

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS
RESPIRATÓRIAS INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Joice Quelle da Silva Pereira^a

<https://orcid.org/0000-0003-1840-4727>

Maristela Rodrigues Sestelo^b

<https://orcid.org/0000-0003-0961-4474>

Carlos Tadeu da Silva Lima^c

<https://orcid.org/0000-0002-8098-7081>

Resumo

Doenças respiratórias representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível global. O acometimento patológico das vias aéreas aumenta os riscos de transtornos psiquiátricos, devido às inúmeras admissões hospitalares e à dependência de cuidados médicos e pessoais. O presente artigo pretendeu identificar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com doenças respiratórias em um hospital público de Salvador (BA), assim como avaliar os fatores possivelmente associados à sintomatologia ansiosa e depressiva nesses pacientes. Para isso, realizou-se estudo observacional, descritivo e de corte transversal, que ocorreu no Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM). Foi utilizada uma amostra de conveniência de 140 pacientes assistidos no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: questionário clínico, demográfico e socioeconômico; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerstrom (FTND). Para a análise de dados, optou-se pelo Teste Exato de Fisher, concluindo-se que a prevalência de prováveis sintomas ansiosos e depressivos foi de 35,7% e 31,4% respectivamente. As variáveis significativas ($p < 0,05$) encontradas no estudo foram: sexo, estado civil, renda familiar e asma. Os achados desta pesquisa apontam para a importância de se

^a Médica. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: Joicequelle@hotmail.com

^b Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica Especialista em Pneumologia. Professora Assistente do Curso de Medicina do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (Uneb). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: sestelomaristela@gmail.com

^c PhD em Saúde Pública pelo Kings College University. Médico Especialista em Psiquiatria. Professor Adjunto do Internato do Curso de Medicina da Uneb. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: carlostadeu.lima@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade do Estado da Bahia. Rua Silveira Martins, n. 2555, Cabula. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41.150-000. E-mail: Joicequelle@hotmail.com

avaliar a presença dos sintomas de ansiedade e depressão para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes, além da adesão ao tratamento da patologia respiratória.

Palavras-chave: Doenças respiratórias. Ansiedade. Depressão. Tabagismo.

SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN INPATIENTS WITH RESPIRATORY DISEASES STAYING IN A PUBLIC HOSPITAL

Abstract

Respiratory diseases represent one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. The pathological involvement of the airways increases the risks of psychiatric disorders, due to the numerous hospital admissions and the dependence on medical and personal care. This article aimed to identify the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with respiratory diseases in a public hospital in Salvador, Bahia, as well as to evaluate the factors possibly associated with anxious and depressive symptoms in these patients. To that end, an observational, descriptive, and cross-sectional study, which took place at the Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), was conducted. A convenience sample of 140 patients assisted from October 2018 to January 2019 was used. Participants answered the following instruments: clinical, demographic and socioeconomic questionnaire; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). For data analysis, Fisher's exact test was chosen reaching a prevalence of probable anxious and depressive symptoms of 35.7% and 31.4%, respectively. The significant variables ($p < 0.05$) found in the study were: sex, marital status, family income, and asthma. The findings of this research point to the importance of assessing the presence of symptoms of anxiety and depression to improve the prognosis and quality of life of patients, in addition to the adherence to the treatment of the respiratory pathology.

Keywords: Respiratory diseases. Anxiety. Depression. Smoking.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INGRESADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Resumen

Las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La afectación patológica de las vías respiratorias aumenta los riesgos

de trastornos psiquiátricos, debido a los numerosos ingresos hospitalarios y a la dependencia de la atención médica y personal. Este artículo pretendió identificar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades respiratorias en un hospital público de Salvador, en Bahía (Brasil), así como evaluar los factores posiblemente asociados a los síntomas ansiosos y depresivos en estos pacientes. Para ello, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM). Participó una muestra de conveniencia de 140 pacientes atendidos desde octubre de 2018 a enero de 2019. Los participantes respondieron los siguientes instrumentos: cuestionario clínico, demográfico y socioeconómico; Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS); y la prueba de dependencia a la nicotina de Fagerstrom (FTND). Para el análisis de datos, se eligió la prueba exacta de Fisher; y se concluye que la prevalencia de probables síntomas ansiosos y depresivos fue del 35,7% y el 31,4%, respectivamente. Las variables significativas ($p < 0,05$) encontradas en el estudio fueron: sexo, estado civil, ingresos familiares y asma. Los hallazgos de esta investigación apuntan a la importancia de evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, además de la adherencia al tratamiento de la patología respiratoria.

