

Depressão e eventos de vida relacionados à asma grave

Depression and life events related to severe asthma

Rosângela C. Castro¹, Niraldo O. Santos², Maria L. T. Moretto³, Mara C. S. De Lucia⁴, Fábio F. M. Castro⁵

1 – Psicóloga, Especialização em Psicologia Hospitalar pelo HC-FMUSP; 2 – Psicólogo da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, com atividades no Serviço de Alergia e Imunologia; 3 – Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica; 4 – Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica e Diretora da Divisão de Psicologia do HC-FMUSP; 5 – Mestrado em Alergia e Imunologia pela FMUSP e Doutorado em Imunologia pela Universidade de Heidelberg, Alemanha.

Resumo

Objetivo: Investigar a relação entre o diagnóstico e tratamento da asma grave e o fenômeno da depressão nos pacientes em tratamento ambulatorial e avaliar se existe associação entre depressão e eventos de vida e que situações mais frequentes se correlacionam aos aspectos depressivos.

Métodos: O estudo foi caracterizado por uma entrevista clínica transversal ex post facto. Foram entrevistados 30 pacientes com o diagnóstico confirmado de asma grave, com idade de 18 a 70 anos, em tratamento no Serviço de Alergia e Imunologia do HC-FMUSP e aplicados os seguintes instrumentos: entrevista psicológica semi-dirigida, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), Escala Classificatória de Readaptação Social e PRIME-MD.

Resultados: Segundo a EDAO, 63,4% dos pacientes apresentaram depressão, (20% apresentaram depressão crônica e 36,6% depressão reativa). De acordo com o PRIME, 66,7% apresentaram algum tipo de depressão. Dos pacientes que apresentaram depressão, 41% referiram pelo menos um evento de vida estressante (os eventos mais referidos foram doença pessoal importante e alteração importante na saúde de familiar), e obtiveram maior pontuação de adaptação ineficaz moderada e ineficaz severa.

Conclusão: A depressão está correlacionada à asma grave, principalmente como consequência do prejuízo na qualidade de vida ocasionado pela doença. Os pacientes que conseguiram adaptar-se à condição crônica da asma grave, apresentando respostas mais eficazes no decorrer da vida, obtiveram menor índice de depressão. Podemos concluir que a asma afeta a qualidade de vida, causa grande prejuízo na produtividade e interfere no cotidiano do paciente. Estes dados enfatizam a importância do psicólogo na equipe que assiste aos pacientes com esta doença.

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2001; 24(6):204-211 asma, asma grave, depressão, aspectos psicológicos, produtividade, qualidade de vida.

Abstract

Objective: To investigate the relationship between diagnosis and treatment of severe asthma and the depression phenomenon in outpatients and to evaluate association between depression and life events and situations more frequently related to depressive aspects.

Methods: The study was characterized by clinical transversal ex post facto interview. 30 patients with confirmed diagnosis of severe asthma, under treatment in the Service of Allergy and Immunology of HC-FMUSP, were interviewed. They had ages varying from 18 to 70 years old. We used the following instruments: semi-driven interviews, DAOS (Diagnostic adaptative operationalized scale) Social Adjustment Rating Scale and PRIME-MD.

Results: According to DAOS, 63.3% of the patients presented depression, (20% presented chronic depression and 43.3% presented reactive depression). According to PRIME, 66.7% presented some kind of depression. The patients that presented depression, 41% referred at least one stressing life event (the most referred events were personal disease and important alteration in family health) and they obtained higher score of ineffective severe adaptation and ineffective moderate adaptation.

Conclusion: *Depression is correlated to severe as-thma, mainly as a consequence of the damage in the quality of life caused by the disease. Patients that could adapted themselves to chronic condition of se-vere asthma, presented more effective answers during the lifetime; they obtained lower depression scores. We can conclude that asthma affects quality of life, and it causes great damage in the productivity and in interferes in patient's routine. These data emphasize the importance of the psychologist in the staff that attends patients with this disease.*

Rev. bras. alerg. imunopatol. 2001; 24(6):204-211 asthma, severe asthma, depression, psychological aspects, productivity, life quality.

