Copyright ﹟ 1997 - 2025 Dr. Pierre d´Almeida Telles Filho

Asma

ASMA – ANSIEDADE E DEPRESSÃO

■ A prevalência de depressão e ansiedade é duas a três vezes maior nos indivíduos em condições médicas crônicas como asma, artrite reumatoide, angina e diabetes.[1] Na asma, esta interação acarreta doença mais grave e crônica, com piora na qualidade de vida,[2] menor percepção da magnitude da doença, sendo que os pacientes apresentam menor aderência ao tratamento e maior número de atendimentos em emergência e hospitalizações.[3]

Hipócrates já afirmava que para prevenir uma crise de asma "o asmático deve se proteger de sua própria raiva".[4] Ele acreditava que a asma era causada por desequilíbrios nos humores do corpo, principalmente devido a fatores ambientais e emocionais.[5]

Até meados do século 20, a asma era predominantemente interpretada como um distúrbio psicossomático onde o estresse emocional e os desequilíbrios no sistema nervoso eram considerados elementos fundamentais na sua origem. Em 1941, French e Alexander[6] relataram –"parece haver um consenso bastante generalizado entre os alergologistas de que os fatores psicológicos e alérgicos podem facilmente manter uma relação complementar entre si. Em muitos casos, pelo menos, não se trata de uma etiologia alérgica ou psicológica, mas de uma espécie de cooperação entre elas". "Resumindo esta literatura bastante volumosa, ficamos com a impressão de que os ataques de asma brônquica parecem estar associados a uma variedade muito considerável de conflitos emocionais."[6]

Atualmente, de acordo com Dowes et al.,[7] novos fatores estressantes estão contribuindo para impactar a qualidade de vida das pessoas, gerando problemas de saúde física e mental. Entre esses fatores destacam-se o estresse pós-traumático,[8,9] a violência comunitária, a insegurança e a criminalidade,[10,11] além da violência doméstica e das condições de moradias inadequadas.[12] Outros elementos, como o trânsito congestionado das grandes metrópoles, a pressão no ambiente de trabalho, a poluição do ar e a falta de acesso a áreas verdes e à natureza, também desempenham um papel significativo.

É inegável que existem variáveis psicológicas que acompanham a condição asmática, tais como solidão, sentimentos de inadequação, ansiedade, distimia, medo, pânico, depressão, raiva e culpa. Muitos asmáticos enfrentam, em algum momento, um ou até mesmo todos esses sentimentos e emoções. Além da solidão, a culpa é outro componente emocional frequentemente experimentado p. ex. por pacientes com asma severa, que sentem como se não pudessem desempenhar adequadamente os papeis em suas relações pessoais cotidianas, no trabalho e no relacionamento conjugal.[13] No entanto, é frequente encontrar sintomas de ansiedade e transtornos psiquiátricos, especialmente os relacionados à depressão e ansiedade, em indivíduos diagnosticados com asma.

Katon et al. no ano 2000 após revisão MEDLINE constataram que cerca de um terço das crianças e adolescentes com asma preenchiam os critérios para transtorno de ansiedade.[14]

Nas populações adultas com asma, a taxa variava entre 6,5% e 24%. No entanto, essa publicação foi alvo de críticas, pois muitos dos estudos analisados eram restritos por pequenas amostras, populações pouco representativas e falta de controle de fatores importantes como tabagismo e uso de medicamentos para a asma.

Recentemente, Ye et al. utilizando várias bases de dados, seguindo as diretrizes PRISMA, obtiveram resultados que indicam que os pacientes com asma têm probabilidade significativamente maior de apresentar sintomas ou transtorno de ansiedade em comparação com aqueles sem asma e essa associação é estatisticamente significativa.[15]

A atopia aumenta o risco de depressão em ambos os sexos, sendo mais significativo em mulheres,[16] onde a prevalência de Transtorno Depressivo Maior (TDM) é geralmente mais alta. Além disso, a prevalência de TDM é mais elevada em pessoas asmáticas em comparação à população em geral. Indivíduos com doenças alérgicas também apresentam taxas mais altas de TDM do que aqueles sem condições atópicas.[17-19]

O transtorno de pânico frequentemente coexiste com a asma, agravando os sintomas diretamente por meio da hiperventilação. Além disso, o uso excessivo de medicamentos, hospitalizações mais frequentes, períodos prolongados de internação e tratamento recorrente com corticoide estão associados ao transtorno de pânico em pacientes com asma. Cabe lembrar que os ataques de pânico e transtorno de ansiedade generalizada podem ser confundidos com asma. Em pesquisas envolvendo pacientes com asma grave, estudos conduzidos por Yellowlees et al. constataram que o transtorno de pânico é mais prevalente do que o esperado nesse grupo, com internações mais longas.[20]

É altamente provável que uma parcela dos pacientes que passaram por intubação, sofreram parada respiratória ou tiveram longa permanência em unidades fechadas, desenvolveram estresse pós-traumático diretamente associado a essas experiências. Sintomas ansiosos e depressivos têm sido associados ao aumento das exacerbações relacionadas à asma e visitas a salas de emergência.[21]

