

Asma Brônquica - Psicopatologia, Compliance e Qualidade de Vida^(*)

ANA M. COELHO¹, RUI COELHO², HENRIQUE BARROS³, MARIANELA VAZ⁴, M. A. REIS LIMA⁵

RESUMO

Objectivo: Avaliar a relação de factores psicológicos, psicopatológicos e da qualidade de vida com o tipo e a gravidade da asma e a adesão ao tratamento.

Concepção do Estudo: estudo caso - controlo.

Tipo de atendimento: Cuidados Primários de Saúde no Porto

Doentes ou participantes: estudaram-se 34 doentes com asma brônquica, 29 mulheres e 5 homens com médias de idades de 40 ± 15 anos e 41 ± 21 anos, respectivamente; e, 39 controlos, 18 mulheres e 21 homens, com médias de idades de 37 ± 15 anos e 42 ± 15 anos, respectivamente.

Métodos: Utilizaram-se as seguintes escalas de auto-avaliação psicométrica: Inventário Depressivo de Beck, Hopkins Symptom Distress Checklist, Entrevista Psicológica de Bem-Estar Geral e Inventário da Personalidade de Eysenck.

Resultados Principais: 1. As mulheres asmáticas obtiveram scores mais elevados nas seguintes variáveis psicológicas: somatização ($p=0,08$), obsessão/compulsão ($p=0,06$), depressão [SCL-90-R, $p=0,08$], ansiedade ($p=0,05$), índice sintomático geral ($p=0,07$), total de sintomas positivos ($p=0,08$); 2. Os doentes com asma atópica obtiveram pontuações inferiores aos não-atópicos nos scores somatização ($p=0,05$) e obsessão-compulsão ($p=0,09$); 3. Os doentes com maior gravidade de asma obtiveram scores mais elevados de obsessão-compulsão ($p=0,04$); 4. Os doentes submetidos a metilxantinas e corticoterapia oral obtiveram scores mais elevados de depressão (BDI, $p=0,09$;

SCL-90-R, $p=0,05$), somatização ($p=0,02$) e obsessão-compulsão ($p=0,05$); 5. Uma melhor compliance do doente à terapêutica associou-se a melhores índices psicológicos particularmente a somatização ($p=0,03$);

Conclusões: Os resultados deste trabalho permitem sugerir que em doentes asmáticos seguidos numa consulta de cuidados primários a doença se associa a alterações importantes em diferentes parâmetros psicopatológicos e no bem estar geral que, independentemente de antecederem ou serem consequência de doença, deverão ser considerados no plano de intervenção terapêutica no âmbito de uma abordagem global da pessoa doente.

PALAVRAS-CHAVE: Asma Brônquica - Factores Psicológicos - Compliance - Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between quality of life, psychological and psychopathological factors and the type, severity, treatment and patient compliance in bronchial asthma.

Design: Case-control study

Setting: Primary Health Care Center in Porto.

Patients or Participants: Thirty four patients (pt) with bronchial asthma, 29 women and 5 men, mean ages: 40 ± 15 y. and 41 ± 21 y., respectively and thirty nine controls - 18 women and 21 men, mean ages: 37 ± 15 y. and 42 ± 15 y., respectively, were recruited from the same General Practice.

Methods: The following psychometric evaluation scales were used: the Beck Depression Inventory, the Hopkins Symptom Distress Checklist, the Psychological General Well-Being Schedule and the Eysenck Personality Inventory.

Results: 1. Female asthmatics differed from female controls by scoring significantly higher in somatization ($p=0.08$), obsession-compulsion ($p=0.06$), depression (SCL-90-R, $p=0.08$), anxiety ($p=0.05$), general symptomatic index ($p=0.07$), positive symptom total ($p=0.08$); 2. patients with atopic asthma showed lower scores of somatization ($p=0.05$) and obsession-

* Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, do Ministério da Saúde pelo P.I. n.º 33/92.

- 1 - Assistente com o grau de consultor de Clínica Geral do Centro de Saúde de Aldoar, Unidade de Saúde do Carvalhido.
- 2 - Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria do H.S.João. Professor Auxiliar de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto (FMP).
- 3 - Professor Associado de Higiene e Epidemiologia da FMP. Director do Serviço de Higiene e Epidemiologia da FMP.
- 4 - Directora da Unidade de Imunoalergologia do H.S.João.
- 5 - Directora do Centro de Saúde de Aldoar.

compulsion (p=0.09) than non-atopics; 3. severity of asthma was associated with higher scores of obsession-compulsion (p=0.04); 4. asthmatics on methylxantines and oral steroids showed higher scores of depression (BDI - p=0.09, SCL-90-Rp=0.05), somatization (p=0.02) and obsession-compulsion (p=0.05); 5. better compliance was associated with better psychological scores, the somatization score reaching statistical significance (p=0.03).

Conclusions: The results of this study suggest that in asthmatic patients from general practice, asthma is associated with important differences in psychopathology and general well-being. These can either precede or be a consequence of illness and should be taken into account in the management of the asthmatic patient.

