidências significativas na literatura médica para comprovar a relação entre transtornos emocionais e asma. Qual a justificativa para esta associação?

Os mecanismos fisiopatológicos propostos para ansiedade e depressão na asma são múltiplos e variados. Mesmo quando se atinge o controle da doença, os pacientes ainda apresentam ansiedade, pois têm que lidar com o risco de futuras exacerbações, o medo das crises e a redução da função pulmonar. Essas características podem levar a uma situação de estresse contínuo. Existe a hipótese de que o estresse psicológico crônico causa um estado pró-inflamatório crônico e associa a um aumento da produção de superóxidos e citocinas pelos leucócitos (VIEIRA, 2011).

Além disso, há também a provável ação direta das neurocininas e da substância P (subprodutos da inflamação neurogênica pulmonar da asma) sobre o sistema nervoso central, induzindo estados de ansiedade (VERES; ROCHLITZER; BRAUN, 2009).

Indivíduos ansiosos possuem quimiorreceptores de CO₂ hipersensíveis no tronco cerebral, particularmente no *lócus ceruleus*, o que não é diferente nos asmáticos (PRINS et al., 2015).

Uma mudança da resposta imunológica para T auxiliar do tipo 2 (Th-2), devido à desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (resistência ao glicorticoide endógeno) em resposta ao estresse crônico, também tem sido citada

como um mecanismo biológico provável ao qual depressão e asma são causalmente relacionados (BRUNNER et al., 2014).

Os resultados deste estudo também evidenciaram maior predomínio de ansiedade (67,57%) e depressão (45,95%) em mulheres asmáticas em relação aos homens com asma, indicando que o gênero também possa ser um fator determinante. Vieira (2011) também encontrou maior prevalência de ansiedade entre mulheres asmáticas. Segundo Carvalho (2007) a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade foi mais comum entre as mulheres asmáticas (78,6%). Portanto, o gênero pode ser um fator preditor de depressão, após a manifestação de um dos transtornos de ansiedade primária em algum momento da vida.

Neste estudo, evidenciou-se correlação significativa e inversa entre o escore total de qualidade de vida e os escores de ansiedade/depressão apenas no grupo asma ($r = -0,71$ e $-0,72$, respectivamente). Esses resultados indicam que quanto maior o escore de ansiedade e depressão dos asmáticos, menor a qualidade de vida. Silva (2012), ao avaliar as variáveis que influenciam a qualidade de vida relacionada à asma, evidencia que a ansiedade constitui o principal preditor e que níveis elevados de estresse se relacionaram a uma pior qualidade de vida.

O presente trabalho tem as limitações intrínsecas de um estudo observacional, transversal. Não é prospectivo; portanto, não quantifica riscos, o que não permite determinar se a ansiedade foi causa ou consequência da asma. Em segundo lugar, os pacientes não foram submetidos a uma avaliação psiquiátrica posterior à determinação dos escores. Portanto, não se podem saber quais deles eram realmente doentes psiquiátricos.

Portanto, o presente estudo conseguiu provar suas hipóteses, mostrando que indivíduos asmáticos apresentam significativo comprometimento na qualidade de vida, bem como maior prevalência de transtornos emocionais, mesmo os sintomas da asma estando sob adequado controle clínico. Estes resultados abrem espaço para novas perspectivas em relação ao manejo da asma, em que os aspectos emocionais não devem ser negligenciados.

Conclusão

Foram comprovadas as hipóteses de que asmáticos possuem piores indicadores de qualidade de vida, ansiedade e depressão, mesmo estando os sintomas da asma sob controle clínico.

Houve correlação inversa entre a qualidade de vida e os escores médios de ansiedade e depressão apenas no grupo asma, sugerindo que o processo inflamatório pulmonar pode estar relacionado ao comprometimento emocional.

É essencial considerar o impacto negativo dos transtornos emocionais quando se avalia pacientes com asma.

Esta pesquisa indica que uma abordagem sistêmica (biopsicossocial) e multidisciplinar devam ser consideradas para o adequado manejo de pacientes com asma.