Palabras clave: Enfermedades respiratorias. Ansiedad. Depresión. Tabaquismo.

INTRODUÇÃO

Doenças respiratórias são um importante problema de saúde pública e representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), correspondem a mais de 10% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade¹. Além disso, essas doenças configuram cinco das trinta causas mais comuns de óbito no mundo: a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a terceira, a infecção do trato respiratório inferior é a quarta, o câncer broncogênico é a sexta, a tuberculose é a duodécima e a asma é a vigésima oitava. Em conjunto, mais de um bilhão de pessoas sofrem de condições respiratórias agudas ou crônicas e embora essas enfermidades apresentem grande impacto no crescimento econômico em todo o mundo, são negligenciadas, de modo geral, em termos de políticas internacionais de saúde e desenvolvimento².

Quando comparados com a população geral, os indivíduos com doenças respiratórias apresentam maior predisposição para desenvolver quadros patológicos de ansiedade e depressão^{3,4}. O acometimento patológico das vias aéreas aumenta os riscos de transtornos psiquiátricos, em geral, devido às inúmeras admissões hospitalares, ao isolamento

social e à dependência de cuidados médicos e pessoais. Sabe-se que a presença de ansiedade e depressão nesses pacientes pode ser correlacionada às exacerbações de sintomas respiratórios, aumento da percepção de dor e a maiores complicações clínicas, inclusive letais. Desse modo, as limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a associação das doenças respiratórias e psíquicas prejudicam a qualidade de vida do paciente, além de promoverem significativos encargos sociais⁴.

A ansiedade é definida como uma reação emocional normal e esperada diante de situações novas e desconhecidas. Trata-se de sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão que geralmente está associado a sintomas autonômicos, como cefaleia, perspiração, palpitações e desconforto abdominal. Nesse sentido, a ansiedade está presente no crescimento normal do indivíduo, durante mudanças, experiências novas, encontro da própria personalidade e sentido da vida. Entretanto, configura-se como patológica quando há uma resposta desproporcional em relação a um determinado estímulo, considerando-se intensidade ou duração, o que pode desencadear o desenvolvimento de transtornos ansiosos⁵.

A depressão é um transtorno psiquiátrico e reconhecidamente um problema de saúde pública. Caracteriza-se, principalmente, pelo comprometimento das atividades cotidianas e dos relacionamentos sociais do indivíduo. É uma doença que inclui alterações cognitivas, psicomotoras e neurovegetativas. Quando associada a comorbidades clínicas, a depressão prejudica a adesão ao tratamento e afeta o prognóstico dos pacientes⁶. No mundo, existem cerca de 121 milhões de pessoas com depressão e estimativas da OMS sugerem que em 2030 será a doença mais comum à frente de problemas cardíacos e do câncer⁷.

Considerando que os transtornos psiquiátricos estão entre as condições mais comuns e provavelmente menos diagnosticadas e tratadas no contexto das patologias respiratórias⁴, este estudo buscou identificar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com doenças respiratórias assistidos em unidades de internação específica de um hospital público em Salvador (BA), assim como avaliar os fatores possivelmente associados à sintomatologia ansiosa e depressiva nesses pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, descritivo e de corte transversal que ocorreu no Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) em Salvador (BA). A pesquisa utilizou amostra de conveniência de 140 pacientes assistidos em unidades de internação hospitalar específica no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Foram incluídos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico estabelecido de doença respiratória

conforme prontuário médico, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): asma (J45), câncer de pulmão (C34.9), derrame pleural (J90), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (J40-J43), estenose subglótica (J95.5), pneumonia (J12-J18) e tuberculose (A15). Os critérios de exclusão englobaram os pacientes que se recusaram a participar do estudo e aqueles que apresentaram incapacidade física que os impossibilitou de responder aos questionários, como hipoacusia grave, prejuízo cognitivo ou dor intensa no momento da pesquisa.

Para a coleta de dados, foram selecionados em prontuário médico os pacientes com diagnóstico de doença respiratória que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Os participantes responderam a três instrumentos de pesquisa: o questionário clínico, demográfico e socioeconômico com perguntas sobre idade, gênero, estado civil, nível de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, sintomas respiratórios e tabagismo. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) trata-se de um instrumento de acesso livre que avalia a maneira como o paciente se sentiu durante a última semana por meio de questões de múltipla escolha. A HADS, constituída por 14 itens, é subdividida em duas escalas: sete itens medem a ansiedade (HADS-A) e os outros sete a depressão (HADS-D).