KEY-WORDS: Bronchial Asthma - Psychological Factors - Compliance - Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, em que a atopia e a hiperreactividade brônquica são duas determinantes importantes nas suas manifestações clínicas.¹ Em termos gerais os doentes asmáticos podem ser classificados quanto à etiologia da asma (atópica e não-atópica) consoante se encontra, ou não, componente alérgico. Nos primeiros há uma história familiar e/ou pessoal de alergia, havendo positividade para alguns alérgenos nos testes cutâneos bem como, habitualmente, níveis séricos elevados de IgE total no soro e IgE específica dos alérgenos respectivos. Na asma não-alérgica não se encontram manifestações de alergia ou de alterações imunológicas, havendo apenas hiperreactividade brônquica a estímulos inespecíficos. Neste âmbito, inserem-se os factores agressivos de ordem emocional (conflitos, stress, estados de angústia) como precipitantes de crise asmática, advindo desta situação a sua classificação como doença com componente psicossomática.

Definir o perfil psicológico do asmático tem conduzido a resultados muito diversos. As explicações tentam encontrar na infância (sobretudo na 1ª infância) a origem para o que parece ser comum aos asmáticos: estruturas ansiosas e estruturas afectivas de dependência.

Para Kreisler² é nos primeiros meses de vida que se poderão estabelecer alterações patológicas quer nos planos físico e psicológico (alterações imunológicas e psíquicas), repercutindo-se posteriormente na personalidade.

Alexander e French (1941) valorizaram o aspecto psicodinâmico da separação entre o bebé e a mãe; a criança tem medo de perder o amor materno tendo acessos de desespero e cólera atribuindo, em 1951, o significado de “choro ou grito reprimido” à crise asmática, um “apelo à mãe, um grande pânico de perdê-la”, tendo mais tarde Ziwari seguido a mesma linha de pensamento.³

Em contraste com aqueles autores estão Haynal e Pasini para quem a crise significava o receio de ser engolido pela mãe, melhorando muitas vezes com a separação.⁴

Os estudos foram evoluindo havendo uma certa unanimidade no que aparentemente é contraditório.

Parece existir uma grande dependência da mãe ou figura materna mas, simultaneamente, raiva dela, causando medo inconsciente de abandono; insegurança e persistência à ligação materna, bem como sede de amor e protecção.

Haynal e Pasini referiram, nestes pacientes, para além da dependência, o papel da avidez -avidez insaciável e agressiva provocando no outro o sentimento de que aquilo que lhe dá não é suficiente.

A Escola Psicossomática de Paris (EPP), criticando o perfil característico da personalidade asmática, sugeriu o de “relação de objecto alérgica”. Marty descreveu-a como o desejo de se fundir com o outro, numa identificação imediata e massiva. Cita, ainda, a familiaridade, a extrema proximidade, a busca de contacto com outrém, a facilidade de substituir um companheiro por outro com uma grande rapidez e a negação de toda a distância como traços de semelhança entre os asmáticos. Aquele autor encontrou, sistematicamente, na história clínica destes doentes as características de ausência de angústia do 8º mês e a procura constante de uma mãe idealizada.⁵⁻⁸ Segundo a EPP, os asmáticos tornam-se indivíduos dóceis, fáceis no contacto social evitando os conflitos, tendo bom rendimento escolar, apenas ficando agressivos e irritáveis durante as crises, mas não ansiosos.

Ajuriaguerra⁹ descreveu as crianças asmáticas como ansiosas e com estados de tensão emocional aumentada. Soulé referiu estas crianças, como ambivalentes, ansiosas e dependentes, mas, também, outras com comportamentos agressivos, dinâmicos e provocantes.⁹

Relacionado com as alterações afectivas há uma certa consonância de opiniões valorizando a tendência para a depressão, bem como de humor depressivo, do asmático com tonalidades de agressividade em diversos graus.⁴⁻⁹

Na prevalência da asma, existem grandes diferenças na literatura mundial devidas às diferentes metodologias utilizadas. Em Portugal conhecem-se os seguintes valores desde 1983^{10,11} (Tabela 1).

Tabela 1

0 - 4 anos - 4,5%-----	5 - 9 anos - 5,9%
10 - 14 anos - 7,4%-----	15 - 19 anos - 4,3%
20 - 29 anos - 4,1%-----	30 - 44 anos - 4,5%
45 - 64 anos - 9,3%-----	> 65 anos - 11,3%

Porque o papel dos factores psicológicos é reconhecido no desencadear da crises propusemo-nos fazer um estudo na população adulta asmática relacionando-se estes mesmos factores com o tipo e a gravidade da doença,

a adesão ao tratamento e traços psicológicos da personalidade.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A classificação dos doentes baseou-se na história clínica (sintomas característicos e reversibilidade) e resposta à terapêutica instituída. Foram estudados 34 doentes consecutivos com asma brônquica (29 do sexo feminino, 5 do sexo masculino), havendo a colaboração da Unidade de Imunoalergologia do Hospital de São João, para estadiamento da asma, correcção da terapêutica e realização de exames considerados necessários à complementaridade diagnóstica.

Ao nível do Centro de Saúde considerou-se como primeiro critério a história clínica e o pedido dos seguintes exames complementares: Rx pulmonar, Rx dos seios peri-nasais; hemograma completo com VSG e contagem plaquetária, exame parasitológico de fezes (três amostras), IgE total, IgA, IgM, IgG, teste multirast.¹²

Classificou-se a asma em atópica e não-atópica, consoante houve ou não, positividade nos testes cutâneos "prick" e quanto à gravidade em ligeira, moderada e grave.¹³⁻¹⁶

A amostra foi constituída por 18 doentes com asma atópica e 16 não-atópica; e quanto à gravidade 10 doentes com asma grave, 18 moderada e 6 ligeira. Como controlos seleccionaram-se de forma consecutiva 39 pacientes que recorreram ao Centro de Saúde por motivos agudos de doença (exemplo: intercorrências respiratórias, dores abdominais, patologia osteo-articular aguda, cistites), que não padeciam simultaneamente de patologia crónica, e faziam parte do ficheiro clínico do mesmo médico de família, avaliados para o estudo nessa fase da doença.