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN ASTHMATICS

Felipe Dias Wanderley de Carvalho¹, Maria Aparecida Ribeiro de Paula¹,
Thiago Gonçalves Brazil¹ & Angelo Geraldo José Cunha²

1- Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2- Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

ABSTRACT:

Introduction: the assessment of quality of life, anxiety and depression have become important in the current scientific context and essential tools for the proper management of patients with several chronic diseases, including asthma, whose by-products of pulmonary inflammation, such as neurokinin and substance P, are directly related to the pathophysiology of emotional disorders, by direct action on the central nervous system. **Objectives:** To test the hypothesis that asthma have worse scores of quality of life, anxiety and depression compared to a control group. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, in which scores of quality of life, anxiety and depression were compared with a sample of 51 individuals adults with persistent and uncontrolled asthma (from the pulmonology clinic of Ipatinga Polyclinic, MG) and a group of 51 controls. Quality of life, anxiety and depression was quantified using the Short-Form Health Survey (SF-36) and inventories of anxiety and Hamilton Depression, respectively. The difference between the means of the groups was tested by Student's t-test. The correlations between quality of life and anxiety / depression were assessed using Pearson's correlation (r). **Results:** asthma group had higher mean anxiety and depression ($p < 0.001$) and lower averages in all areas of quality of life: physical functioning, bodily pain, general health, vitality, social functioning, emotional aspects and mental health ($p < 0.05$ for all variables). There was a significant and inverse correlation between the total score of quality of life and anxiety scores / depression only in the asthma group ($r = -0.71$ and -0.72 , respectively). **Conclusion:** the hypotheses were proven that asthmatics have worse indicators of quality of life, anxiety and depression, even though the symptoms of asthma under clinical control. Moreover, the inverse correlation between the quality of life and the mean scores of anxiety and depression only in the asthma group suggests that the pulmonary inflammatory process of asthma may be related to the emotional commitment in that group.

Keywords: Asthma. Control. Quality of life. Anxiety. Depression.

Referências:

- ALVIM, C. G. et al. Prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em adolescentes com asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Belo Horizonte, v. 34, n. 4, p. 196-204, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 05 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, n. 25, 2010,160 p.
- BRUNNER, W. M. et al. Depression and Risk of Incident Asthma in Adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, New Mexico, v. 189; n. 9; p. 1044-1051, may. 2014.
- CAMPOS, A. P. R. et al. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 4, p. 401-407, 2013.
- CARVALHO, N. S. et al. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-6, 2007.
- CAVALCANTE, A. G. M.; PIZZICHINI, M. M. M.; LIMA, M. A. Asma no adulto. In: BARRETO, S. S. M.; FITERMAN, J.; LIMA, M. A.(Org.). *Prática Pneumológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2010, p. 236-249.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.
- COCKCROFT, D. W. Direct challenge tests: airway hyperresponsiveness in asthma: its measurement and clinical significance. *Chest Journal*, v. 138, n. 2, p. 18-24, aug. 2010.
- FELDMAN, J.M. et al. Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder in Latino adults: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, v.17, n. 87, p.142-154, sep. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27668723>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma, 2014. Disponível em: <<http://www.ginaasthma.org>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma, 2016. Disponível em: <<http://www.ginaasthma.org>>. Acesso em: 20 set 2016.

JATOBÁ, J. D. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 171-179, 2007.

LAVOIE, K. L. What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest Journal*, v. 130, n. 4, p. 1039-1047, 2006. Disponível em: <<http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1084735>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 262-72, 1998.

MOTTA, V.T. *Bioestatística*. 2 ed. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul: Educs, 2006. 190p.

NOGUEIRA, K. T.; SILVA, J. R. L.; Lopes, C. S. Qualidade de vida em adolescentes asmáticos: avaliação da gravidade da asma, comorbidade e estilo de vida. *Jornal de Pediatria*, v. 85, n. 6, p. 523-530, 2009.

PARCIAS, S. et al. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Florianópolis, v. 60, n. 3, p. 164-170, 2011.

PEREIRA, E. D. B. et al. Controle da asma e qualidade de vida em pacientes com asma moderada ou grave. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, v. 37, n.6, p.705-711, nov./dez. 2011

PINTO, R. M. C. Caracterização clínica e inflamatória de pacientes portadores de asma grave controlada e não controlada e resposta ao acompanhamento sistemático e tratamento padronizado. 2010. 215f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

PORTNEY, L. G.; WATKINS, M. P. *Foundations of clinical research: applications to practice*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2009. 610p.