Dessa forma, os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados e intercalados. Cada um dos itens é pontuado de 0 a 3, dependendo da resposta, perfaz um total máximo de 21 pontos para cada escala. Foram adotados os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaith recomendados para avaliar sintomas de ansiedade e depressão: de 0-7 pontos: improvável; 8-11 pontos: possível (questionável ou duvidoso); e 12-21 pontos: provável. Desse modo, o indivíduo pode não apresentar nenhum desses sintomas, exibir ansiedade e depressão simultaneamente ou revelar apenas um dos dois sintomas. Para evitar interferências de desordens somáticas, a HADS não contém itens relacionados a sintomas de alterações físicas, como cefaleia e vertigem, apresentando, assim, questões exclusivas do estado emocional. Em virtude disso, a escala é utilizada amplamente para avaliar transtornos do humor⁸.

O terceiro instrumento de pesquisa foi o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerstrom (FTND): em 1978, Karl Fagerstrom elaborou o Questionário de Tolerância de Fagerstrom (FTQ). A adaptação deste teste foi realizada em 1991, quando passou a se chamar Teste de Dependência à Nicotina. O teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões existe uma pontuação que varia de 0 a 10. A soma dos pontos permite a avaliação do grau de dependência nicotínica que pode ser classificada como muito baixa (0-2 pontos), baixa (3-4 pontos) média (5 pontos), elevada (6-7 pontos) e muito elevada (8-10 pontos). A soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente,

o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar⁹. O instrumento foi aplicado apenas nos pacientes tabagistas (fumantes atuais), totalizando 32 entrevistados.

Todos os dados foram digitados duas vezes e inseridos no programa EpiData (versão 3.1) e analisados por meio do software Stata (versão 14). A análise estatística ocorreu por meio do cruzamento de variáveis independentes e dependentes pelo teste exato de Fisher. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Este estudo faz parte de um projeto matriz aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com o CAAE 90966418.7.0000.5544. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento da entrevista, no qual foram informados acerca dos objetivos, decidindo se queriam ou não participar. Foi também garantida a privacidade dos participantes.

RESULTADOS

Foram entrevistados 140 pacientes. A **Tabela 1** descreve os dados demográficos e socioeconômicos, observando-se que 50,7% ($n = 71$) dos participantes eram do sexo masculino e 49,3% ($n = 69$) do sexo feminino. A idade variou entre 18 e 80 anos, com média de 51 anos. A maior parte da amostra foi composta de pacientes solteiros (43,9%, $n = 61$) e nível de escolaridade em ensino fundamental (60,9%, $n = 84$). No que tange à situação de trabalho, nota-se que a maior proporção foi no grupo dos desempregados (33,6%, $n = 47$). Quanto à renda familiar, a maioria dos entrevistados (69,3%, $n = 95$) recebiam até um salário mínimo.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e socioeconômica dos pacientes internados em um hospital público. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

(continua)

Variáveis	N	%
Sexo ($n = 140$)		
Masculino	71	50,7
Feminino	69	49,3
Faixa etária ($n = 140$)		
18-40	35	25,0
41-54	36	25,7
55-63	30	21,4
64-80	39	27,9
Estado civil ($n = 139$)*		
Casado	45	32,4
Solteiro	61	43,9
Divorciado	7	5,0
Viúvo	17	12,2
União estável	9	6,5

Tabela 1 – Caracterização demográfica e socioeconômica dos pacientes internados em um hospital público. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

(conclusão)

Variáveis	N	%
Escolaridade (n = 138)*		
Analfabeto	13	9,4
Ensino fundamental	84	60,9
Ensino médio	37	26,8
Ensino superior	4	2,9
Situação de trabalho (n = 140)		
Do lar	12	8,6
Aposentado	36	25,7
Afastado	18	12,9
Empregado	27	19,3
Desempregado	47	33,6
Renda familiar (n = 137)*		
Até um salário mínimo	95	69,3
Entre um e dois salários mínimos	31	22,6
Mais de dois salários mínimos	11	8,0
Total	140	100

Fonte: Elaboração própria.

*Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados.