Não há diferenças significativas nos valores médios das idades dos dois grupos, no entanto a proporção de indivíduos do sexo masculino era significativamente mais baixa no grupo dos asmáticos ($p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2
Características da Amostra

	Sexo	Idade (anos)
Asmáticos (n = 34)	5 - homens (14,7%)	41,4 ± 20,6
	29 - mulheres (85,3%)	40,2 ± 14,6
Controlos (n = 39)	21 - homens (53,8%)	41,7 ± 14,5
	18 - mulheres (46,2%)	36,6 ± 14,6

As terapêuticas utilizadas incluíram imunoterapia específica quando indicada, cromoglicato dissódico, broncodilatadores agonistas β_2 selectivos por via

inalatória (salbutamol, terbutalina, fenoterol, procaterol, tulobuterol, salmeterol), parassimpaticolíticos (brometo de ipatrópio), teofilinas orais, corticóides inalados (diproprionato de beclometasona, budesonido, flunisolido) e quando necessário corticóides orais (metilprednisolona).¹⁷⁻²¹ Neste estudo todos os asmáticos faziam broncodilatadores, 26 tomavam corticóides inalados dos quais 11 faziam metilxantinas e corticóides orais.

Para classificação sócio-económica utilizou-se a escala de Graffard²² baseada num conjunto de cinco critérios: profissão; nível de instrução; fontes de rendimento familiar; conforto do alojamento; e, aspectos do bairro onde habita. A distribuição por classes, foi a seguinte: - um caso (3,2%) - classe I; dez casos (29%) - classe II; onze casos (29%) - classe III; oito casos (25,8%) - classe IV; e, 4 casos (12,9%) - classe V. As classes sociais IV e V são as mais desfavorecidas na escala social.

Avaliou-se, ainda, as famílias quanto à sua estrutura segundo a classificação: Família *nuclear*; família *unitária*; família *alargada*; família *monoparental*; família *reconstruída*; e, *outras*.

Entende-se por família *nuclear* aquela que é caracterizada por uma só união entre adultos e um só nível de descendência; família *unitária* constituída por uma única pessoa vivendo só; família *alargada* caracterizada pela presença de várias gerações; *monoparental* constituída por um único dos pais com o(s) filho(s); *reconstruída* aquela que é reconstituída após uma estrutura familiar ou mais que sofreu uma rotura anterior; *outras* famílias aquelas que sem poderem ser integradas nos grupos anteriores funciona, como uma família (ex: avós e netos, tios e sobrinhos, repúblicas estudantis, irmandades religiosas). Existia um nítido predomínio da família *nuclear* - 24 situações; 6 de famílias *alargadas*; 2 de famílias *unitária* e, 2 *outras*.²³

Para avaliação da vulnerabilidade familiar escolheu-se uma escala (elaborada por Gonzalez-Garcia 1984), que a partir de parâmetros demográficos, sócio-económicos e de saúde, permite uma abordagem mais completa da família segundo o conhecimento que o médico tem da mesma,²⁴ é constituída pelos seguintes itens:

Famílias Vulneráveis:

- I Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III Famílias que solicitam em excesso os cuidados médico/assistenciais do centro de saúde.
- IV Famílias cujos membros na sua totalidade, ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).

V Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere as relações intra-familiares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc).

VI Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na actualidade. (Resultados: alto risco ≥ 4 itens presentes e, médio risco ≥ 2 itens presentes).

Obtiveram-se 16 casos de doentes inseridos em famílias de “médio” risco (48,4%), sendo as restantes situações de “baixo” risco (51,6%).

Para se determinar a aderência à terapêutica foi considerado o conhecimento prático e subjectivo do doente, isto é: recorrência às consultas para pedido de receituário, melhoria da situação clínica em função do espaçamento das crises, registos do débito expiratório máximo instantâneo, características da personalidade do doente.

Estabeleceram-se três categorias: aderência “boa”, “irregular” e “má”; entendendo-se por “irregular” aqueles doentes que cumprem a terapêutica correctamente apenas algum tempo após uma crise, e “má” a de aqueles doentes que mesmo em situações de crise não cumprem a terapêutica prescrita. Nesta amostra vinte e seis doentes apresentaram “boa” aderência, quatro “irregular” e quatro “má”.

Para avaliação das características psicopatológicas utilizaram-se os seguintes instrumentos de auto-avaliação, aplicados uma única vez e numa fase considerada de estabilidade clínica, mantendo-se a medicação prescrita:

- **O Inventário Depressivo de Beck (BDI)** - foi usado para avaliação da depressão, quer como valor total, quer como referente aos seguintes componentes deste inventário: afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e desvio funcional depressivo. Assim, em 1961, *Beck et al*, elaboraram um inventário com a finalidade de avaliar as manifestações comportamentais da depressão.²⁵ O inventário é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, seleccionadas pela observação clínica de numerosos doentes deprimidos, e que abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria (agrupamento sintomatológico), correspondente a uma manifestação comportamental específica da depressão, é constituída por quatro a seis frases dispostas segundo uma ordem crescente de intensidade, escolhendo o doente a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu na semana anterior. As frases estão ordenadas de modo a reflectir a amplitude da gravidade do sintoma (de intensidade neutra a máxima), e valores de zero a três são atribuídos a cada frase de modo a indicar o grau da intensidade do sintoma. Os itens foram escolhidos com base na sua relação com as

manifestações comportamentais observáveis no quadro clínico depressivo e não por reflectirem especificamente uma teoria etiopatogénica da depressão. Estas categorias (sintomas e atitudes - agrupamento sintomatológico) foram posteriormente agrupadas em cinco “componentes depressivos” - afectivo, cognitivo, motivacional, delirante e físico - e, acrescentados de um sexto designado por desvio funcional depressivo.²⁶⁻²⁹