Tratamento:

Existem poucos estudos de qualidade que abordam tanto tratamentos farmacológicos quanto não farmacológicos para a ansiedade ou depressão em pacientes com asma, e os resultados até agora têm sido inconsistentes.[22] Atualmente há várias formas de abordagem deste grupo de pacientes como: terapias comportamentais, psicoterapias psicodinâmicas, aconselhamento de apoio, técnicas de relaxamento com ou sem *biofeedback*, terapia familiar, entretanto, sem oferecer resultados conclusivos.[23]

Estes pacientes devem se submeter à avaliação abrangente tanto de seu quadro pulmonar quanto psiquiátrico, através de equipe multidisciplinar incluindo médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros da área de saúde. A medicação será adequadamente controlada, observando possíveis interações nas várias drogas utilizadas. A terapia cognitivo-comportamental e outras formas de terapia podem ser propostas, ou não, mas deve ser ressaltado pela equipe a promoção de um estilo de vida saudável, incluindo exercícios regulares, alimentação balanceada, sono adequado. Ou seja, intervenções que melhorem a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes.

Anterior << Asma e Obesidade	Home Design by Walter Serralheiro	Próximo >> Tratamento da Asma - Índice

Referências

01.Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:7-23.

02.Lavoie KL, Cartier A, Labrecque M, Bacon SL, Lemière C, Malo JL, Lacoste G, Barone S, Verrier P, Ditto B. Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients? *Respir Med* 2005; 99:1249-57.

03.Nouwen A, Freeston MH, Labbé R, Boulet LP. Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients. *Behav Modif* 1999; 23:217-33.

04.Adams, F. – *The Genuine Works of Hippocrates*. London: The Sydenham Society; 1849.

05.Jackson, M. – *Asthma*. *The Biography*. New York: Oxford University Press; 2009.

06.French TM, Alexander F. – Psychogenic Factors in Bronchial Asthma, Psychosomatic Medicine, Monograph IV, National Research Council; 1941.

07.Douwes J, Brooks C, Pearce N. Asthma nervosa: old concept, new insights. *Eur Respir J* 2011; 37:986-90.

08.Goodwin RD, Fischer ME, Goldberg J. A twin study of post-traumatic stress disorder symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176:983-7.

09.Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med* 2009; 71:1012-7.

10.Sternthal MJ, Jun HJ, Earls F, Wright RJ. Community violence and urban childhood asthma: a multilevel analysis. *Eur Respir J* 2010; 36:1400-9.

11.Shankardass K, Jerrett M, Milam J, Richardson J, Berhane K, McConnell R. Social environment and asthma: associations with crime and No Child Left Behind programmes. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:859-65.

12.Suglia SF, Duarte CS, Sandel MT, Wright RJ. Social and environmental stressors in the home and childhood asthma. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:636-42. doi: 10.1136/jech.2008.082842. Epub 2009 Oct 14. Erratum in: *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:1105. Franco Suglia, Shakira [corrected to Suglia, Shakira Franco].

13.Holmes LJ, Yorke JA, Dutton C, Fowler SJ, Ryan D. Sex and intimacy in people with severe asthma: a qualitative study. *BMJ Open Respir Res* 2019; 6:e000382.

14.Katon WJ, Richardson L, Lozano P, McCauley E. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosom Med* 2004; 66:349-55.

15.Ye G, Baldwin DS, Hou R. Anxiety in asthma: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021; 51:11-20.

16.Timonen M, Hakko H, Miettunen J, Karvonen JT, Herva A, Räsänen P, Koskinen O, Zitting P. Association between atopic disorders and depression: findings from the Northern Finland 1966 birth cohort study. *Am J Med Genet* 2001; 105:216-7.

17.Van Lieshout RJ, Macqueen G. Psychological factors in asthma. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2008; 4:12-28.

18.Centanni S, Di Marco F, Castagna F: Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med* 2000; 94:742-9.

19.Timonen M, Jokelainen J, Hakko H: Atopy and depression: results from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Mol Psychiatry* . 2003; 8:738-44.

20.Yellowlees PM, Hayes, Potts N, Ruffin Re. Psychiatric morbidity in patients with life-threatening asthma: initial report of a controlled study. *Med J Aust* 1988; 49:246-9.

21.Ahmedani BK, Peterson EL, Wells KE, Williams LK. Examining the relationship between depression and asthma exacerbations in a prospective follow-up study. *Psychosom Med* 2013; 75:305-10.

22.Yorke J, Fleming SL, Shuldham CM. Psychological interventions for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;2006(1):CD002982.

23.Van Lieshout RJ, Macqueen G. Psychological factors in asthma. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2008; 4:12-28.

Anterior << Asma e Obesidade	**Home** Design by Walter Serralheiro	**Próximi: >> Tratamento da Asma - Índice**

// -->