Na categorização por doença respiratória, a doença pulmonar obstrutiva crônica foi a mais encontrada (25,7%, n = 36), seguida de derrame pleural (18,6%, n=26), câncer de pulmão (17,9%, n = 25), asma (15,7%, n = 22), pneumonia (15%, n = 21), estenose subglótica (5%, n = 7) e tuberculose (2,1%, n = 3). Dentre os sintomas respiratórios, a maior parte dos participantes da pesquisa disse sentir dispneia (80%, n = 112). A **Tabela 2** exibe as características clínicas detalhadamente.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados em um hospital público. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

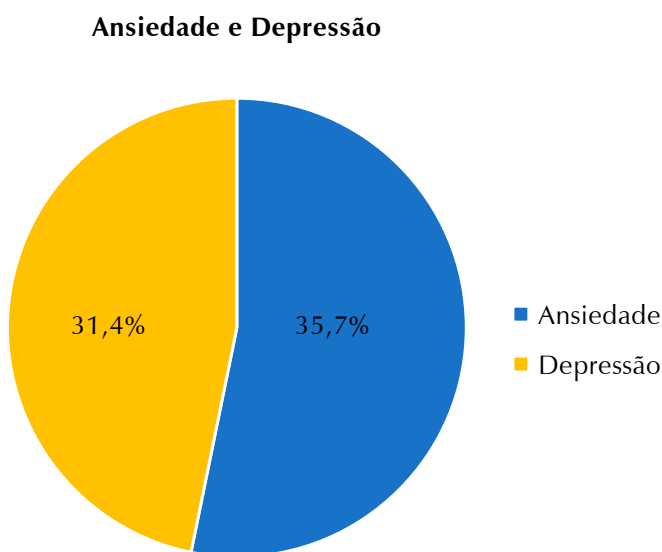
Variáveis clínicas	N	%
Doenças respiratórias		
Asma	22	15,7
Câncer de pulmão	25	17,9
Derrame pleural	26	18,6
DPOC	36	25,7
Estenose subglótica	7	5,0
Pneumonia	21	15,0
Tuberculose	3	2,1
Sintomas respiratórios*		
Chiado no peito	55	39,2
Dispneia	112	80,0
Dor torácica	84	60,0
Estridor laríngeo	7	5,0
Hemoptise	36	25,7
Secreção pulmonar	70	50,0
Tosse	110	78,5

Fonte: Elaboração própria.

*Os pacientes podem apresentar mais de um sintoma respiratório ao mesmo tempo.

De acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, conforme a **Figura 1**, a prevalência de prováveis sintomas de ansiedade foi de 35,7% (n = 50). Os pacientes com possível sintomatologia ansiosa representaram 7,9% (n = 11) do total da amostra e os casos improváveis configuraram 56,4% (n = 79). Com relação à depressão, a prevalência de prováveis sintomas foi de 31,4% (n = 44). Os pacientes com possível sintomatologia depressiva configuraram 7,1% (n = 10) da amostra total e os casos improváveis representaram 61,4% (n = 86).

Figura 1 – Distribuição da amostra, segundo prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019



Fonte: Elaboração própria.

É possível verificar, na **Tabela 3**, que as mulheres (43,5%, n = 30), os pacientes com faixa etária entre 41-54 anos (44,4%, n = 16), o grupo com ensino superior (100%, n = 4) e os pacientes empregados (44,4%, n = 12) apresentaram maior proporção de prováveis sintomas de ansiedade. Constatou-se, ainda, significância estatística ($p < 0,05$) nas categorias de estado civil e renda familiar: o grupo dos solteiros (50,8%, n = 31) e dos que recebiam mais de dois salários mínimos (81,8%, n = 9) foram os que mais exibiram prováveis sintomas ansiosos. No que tange à doença respiratória, os pacientes com asma apresentaram ($p < 0,05$) maior proporção (59%, n = 13) de prováveis sintomas de ansiedade. Quanto aos sintomas respiratórios, os entrevistados que referiram hemoptise foram os mais associados à provável sintomatologia ansiosa (47,2%, n = 17).

Tabela 3 – Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica dos pacientes internados em um hospital público, segundo prevalência de sintomas de ansiedade. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