- **A Hopkins Symptom Distress Checklist 90 - Revised (SCL-90-R)**³⁰ - permitiu-nos obter, fundamentalmente, os índices globais de stress psicológico sintomático, a saber:

a) **Índice sintomático geral (GSI)** - que traduz a combinação da informação do número de sintomas positivos (isto é, pontuação diferente de zero) com a informação respeitante à intensidade do stress nesses mesmos sintomas (de um a quatro). O valor do GSI é conseguido dividindo o somatório dos valores obtidos nos itens por noventa (número total de itens).

b) **Total de sintomas positivos (PST)** - que representa o número de sintomas positivos (≥ 1).

c) **Índice de “stress” dos sintomas positivos (PSDL)** - que corresponde ao grau de intensidade do stress ajustado ao número de sintomas presentes (isto é, pontuação positiva). Assim, o valor do PSDL obtém-se dividindo o total das pontuações pelo número de itens positivos.

A Hopkins Symptom Distress Checklist 90 - Revised (SCL-90-R), constituída por noventa itens, foi concebida como escala de auto-avaliação, mas tem também sido utilizada pelo médico como meio de descrever os sintomas do doente.³¹ O uso da escala é extremamente simples, sendo pedido ao doente que indique em que medida tem sofrido de determinadas queixas, representadas por cada um dos itens, durante um intervalo de tempo especificado (habitualmente o período referente à última semana). O grau de stress sentido pelo doente abrange: “nunca”, “pouco”, “moderadamente”, “bastante” e “muitíssimo”. A pontuação em qualquer dos itens pode ter uma amplitude de zero (“nunca”) a quatro (“muitíssimo”).

A SCL-90-R oferece-se como método quantitativo de determinação dos problemas do indivíduo e, constituindo-se como escala de auto-avaliação, fornece uma abordagem valiosa do vivenciar psicopatológico da pessoa. A SCL-90-R, para além dos três índices globais de stress psicológico sintomático (GSI, PST e PSDL) já acima mencionados, é, ainda, constituída por nove subescalas: *somatização; obsessão/compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; agressividade/hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; e psicoticismo*, já anteriormente descritas.^{30,32,33}

- **A Entrevista Psicológica de Bem-Estar Geral (PGWB)** foi utilizada para avaliar a qualidade de vida.^{34,35}

Este questionário é constituído por 22 itens e fornece informação sobre seis áreas: ansiedade, humor depressivo, bem-estar positivo, auto-controle, saúde geral e vitalidade. Finalmente, a partir do score total é possível a categorização em: bem-estar positivo, stress moderado e stress grave.³⁵

- **O Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI)** - foi aplicado como medida dos traços de personalidade de neuroticismo versus estabilidade emocional, e de extroversão versus introversão (36). Este inventário possui também uma subescala de mentira (escala "L"). O EPI é constituído por cinquenta e sete itens de escolha "forçada", sim versus não, dos quais nove correspondem à escala "L", vinte e quatro ao neuroticismo e os restantes vinte e quatro à introversão.³⁷

Análise estatística. As variáveis categoriais foram comparadas por intermédio da prova exacta de Fisher. As variáveis dimensionais compararam-se por intermédio de análise de variância ou a prova de Kruskal-Wallis, de acordo com as características da distribuição amostral. Dado se ter verificado a presença de modificação de efeito de acordo com o sexo, e pelo número reduzido de indivíduos doentes do sexo masculino, optou-se por realizar a análise por estratos. Os resultados são apresentados, por comodidade de leitura, como média \pm erro padrão da média e são indicados os valores exactos para a probabilidade das diferenças (p). Apesar de em alguns casos se ter obtido um valor de significância estatística tradicional ($p \leq 0,05$) deve ter-se em conta o elevado número de comparações realizado nesta pequena amostra e por isso valorizar com reservas a possibilidade de exclusão do efeito do acaso.

RESULTADOS

Como se observa na Tabela 3 não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre asmáticos e não asmáticos no que se referiu ao score total ou aos diferentes componentes do BDI. No entanto, assinala-se uma tendência para valores mais elevados no componente motivacional em asmáticos.

Tabela 3

Inventário Depressivo Beck (BDI)	Asmáticos	Controlos	P
Componente Afetivo	3,4 \pm 0,60	2,9 \pm 0,50	0,544
Componente Cognitivo	4,0 \pm 0,70	3,8 \pm 0,56	0,784
Componente Motivacional	1,2 \pm 0,23	1,1 \pm 0,16	0,08
Componente Delirante	0,5 \pm 0,19	0,5 \pm 0,13	0,906
Componente Físico	2,3 \pm 0,36	1,8 \pm 0,24	0,190
Desvio Funcional Depressivo	2,6 \pm 0,53	2,5 \pm 0,35	0,892
Score Total	13,9 \pm 2,3	12,4 \pm 1,5	0,584

No que se refere às características psicopatológicas avaliadas através do SCL-90-R, observou-se uma interacção significativa entre a variável sexo e as variáveis

somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, índice sintomático geral e total de sintomas positivos. Os valores médios destas variáveis são, por isso, apresentados separadamente para homens e mulheres. Como se observa na Tabela 4 encontraram-se valores médios mais elevados nas mulheres asmáticas que nas controlo e, pelo contrário, os homens asmáticos apresentavam sempre valores inferiores aos obtidos nos homens sem a doença.