REPPOLD, C. T. et al. Características clínicas e psicológicas de pacientes asmáticos de um Ambulatório de Pneumologia. *Psicologia - USF*, Bragança Paulista, v.19, n.2, p.199-208, mai./ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

ROCHA, Cristiane Cinara. Qualidade de vida e inflamação das vias aéreas em diferentes níveis de controle da asma. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SBPT- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, p. S1-S46, abr. 2012.

SCHATZ, M et al. The relationship of asthma-specific quality of life during pregnancy to subsequent asthma and perinatal morbidity. *Journal of Asthma*, v. 47, n. 1, p. 46-50, 2010.

SILVA, N. Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.18, n.2, p.293-315, ago. 2012.

VALENÇA, A. M. et al. Relação entre a gravidade da asma e comorbidade com transtornos de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 206-208, set. 2006.

VERES, T. Z.; ROCHLITZER, S.; BRAUN, A. The role of neuro-immune cross-talk in the regulation of inflammation and remodelling in asthma. *Pharmacology & Therapeutics*, v. 122, n. 2, p. 203-214, may. 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01637258/122/2>>. Acesso em: 02 out. 2015.

VERMEULEN, F. et al. Relationship between the sensation of activity limitation and the results of functional assessment in asthma patients. *Journal of Asthma*, n. just-accepted, p. 00-00, Oct. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27715378>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

VIEIRA, A. A. et al. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 37, n.1, p. 13-18, Jan./Feb. 2011.

YONAS, M. A. et al. Depressive Symptomatology, Quality of Life and Disease Control among Individuals with Well-Characterized Severe Asthma. *Journal of Asthma*, v. 50, n. 8, p. 884-890, oct. 2013.

ZIMMERMAN, M. et al. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of affective disorders*, v. 150, n. 2, p. 384-388, sep. 2013.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

NOME (iniciais): _____

IDADE: _____ SEXO: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____

INSTRUÇÕES:

Esta pesquisa questiona sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária.

Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, peça auxílio ao aplicador.

1- Em geral você diria que sua saúde é (circule uma):

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando? (circule um número em cada linha)

| Atividades | Dificulta muito | Dificulta um pouco | Não dificulta de modo algum |
|---|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |
|---|---|---|

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Pequena parte do tempo | Nunca |
|--|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO B - ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)

Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____

INSTRUÇÕES: O examinador executa o questionário.

Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

GRAUS: *Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4*

| <i>Nº</i> | <i>ITEM</i> | <i>COMPORTAMENTO</i> | <i>GRAU</i> |
|-----------|-----------------------------|--|-------------|
| 1 | Humor ansioso | Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc. | |
| 2 | Tensão | Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação. | |
| 3 | Medos | De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição). | |
| 4 | Insônia | Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc. | |
| 5 | Intelectual (cognitivo) | Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc. | |
| 6 | Humor deprimido | Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc. | |
| 7 | Somatizações Motoras | Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc. | |
| 8 | Somatizações Sensoriais | Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc. | |
| 9 | Sintomas Cardiovasculares | Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc. | |
| 10 | Sintomas Respiratórios | Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc. | |
| 11 | Sintomas Gastrointestinais | Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc. | |
| 12 | Sintomas Geniturinários | Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc. | |
| 13 | Sintomas Autonômicos | Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc. | |
| 14 | Comportamento na Entrevista | Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc. | |
| | | ESCORE TOTAL: | |

ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____

**Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.
Deve ser executada pelo examinador.**

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.
3. A doença atual é um castigo.
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.
2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
3. Idéias ou gestos suicidas.
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0. Pensamento e fala normais.
- 1. Leve retardo à entrevista.
- 2. Retardo óbvio à entrevista.
- 3. Entrevista difícil.
- 4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0. Nenhuma.
- 1. Inquietude.
- 2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0. Sem dificuldade.
- 1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2. Preocupação com trivialidades.
- 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaléia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

- 0. Ausente
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

- 0. Nenhum
- 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdomen
- 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0. Nenhum
- 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
- 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.
1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma
1. Pior de manhã.
2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.
1. Leve
2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no ítem 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O ítem 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente
1. Leve.
2. Moderadas
3. Graves.
4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.
1. Desconfiança.
2. Idéias de referência.
3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.
1. Leves.
2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: _____