Variáveis	Ansiedade						Total N	Valor-p
	Improável		Possível		Provável			
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
Masculino	46	64,8	5	7,0	20	28,2	71	0,128
Feminino	33	47,8	6	8,7	30	43,5	69	
Faixa etária								
18-40	19	54,3	3	8,6	13	37,1	35	0,889
41-54	18	50,0	2	5,6	16	44,4	36	
55-63	18	60,0	3	10,0	9	30,0	30	
64-80	24	61,5	3	7,7	12	30,8	39	
Estado civil								
Casado	28	62,2	4	8,9	13	28,9	45	0,006
Solteiro	28	45,9	2	3,3	31	50,8	61	
Divorciado	5	71,4	0	0,0	2	28,6	7	
Viúvo	9	52,9	4	23,5	4	23,5	17	
União estável	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9	
Escolaridade								
Analfabeto	7	53,8	2	15,4	4	30,8	13	0,139
Ensino fundamental	48	57,1	8	9,5	28	33,3	84	
Ensino médio	22	59,5	1	2,7	14	37,8	37	
Ensino superior	0	0,0	0	0,0	4	100,0	4	
Situação de trabalho								
Do lar	6	50,0	1	8,3	5	41,7	12	0,889
Aposentado	22	61,1	3	8,3	11	30,6	36	
Afastado	12	66,7	0	0,0	6	33,3	18	
Empregado	13	48,1	2	7,4	12	44,4	27	
Desempregado	26	55,3	5	10,6	16	34,0	47	
Renda familiar								
Até um salário mínimo	58	61,0	7	7,4	30	31,6	95	0,033
Entre um e dois salários mínimos	17	54,8	3	9,7	11	35,5	31	
Mais de dois salários mínimos	2	18,1	0	0,0	9	81,8	11	
Doenças respiratórias								
Asma	9	40,9	0	0,0	13	59,9	22	0,041
Câncer de pulmão	15	60,0	3	12,0	7	28,0	25	0,512
Derrame pleural	15	57,6	3	11,5	8	30,7	26	0,630
DPOC	17	47,2	3	8,33	16	44,4	36	0,379
Estenose subglótica	6	85,7	0	0,0	1	14,2	7	0,373
Pneumonia	16	76,1	1	4,7	4	19,0	21	0,175
Tuberculose	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	0,263
Sintomas respiratórios								
Chiado no peito	27	49,1	6	10,9	22	40,0	55	0,293
Dispneia	60	53,6	9	8,0	43	38,4	112	0,389
Dor torácica	45	53,6	10	11,9	29	34,5	84	0,095
Estridor laríngeo	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	0,147
Hemoptise	15	41,7	4	11,1	17	47,2	36	0,119
Secreção pulmonar	41	58,6	6	8,6	23	32,9	70	0,808
Tosse	61	55,4	9	8,1	40	36,3	110	0,949

Fonte: Elaboração própria.

Na **Tabela 4**, é possível observar que, em relação ao sexo, as mulheres foram significativamente ($p < 0,05$) mais associadas à provável sintomatologia depressiva (36,2%, $n = 25$) do que os homens (26,8%, $n = 19$). Os pacientes com faixa etária entre 18-40 anos (37,1%, $n = 13$), o grupo com ensino superior (100%, $n = 4$), os pacientes solteiros (41%, $n = 25$) e os empregados (40,7%, $n = 11$) apresentaram a maior proporção de prováveis sintomas de depressão em suas respectivas categorias. Quanto à renda familiar, o grupo que recebia mais de dois salários mínimos foi significativamente ($p < 0,05$) o que mais exibiu prováveis sintomas depressivos (72,7%, $n = 8$). No que tange à doença respiratória, os pacientes com asma apresentaram a maior proporção de prováveis sintomas de depressão (45,4%, $n = 10$). Quanto aos sintomas respiratórios, os entrevistados que referiram hemoptise foram os mais associados à provável sintomatologia depressiva (44,4%, $n = 16$).

Tabela 4 – Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica dos pacientes internados em um hospital público, segundo prevalência de sintomas de depressão. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

(continua)

Variáveis	Depressão						Total N	Valor-p
	Improável		Possível		Provável			
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
Masculino	51	71,8	1	1,4	19	26,8	71	0,005
Feminino	35	50,7	9	13	25	36,2	69	
Faixa etária								
18-40	21	60	1	2,9	13	37,1	35	0,716
41-54	22	61,1	3	8,3	11	30,6	36	
55-63	19	63,3	1	3,3	10	33,3	30	
64-80	24	61,5	5	12,8	10	25,6	39	
Estado civil								
Casado	31	68,9	2	4,4	12	26,7	45	0,077
Solteiro	31	50,8	5	8,2	25	41	61	
Divorciado	6	85,7	0	0,0	1	14,3	7	
Viúvo	9	52,9	3	17,6	5	29,4	17	
União estável	9	100	0	0	0	0	9	
Escolaridade								
Analfabeto	8	61,5	2	15,4	3	23,1	13	0,09
Ensino fundamental	52	61,9	7	8,3	25	29,8	84	
Ensino médio	24	64,9	1	2,7	12	32,4	37	
Ensino superior	0	0	0	0	4	100	4	
Situação de trabalho								
Do lar	6	50	2	16,7	4	33,3	12	0,629
Aposentado	25	69,4	3	8,3	8	22,2	36	
Afastado	11	61,1	2	11,1	5	27,8	18	
Empregado	15	55,6	1	3,7	11	40,7	27	
Desempregado	29	61,7	2	4,3	16	34	47	
Renda familiar								
Até um salário mínimo	63	66,3	7	7,3	25	26,3	95	0,023
Entre um e dois salários mínimos	18	58,1	2	6,4	11	35,5	31	
Mais de dois salários mínimos	2	18,1	1	9	8	72,7	11	