Tabela 4

Hopkins Symptom Distress Checklist - (SCL-90-R)	Asmáticos	Controlos	P
Somatização	Homens - 0,6 \pm 0,37 Mulheres - 1,8 \pm 0,14	1,0 \pm 0,16 1,4 \pm 0,18	0,08
Obsessão-Compulsão	Homens - 0,8 \pm 0,33 Mulheres - 1,6 \pm 0,12	1,2 \pm 0,14 1,2 \pm 0,16	0,06
Sensibilidade Interpessoal	1,0 \pm 0,17	0,9 \pm 0,10	0,758
Depressão	Homens - 0,6 \pm 0,31 Mulheres - 1,4 \pm 0,12	1,0 \pm 0,14 1,1 \pm 0,15	0,08
Ansiedade	Homens - 0,5 \pm 0,30 Mulheres - 1,4 \pm 0,11	1,0 \pm 0,13 1,1 \pm 0,14	0,05
Agressividade/Hostilidade	1,0 \pm 0,18	1,0 \pm 0,11	0,831
Ansiedade Fóbica	1,0 \pm 0,20	1,3 \pm 0,12	0,200
Ideação Paranóide	0,6 \pm 0,16	0,6 \pm 0,10	0,820
Psicoticismo	0,6 \pm 0,15	0,6 \pm 0,09	0,798
Índice Sintomático Geral	Homens - 0,7 \pm 0,31 Mulheres - 1,4 \pm 0,11	1,2 \pm 0,13 1,0 \pm 0,15	0,07
Total de Sintomas Positivos	Homens - 42,7 \pm 9,3 Mulheres - 58,2 \pm 3,4	55,6 \pm 4,0 50,8 \pm 4,4	0,08
Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos	1,7 \pm 0,10	1,7 \pm 0,06	0,909

Após ajustado o efeito da idade e do sexo, os asmáticos apresentaram na Entrevista Psicológica de Bem-Estar Geral valores semelhantes aos dos controlos (66,8 \pm 4,4 vs 71,1 \pm 2,6, $p=0,419$). Não existiram também diferenças estatisticamente significativas entre os asmáticos e os controlos no relativo ao neuroticismo (11,7 \pm 1,45 vs 10,8 \pm 0,87, $p=0,609$), à extroversão (13,3 \pm 0,99 vs 13,8 \pm 0,59, $p=0,696$) e à escala "L" (5,2 \pm 0,48 vs 4,9 \pm 0,29, $p=0,600$).

Os doentes com asma atópica apresentaram scores mais baixos de depressão (BDI) quando comparados com aqueles com asma não-atópica (15,7 \pm 5,0 vs 12,0 \pm 7,6, $p=0,144$). Também, nos scores somatização e obsessão/compulsão os doentes com asma atópica obtiveram

pontuações significativamente inferiores do que os não-atópicos, sendo as pontuações mais elevadas no item agressividade/hostilidade em doentes com asma atópica e semelhantes para a depressão - SCL 90-R (Tabela 4). Os scores médios de qualidade de vida (PGWB) foram semelhantes nestes dois grupos de asmáticos (58,7 ± 14,9 vs 62,8 ± 17,3, p = 0,587).

Tabela 5
Tipo de asma e psicopatologia (SCL-90-R)

Tipo Asma	Somatização	Obsessão- -Compulsão	Depressão	Agressividade/ /Hostilidade
Não Atópica	2,1 ± 0,9	1,8 ± 0,6	1,3 ± 0,4	0,9 ± 0,5
Atópica	1,4 ± 0,8	1,3 ± 0,6	1,2 ± 0,7	1,2 ± 0,8
	p = 0,05	p = 0,09	p = 0,650	p = 0,375

Embora sem significado estatístico (excepto quanto à obsessão/compulsão) os doentes com maior gravidade de asma obtiveram scores mais elevados de depressão (p=0,126), somatização (p=0,515), obsessão/compulsão (p=0,04) e agressividade/hostilidade (p=0,286); e, pior índice de bem estar geral (Tabela 6).

Como todos os asmáticos tomavam broncodilatadores, apenas pudemos estudar a influência dos corticóides e das metilxantinas. A corticoterapia inalada não influenciou a depressão (BDI: 13,0 ± 7,0 vs 13,4 ± 5,9, p=0,914; SCL-90-R: 1,2 ± 0,6 vs 1,6 ± 0,9, p=0,409), a somatização (1,6 ± 0,9 vs 1,7 ± 0,8, p=0,521), a obsessão/compulsão (1,4 ± 0,7 vs 1,6 ± 0,3, p=0,624), a agressividade/hostilidade (1,0 ± 0,6 vs 1,7 ± 1,1, p = 0,150) e, a qualidade de vida (63,0 ± 16,4 vs 52,2 ± 15,5, p=0,246). Contudo, já os doentes submetidos a metilxantinas e corticoterapia oral obtiveram scores mais elevados de depressão (BDI: 16,3 ± 6,7 vs 11,4 ± 6,8, p = 0,09; SCL-90-R: 1,5 ± 0,5 vs 1,1 ± 0,7, p = 0,05), somatização (2,1 ± 0,8 vs 1,4 ± 0,9, p = 0,02), e obsessão/compulsão (1,8 ± 0,7 vs 1,3 ± 0,5, p = 0,05), sendo semelhantes para a agressividade/hostilidade (1,2 ± 0,7 vs 1,1 ± 0,7, p = 0,489) e, para a qualidade de vida (55,7 ± 14,3 vs 64,9 ± 17, p = 0,121).