Tabela 4 – Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica dos pacientes internados em um hospital público, segundo prevalência de sintomas de depressão. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

(conclusão)

Variáveis	Depressão						Total N	Valor-p
	Improvável		Possível		Provável			
	N	%	N	%	N	%		
Doenças respiratórias								
Asma	10	45,4	2	9	10	45,4	22	0,193
Câncer de pulmão	16	64	2	8	7	28	25	0,884
Derrame pleural	17	65,3	2	7,6	7	26,9	26	0,835
DPOC	19	52,7	2	5,5	15	41,6	36	0,298
Estenose subglótica	6	85,7	0	0	1	14,2	7	0,66
Pneumonia	16	76,1	1	4,7	4	19	21	0,385
Tuberculose	2	66,6	1	33,3	0	0	3	0,146
Sintomas respiratórios								
Chiado no peito	31	56,3	6	10,9	18	32,7	55	0,303
Dispneia	69	61,6	7	6,2	36	32,1	112	0,663
Dor torácica	48	57,1	7	8,3	29	34,5	84	0,511
Estridor laríngeo	4	57,1	0	0	3	42,8	7	0,817
Hemoptise	17	47,2	3	8,3	16	44,4	36	0,102
Secreção Pulmonar	44	62,8	7	10	19	27,1	70	0,284
Tosse	65	59	9	8,1	36	32,7	110	0,57

Fonte: Elaboração própria.

Dentre os 140 participantes do estudo, 32 pacientes eram tabagistas e estes responderam ao Teste de Dependência à Nicotina de Fagerstrom. De acordo com o questionário FTND, os fumantes classificados em grau de dependência elevada apresentaram a maior prevalência de prováveis sintomas de ansiedade (50%, n = 5) e de depressão (40%, n = 4). A maioria dos casos de improvável sintomatologia ansiosa e depressiva ocorreu no grupo de fumantes classificados em baixo grau de dependência nicotínica (77,7%, n = 7), como pode ser observado na **Tabela 5**.

Tabela 5 – Grau de dependência nicotínica distribuído conforme sintomas de ansiedade e depressão em pacientes internados em um hospital público. Salvador, Bahia, Brasil – out. 2018/jan. 2019

Variáveis	Teste de Fagerstrom: grau de dependência										Total	Valor-p
	Muito baixa		Baixa		Média		Elevada		Muito elevada			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ansiedade												0,453
Improvável	4	66,6	7	77,7	3	60,0	4	40,0	1	50,0	19	
Possível	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	10,0	1	50,0	3	
Provável	2	33,3	2	22,2	1	20,0	5	50,0	0	0,0	10	
Depressão												0,909
Improvável	4	66,7	7	77,7	3	60,0	5	50,0	1	50,0	20	
Possível	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	50,0	2	
Provável	2	33,3	2	22,2	2	40,0	4	40,0	0	0,0	10	

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou prevalência de 35,7% de prováveis sintomas ansiosos e 31,4% de prováveis sintomas depressivos entre pacientes com doenças respiratórias, concordando com os dados encontrados em outros trabalhos da literatura^{4,10}. Essas proporções são bem superiores aos da população geral, que demonstrou uma média de 3,6% para transtornos relacionados à ansiedade e 4,4% para depressão, conforme as estimativas da Organização Mundial da Saúde⁷.

As mulheres apresentaram maior expressão de prováveis sintomas de ansiedade e depressão em comparação aos homens, com relevância estatística para os sintomas depressivos ($p = 0,005$). Um estudo realizado em 15 diferentes países¹¹ constatou que pessoas do sexo feminino apresentam taxas mais elevadas de transtornos ansiosos e depressivos do que indivíduos do sexo masculino. Segundo a pesquisa desenvolvida por Girgus et al.¹², uma das possibilidades para explicar as diferenças de gênero quanto à presença de condições psiquiátricas é que as mulheres são mais cuidadosas em relação à saúde e utilizam com maior frequência os serviços de assistência médica, incluindo atendimentos na área básica e nos setores emergenciais, o que pode facilitar o diagnóstico dos transtornos de humor.

Outro aspecto estatisticamente significativo foi a associação entre estado civil e os sintomas ansiosos ($p = 0,006$), em que os pacientes solteiros obtiveram maior prevalência de provável sintomatologia de ansiedade e depressão. Em um trabalho observacional¹³ desenvolvido em pacientes diagnosticados com tuberculose, foi verificado que pessoas solteiras exibiram altos níveis de ansiedade e depressão em comparação a outras categorias de estados civis. Williams et al.¹⁴, em estudo nos Estados Unidos que investigou o impacto do estado civil e das transições conjugais sobre a qualidade de vida das pessoas, sugeriu a hipótese de que relacionamentos estáveis proporcionam benefícios à saúde mental, principalmente devido à possibilidade de compartilhar ideias, experiências e sentimentos com outro indivíduo.

Os pacientes com mais de dois salários mínimos apresentaram maior proporção de prováveis sintomas de ansiedade e depressão, com relevância estatística para ambos os sintomas ($p = 0,033$; $p = 0,023$). No trabalho de Basu et al.¹⁵, realizado em hospital indiano, também foi encontrado que os sintomas depressivos afetavam os indivíduos com maior renda, ao contrário do que foi observado em dois estudos brasileiros de Rombaldi et al.¹⁶ e Ludermir et al.¹⁷, os quais demonstraram associação entre menor renda e maior prevalência de condições psiquiátricas. Essa heterogeneidade possivelmente pode ser relacionada às características individuais de cada grupo populacional e à presença de outras comorbidades. Os outros fatores demográficos e socioeconômicos analisados, como faixa etária, escolaridade e situação de trabalho, não foram estatisticamente significantes.

Dentre as doenças respiratórias avaliadas, os pacientes com asma apresentaram maior prevalência de provável sintomatologia de ansiedade e depressão com associação significativa para os sintomas ansiosos ($p = 0,041$), estando em consonância com outros estudos que evidenciaram elevados níveis de sintomas psiquiátricos entre indivíduos asmáticos. Em uma pesquisa brasileira de Vieira et al.¹⁸ que também utilizou a escala HADS foi encontrada uma prevalência de 53% para ansiedade e depressão. Além disso, Vieira et al.¹⁸ identificaram que os pacientes com status de asma não controlada apresentaram maior sintomatologia ansiosa quando comparados ao grupo de asmáticos com doença controlada. Na literatura internacional, por meio da escala HADS, o estudo de Di Marco et al.¹⁹, desenvolvido em hospitais italianos, constatou prevalência de 39% para ansiedade e 27% para depressão. Em outro estudo, Baiardini et al.²⁰ relataram prevalência de 34,9% e 32,3% para sintomas ansiosos e depressivos respectivamente.

Já é bem documentada uma possível associação entre a presença de comorbidades psiquiátricas e a gravidade dos pacientes asmáticos, como aponta uma pesquisa australiana²¹ envolvendo 3.010 participantes. Asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e está relacionada a uma significativa morbidade e comprometimento funcional. Estudos mostraram que transtornos de ansiedade e depressão podem ter impacto importante no controle da doença, considerando que possivelmente corroboram para a baixa adesão à medicação prescrita e manejo inadequado do tratamento¹⁹. O trabalho de Feldman et al.²² demonstrou que pacientes diagnosticados com ansiedade e/ou depressão apresentaram maior número de hospitalizações, mais dias com presença de sibilos e menor capacidade funcional do que aqueles sem comorbidades psiquiátricas. Além disso, a percepção e interpretação dos sintomas respiratórios nesses pacientes também pode ser afetada, como visualizado no estudo de Goldney et al.²¹, no qual indivíduos com depressão referiram piora da asma mesmo quando medidas objetivas de função pulmonar e outros parâmetros clínicos estavam adequados. Desse modo, a compreensão mais sofisticada da interação entre sofrimento emocional e controle da asma é claramente necessária.

Com relação aos sintomas respiratórios, a maior parcela dos entrevistados (80%) referiu sentir dispneia. Destes, 38,4% apresentaram provável sintomatologia ansiosa e 32,1% prováveis sintomas depressivos. Este resultado é semelhante aos dados descritos na literatura de que a dispneia é uma das queixas mais comuns entre pacientes com patologias respiratórias, além de ser considerada importante preditor de mortalidade e hospitalizações. Segundo a Sociedade Torácica Americana, a alta prevalência de ansiedade e depressão nesses indivíduos provavelmente contribui para o grau de incapacidade associado à dispneia. Sugere-se que as crises dispnéicas estejam relacionadas a uma resposta psicológica do paciente à medida que percebe as limitações para realizar as atividades diárias e a necessidade de se adaptar às possíveis restrições físicas²³.