Os asmáticos com “boa” aderência terapêutica obtiveram scores inferiores de depressão (BDI: 12,7 ± 7,4 vs 15,2 ± 4,6 na “irregular” a “má”, p=0,389; SCL-90-R: 1,2 ± 0,7 vs 1,5 ± 0,2, p=0,372), somatização (1,4 ± 0,9 vs 2,5 ± 0,3, p = 0,03), obsessão/compulsão (1,4 ± 0,6 vs 1,7 ± 0,4, p = 0,435) e, agressividade/hostilidade (1,1 ± 0,8 vs 1,3 ± 0,3, p = 0,229) bem como, índices melhores de qualidade de vida (63,4 ± 17,0 vs 52,7 ± 9,7, p = 0,155).

DISCUSSÃO

Reconhecemos não obedecer a metodologia empregue neste trabalho a um modelo ideal: uma vez que não é prospectiva não consegue ultrapassar a possível influência no doente do conhecimento do seu diagnóstico (rotulação).³⁸

Os critérios de definição de asma brônquica e tipo da mesma procuraram ultrapassar algumas críticas que tradicionalmente se fazem neste domínio. Neste estudo, o factor *agravamento* da doença asmática e *compliance* do doente à terapêutica foram também, considerados.

Neste trabalho utilizaram-se escalas de auto-avaliação que, conquanto tenham a limitação de unicamente se referirem às percepções do próprio doente, permitem uma melhor objectividade de registo, dado que removem, em grande parte, a possibilidade de subjectividade por parte do observador. Por outro lado, é inegável a economia de meios, tempo e facilidade de administração que as escalas de auto-avaliação permitem.³⁹

A escolha dos instrumentos utilizados teve em conta a validade e a fiabilidade dos mesmos. Embora o seu uso na população portuguesa não esteja tão bem estabelecido como em populações de outros países, os estudos levados a cabo com esses mesmos instrumentos não sugerem que as suas propriedades sejam diferentes.⁴⁰⁻⁴⁴

No presente estudo a utilização de doentes não asmáticos como controlos, permitiu um controlo mais adequado das variáveis relacionadas com o possível *desempenho* do papel de doente, o que não seria possível com um grupo de controlo sem qualquer doença.⁴⁵

Neste estudo, os doentes asmáticos não diferiram significativamente dos doentes não-asmáticos no que se

Tabela 6

Gravidade da asma e psicopatologia (SCL-90-R), qualidade de vida (PGWB) e depressão (BDI)

Gravidade da Asma	Somatização (SCL-90-R)	Obsessão-Compulsão (SCL-90-R)	Depressão (SCL-90-R)	Agressividade/Hostilidade (SCL-90-R)	Qualidade-de-Vida (PGWB)	Depressão (BDI)
Ligeira	1,4 ± 0,8	1,4 ± 0,6	1,3 ± 1,0	1,4 ± 1,2	60,6 ± 23,0	11,2 ± 7,6
Moderada	1,6 ± 0,9	1,3 ± 0,5	1,1 ± 0,5	0,9 ± 0,4	65,2 ± 12,2	11,9 ± 6,1
Grave	2,0 ± 0,9	2,0 ± 0,7	1,6 ± 0,6	1,4 ± 0,8	52,8 ± 20,1	17,9 ± 7,9
	p = 0,515	p = 0,04	p = 0,131	p = 0,286	p = 0,116	p = 0,126

referiu ao *score* total ou nos diferentes comportamentos do Inventário Depressivo de Beck. No entanto, refere-se uma tendência para valores mais elevados no componente motivacional em asmáticos. No que se refere às características psicopatológicas avaliadas através do Symptom Checklist 90-R encontraram-se valores médios de ansiedade significativamente mais elevados nas mulheres asmáticas que nas controlo, e, pelo contrário, os homens asmáticos apresentavam sempre valores inferiores aos obtidos nos homens sem a doença; traduzindo, portanto, uma interação significativa entre a variável sexo e as variáveis somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, índice sintomático geral e total de sintomas positivos. Estes resultados corroboram os referidos por Leigh e Marley relativamente ao sexo feminino mas não ao masculino.⁴⁶ Contudo, outros estudos encontraram características psicológicas na população asmática diferentes das do grupo de controlo. Assim, na população asmática, tem sido descrito: maior neuroticismo e agressividade/hostilidade;⁴⁷ maior isolamento e dificuldades interpessoais;⁴⁸ e, mais depressão.⁴⁹

No presente estudo os asmáticos apresentaram na Entrevista Psicológica de Bem-Estar Geral e no Inventário de Personalidade de Eysenck (neuroticismo) valores semelhantes aos dos controlos, sugerindo que a doença não afectaria significativamente a sua qualidade-de-vida, estes resultados, embora possam traduzir um adequado controlo da situação clínica, contradizem os referidos por outros autores⁵⁰⁻⁵¹ mas poderão dever-se ao facto de os controlos também vivenciarem uma situação de doença.