Por meio do questionário de dependência de Fagerstrom foi possível observar que os fumantes com grau de dependência elevada apresentaram mais sintomas de provável ansiedade e depressão. Um estudo realizado por Fluharty et al.²⁴ apontou a existência de altas taxas de tabagismo em indivíduos com transtornos psiquiátricos. Rondina et al.²⁵ identificaram que o uso de cigarro está relacionado com a possibilidade de prazer e alívio dos sentimentos de tristeza e angústia. Além disso, verificaram que a ansiedade e depressão estão associadas ao risco aumentado de recaídas precoces durante a cessação do tabagismo e à dificuldade em interromper o hábito de fumar²⁵. Nesse sentido, as pesquisas de Fluharty et al.²⁴ e de Rondina et al.²⁵ fazem referência à crescente preocupação de que a associação entre tabagismo e presença de transtornos psiquiátricos pode implicar importantes reduções na qualidade de vida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo constatou-se elevada prevalência de provável sintomatologia de ansiedade e depressão na população investigada. Os fatores demográficos e socioeconômicos significativamente associados aos sintomas foram: sexo, estado civil e renda familiar. Dentre as variáveis clínicas, observou-se que os pacientes com asma expressaram a maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, com relevância estatística para a sintomatologia de ansiedade, e que a dispneia representou a queixa mais comum entre os entrevistados, confirmando os dados da literatura anterior a esta pesquisa. Adicionalmente, foram encontradas altas taxas de tabagismo em pacientes com prováveis sintomas de ansiedade e depressão.

A partir desses resultados, chama-se a atenção para a necessidade de avaliar a presença de sintomas que indiquem ansiedade e/ou depressão em pacientes com doenças respiratórias assistidos em unidade de internação hospitalar. Desse modo, pode-se realizar diagnóstico precoce das condições psiquiátricas e, assim, promover atendimento adequado que envolva a participação de profissionais de diversas áreas da saúde, como pneumologistas, psicólogos e psiquiatras, com o intuito de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes, além da adesão ao tratamento da patologia respiratória.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Joice Quelle da Silva Pereira, Maristela Rodrigues Sestelo e Carlos Tadeu da Silva Lima.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Joice Quelle da Silva Pereira, Maristela Rodrigues Sestelo e Carlos Tadeu da Silva Lima.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Joice Quelle da Silva Pereira, Maristela Rodrigues Sestelo e Carlos Tadeu da Silva Lima.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Joice Quelle da Silva Pereira, Maristela Rodrigues Sestelo e Carlos Tadeu da Silva Lima.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach. Geneva: WHO; 2007.
2. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-544.
3. Lou P, Zhu Y, Chen P, Zhang P, Yu J, Zhang N, et al. Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study. *BMC Pulm Med*. 2012;12:53.
4. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:7.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.
6. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(3):149-59.
7. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
9. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82.
10. Sikjaer MG, Lokke A, Hilberg O. The influence of psychiatric disorders on the course of lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis. *Respir Med*. 2018;135:35-41.

11. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785-95.
12. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Curr Opin Psychol*. 2015;4:53-60.
13. Walker IF, Kanal S, Baral SC, Farragher TM, Joshi D, Elsey H, et al. Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observation study. *Public Health Action*. 2019;9(1):42-8.
14. Williams K, Umberson D. Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *J Health Soc Behav*. 2004;45(1):81-98.
15. Basu G, Chatterjee C, Singh R, Biswas S. Prevalence of depression in tuberculosis patients: an experience from a DOTS clinic. *Indian Journal of Research and Reports in Medical Sciences*. 2012;2(4):14-7.
16. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13:620-9.
17. Ludermit AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.
18. Vieira AA, Santoro IL, Dracoulakis S, Caetano LB, Fernandes ALG. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):13-8.
19. Di Marco F, Verga M, Santus P, Giovannelli F, Busatto P, Neri M, et al. Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respir Med*. 2010;104(1):22-8.
20. Baiardini I, Braidò F, Giardini A, Majani G, Cacciola C, Rogaku A, et al. Adherence to treatment: assessment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2006;16(4):218-23.
21. Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, Wilson DH. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust*. 2003;178(9):437-41.
22. Feldman JM, Siddique MI, Morales E, Kaminski B, Lu SE, Lehrer PM. Psychiatric disorders and asthma outcomes among high-risk inner-city patients. *Psychosom Med*. 2005;67(6):989-96.
23. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official american thoracic society statement: update on

the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185(4):435-52.

24. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafo MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):3-13.
25. Rondina RDC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5):592-601.

Recebido: 6.3.2021. Aprovado: 13.2.2022. Publicado: 24.04.2023.