Os doentes com asma não-atópica apresentaram scores mais elevados de somatização e obsessão-compulsão quando comparados com aqueles com asma atópica parecendo traduzir um maior índice de psicopatologia na população com asma não-atópica, embora contrarie resultados observados por outros autores.⁵²

Os doentes com maior gravidade de asma obtiveram scores mais elevados, com significado estatístico, de obsessão-compulsão. Também os doentes submetidos a metilxantinas e corticoterapia oral obtiveram scores significativamente mais elevados de depressão, de somatização e de obsessão-compulsão; estes achados estão de acordo com os relatados em outros estudos ao associarem a maior gravidade de asma e a necessidade dum intervenção terapêutica mais agressiva a scores mais elevados de psicopatologia nesses doentes.⁵³⁻⁵⁴

Os asmáticos com “boa” aderência terapêutica obtiveram scores significativamente inferiores de somatização. Estes resultados parecem sugerir que a um melhor controlo de situação clínica (tendo em conta uma melhor *compliance* do doente à terapêutica) corresponde um melhor equilíbrio psicológico e uma menor necessidade de somatização.

Constatámos assim que os resultados dos estudos quanto ao perfil psicológico dos pacientes com asma

serem parcialmente contraditórios, e não se fundamenta a existência dum estrutura específica de personalidade no asmático. Dificilmente o doente asmático pertence exclusivamente a um padrão específico de personalidade, parecendo incorrer heterogeneamente em diferentes tipos de personalidade, embora o traço obsessivo pareça ser mais comum que o habitual.⁵⁵ Os nossos resultados apontam, também, nesse sentido. Por outro lado, constituir-se-ão como áreas de investigação mais promissoras a possível associação entre factores psicológicos e o tipo de asma, a gravidade da doença e o grau de adesão do paciente à terapêutica.

Em resumo, a presente investigação em doentes asmáticos seguidos numa consulta de cuidados primários mostrou que a doença se associa a alterações significativas em diferentes parâmetros psicopatológicos e na qualidade de vida que, independentemente de antecederem ou serem consequência de doença, deverão ser considerados no planos de intervenção terapêutica no âmbito de uma abordagem global da pessoa doente.

BIBLIOGRAFIA

1. **Vaz M.** Reactividade das Vias Aéreas e Alergia Respiratória. In *Imunopatologia da Obstrução das Vias Aéreas*. Editores A. Bugalho de Almeida e M. Freitas e Costa, Lisboa, 95-100, 1992.
2. **Kreisler L.** A Criança Psicossomática. *Editorial Estampa*, Lisboa, 1978.
3. **Alexander F.** Medicina Psicossomática. *Artes Médicas*, Porto Alegre, 1989.
4. **Haynal A, Pasini W.** Manual de Medicina Psicossomática. *Masson, São Paulo*, 1983.
5. **Marty P.** Les Mouvements Individuels de Vie et de Mort. *Petite Bibliothèque Payot, Paris*, 1976.
6. **Marty P.** L'Ordre Psychosomatique. *Payot, Paris*, 1985.
7. **Marty P.** La Psychosomatique de L'Adulte. *Presses Universitaires de France, Paris*, 1990.
8. **Szwec G.** La Psychosomatique de L'Enfant Asthmatique. *Presses Universitaires de France, Paris*, 1993.
9. **Ajuriaguerra J.** Manual de Psiquiatria Infantil. *Masson, São Paulo*, 1980.
10. **Inquérito Nacional de Saúde/83**, Vol II (3), *Zona Urbana de Lisboa*, 1984.
11. **Alves FJP.** Contribuição para o Estudo da Epidemiologia da Asma em Portugal. *Dissertação de Doutoramento, FMP*, 1994.
12. **Ribeiro LB, Sousa JG, Barbosa MAP.** Phadiatop®, Valor de um novo Método para o Diagnóstico de Doença Alérgica na Criança. *Cadernos de Imuno-Alergologia*, 1988, 3, (2): 15-20.
13. **Caseiro AJAR, Chieira MSC.** O Clínico Geral perante a Asma Brônquica. *Acta Médica Portuguesa*, 1988, 2: 153-160.
14. **Sheffer AL.** Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1991, 88: 425-534.
15. **International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma.** *European Respiratory Journal*, 1992, 5, 601-641.
16. **Antunes ML, Serra T, Moniz D.** Diagnóstico, Profilaxia e Terapêutica da Asma no Adulto. *Direcção-Geral da Saúde, Lisboa*, 1993.
17. **Almeida AB** - Aspectos Práticos da Terapêutica da Asma Brônquica, 2ª ed., Lisboa, 1992.

18. Levy M. Asma. *Update*, 1994 6, (65): 24-29.
19. Rumbak MJ, Self TH. A Abordagem Diagnóstica da Asma Dificil. *Postgraduate Medicine*, 1994, 1, (4): 7-12.
20. Self TH, Rumbak M.J., Kelso T.M. Uso Correcto dos Inaladores Doseáveis e das Câmaras de Expansão. *Postgraduate Medicine*, 1994, 1, (4): 14-20.
21. Busse W. A Asma nos Anos 90. *Postgraduate Medicine*, 1994, 1, (4): 28-34.
22. Graffard M. Une Méthode de classification Sociale d'Échantillons de Population. *Courrier de l'Unesco*, 6455. Genève, 1956.
23. Implementação dos Novos Suportes de Informação que integram o Processo Clínico. Circular Normativa nº7/88. Administração Regional de Saúde do Porto, 1988.
24. Imperatori E. Ficha Familiar dos Centros de Saúde: Vantagens e Dificuldades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1985, 3, (3): 51-56.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4: 561-571.
26. Beck AT, Beamesderger A. Assessment of Depression: The Depression Inventory. In Psychological Measurements in Psychopharmacology. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, (edit. P. Pichot), 7: 151-169. Karger, Basel, 1974.
27. Pollitt JD. Suggestions for a Physiological Classification of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 1965, 11: 489-495.
28. Steer RA, Beck AT, Garrison B. Applications of the Beck Depression Inventory. In Assessment of Depression, (edit. N. Sartorius and TA Ban), 123-142, *Springer-Verlag, Berlin*, 1986.
29. Vaz-Serra AS. A Influência da Personalidade no Quadro Clínico Depressivo. Dissertação de Doutoramento. *Faculdade de Medicina de Coimbra*, 1972.
30. Derogatis L: SCL-90 - Administration, Scoring and Procedures. Manual I. For the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. *Johns Hopkins University School of Medicine, Chicago*, 1977.
31. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A Step in the Validation of a New Self-Report Scale. *British Journal of Psychiatry*, 1975, 128: 280-289.
32. Derogatis LR. Description and Bibliography for the SCL-90-R. *Clinical Psychometric Research, Maryland*, 1983.
33. Coelho, R. Hipertensão Arterial Essencial-Abordagem Psicossomática de um Modelo Integrado de Desregulação. Dissertação de Doutoramento. *Faculdade de Medicina do Porto*, 1990.
34. Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. In Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies (edit. NK Wenger, ME Mattson, CD Furberg and J. Elinson), 170-183, *Le Jacq Publishing Ltd, New York*, 1984.
35. Bowling A. Measuring Health - A Review of Quality of Life Measurements Scales. *Open University Press, Milton Keynes*, 1991.
36. Bendien J. The Value of Questionnaires Testing the Dimensions of Neuroticism and Extraversion in Psychosomatic Research. *Journal of Psychosomatic Research*, 1963, 7: 1-10.
37. Eysenck HJ, Eysenck SBG. The Eysenck Personality Inventory. *Hodder and Stoughton, London*, 1964.
38. Aitken RCB. Methodology of Research in Psychosomatic Medicine. *Psychother Psychosom* 1973, 22: 80-88.
39. Angleitner A, Wiggins JS. Personality Assessment via Questionnaires. Berlin: *Springer-Verlag*, 1986: 35.
40. Simões M. Theory of Social Selection and Mental Health of Emigrants. *Acta Psiquiátrica Portuguesa* 1980, 26: 169-173.
41. Simões M, Binder J. A Socio-Psychiatric Field Study Among Portuguese Emigrants in Switzerland. *Social Psychiatry* 1980, 15: 1-7.
42. Vaz Serra AS, Ponciano E, Freitas JF. Resultados de Aplicação do "Eysenck Personality Inventory" a uma Amostra da População Portuguesa. *Psiquiatria Clínica* 1980, 1: 127-132.
43. Vaz Serra AS, Pio Abreu JL. Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos: I. Ensaio de Aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma Amostra Portuguesa de Doentes Deprimidos. *Coimbra Médica* 1973, 20: 623-644.
44. Vaz Serra AS, Pio Abreu JL. Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos: II. Estudos Preliminar de Novos Agrupamentos Sintomatológicos para Complemento do "Inventário Depressivo de Beck". *Coimbra Médica* 1973, 20: 713-736.
45. Mayou P. Sick Role, Illness Behaviour and Coping. *Br J Psychiatry* 1984, 114: 320-322.
46. Leigh D, Marley E. S Psychiatric Assessment of Adult Asthmatics: A Statistical Study. *Journal of Psychosomatic Research* 1956, 1: 128-136.
47. Groen JJ, Baastians J. The Psychosomatic Approach to Bronchial Asthma. In JJ Groen (ed): *Psychosomatic Research. Pergamon Press, Oxford*, 47-70, 1964.
48. Kelly E, Zeller B. Asthma and the Psychiatrist. *J. Psychosom. Res* 1969, 13: 377-395.
49. Knapp PH, Nemetz SJ. Personality Variations in Bronchial Asthma. *Psychosom. Med* 1957, 19: 445-465.
50. Hyland ME, Finnis S, Irvine SH. A Scale for Assessing Quality of Life in Adult Asthma Sufferers. *Journal of Psychosomatic Research* 1991, 35: 99-110.
51. Christie MJ, French D, Weatherstone L, West A. The Patients' Perceptions of Chronic Disease and its Management: Psychosomatics, Holism and Quality of Life in Contemporary Management of Childhood Asthma. *Psychother Psychosom* 1991, 56: 197-203.
52. Bell IR, Jasnoski ML, Kagan J King DS. Depression and Allergies: Survey of a Nonclinical Population. *Psychother Psychosom* 1991, 56: 24-31.
53. Wöller W, Kruse J, Winter P, Mans EJ, Alberti L. Cortisone Image and Emotional Support by Key Figures in Patients with Bronchial Asthma. *Psychother Psychosom* 1993, 59: 190-196.
54. Hyland ME, Kenyon CAP, Taylor M, Morice AH. Steroid Prescribing for Asthmatics: Relationship with Asthma Symptom Checklist and Living with Asthma Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology* 1993, 32: 505-511.
55. Teiramaa E. Psychosocial Factors in the Onset and Course of Asthma. *Acta Universitatis Ouluensis*, 1977, Oulu.

Enviado para publicação em 15.7.97
 Aceite para publicação em 11.12.97