Introdução

Este trabalho foi, inicialmente, parte de um projeto temático realizado durante o ano de 2000 pela Divisão de Psicologia do Hospital das Clíni-cas intitulado "Depressão e Eventos de Vida Re-lacionados a Condições Médicas"¹, com o objeti-vo de obter informações que delimitassem a pre-sença ou não de estados depressivos entre os pa-cientes com condições médicas não-psiquiátricas.

Na assistência psicológica prestada aos pacien-tes do ambulatório de Alergia e Imunologia uma série de questões relevantes associadas à incidên-cia de sintomas psíquicos concomitantes ao qua-dro orgânico foram observadas. Estes fatores nos motivaram a escolher a população de asmáticos graves para o desenvolvimento da pesquisa.

Em décadas recentes a morbidade da asma tem aumentado consideravelmente em muitos países. Segundo Boulet *et al* (1996)² este fenômeno é provavelmente multifatorial. O aumento da polui-ção do ar, a prevalência de infecções respirató-rias, hábitos, condições sócio-econômicas, a falta de informações sobre a doença, fatores emocio-nais podem estar envolvidos. A asma é uma das razões mais comuns de visitas a unidades de emergência e em muitos casos, as freqüentes con-sultas de asma refletem um controle inadequado da doença.

A palavra "asma" é derivada do grego *asthma*, onde era utilizada com o significado de dificulda-de com a respiração. Segundo o Ginasthma³, a asma é uma doença crônica inflamatória das vias aéreas. As vias aéreas cronicamente inflama-das ficam obstruídas e o fluxo do ar fica limitado (pela broncoconstrição) quando são expostas a es-tímulos variados (desencadeantes ou agravantes).

As exacerbações de asma são episódicos, mas a inflamação nas vias aéreas está cronicamente pre-sente. A asma é uma doença crônica que requer um tratamento a longo prazo. Para muitos paci-entes isto significa tomar medicação preventiva todo dia, principalmente quando se trata de asma grave. A asma é considerada grave quando as crises são diárias, com falta de ar evidente, cau-sando grande prejuízo na qualidade de vida.

A incidência de distúrbios emocionais é grande em crianças asmáticas. Nos EUA⁴, aproximada-mente 7% da população infantil sofre de asma e uma revisão de estudos epidemiológicos conclui que 12% dessas crianças apresentam algum tipo de distúrbio emocional. Aproximadamente 30% das crianças com asma grave, internadas em hos-pital terciário, tinham depressão como um mar-cador importante de crises asmáticas fatais.

Em alguns estudos, a depressão aparece como conseqüência de medicamentos específicos, ca-bendo ressaltar a influência dos medicamentos utilizados no tratamento da asma. Thompson (1984)⁵ notou em seu trabalho que pacientes as-máticos freqüentemente desenvolvem depressão, especialmente quando tratados com altas doses de corticosteróides. De acordo com Bosley (1995)⁶, em sua pesquisa realizada em um hospital de Londres, foram analisados 102 pacientes asmá-ticos, entre 18 e 70 anos indicados para tratamen-to com corticosteróides inaláveis, fazendo uma associação entre a adesão ao tratamento e a fato-res psicológicos. Os pacientes que aderiram ao tratamento (70%) tiveram pontuação de alta an-siedade semelhante a dos pacientes que não ade-riram ao tratamento (30%). No entanto, os paci-entes com baixa adesão tiveram maior pontuação de depressão.

Depressão segundo a psiquiatria e a teoria da evolução da adaptação

Na classificação de depressão do DSM IV (Ma-nual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o transtorno depressivo maior tem co-mo característica essencial um período mínimo de duas semanas de duração, durante as quais há um humor deprimido e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indiví-duo tam-bém deve experimentar pelo menos quatro sinto-mas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida.⁷

Na pesquisa multi-setorial, foi sugerido o sistema proposto por Simon (2000)⁸, que permite avaliar o sujeito interagindo com as circunstâncias (fatores) internas e externas. De acordo com a teoria da evolução da adaptação, a depressão é o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas. Simon classifica a depressão em depressão reativa e depressão crônica. A depressão crônica é subdividida em neurótica e psicótica (com dois subtipos: maníaco-depressivo ou esquizo-afetivo).

De acordo com Simon, o conjunto de fatores ambientais interagindo com fatores intrapsíquicos formam um contexto no qual o paciente vai deparar-se com a doença e suas conseqüências e que sempre configurará uma condição de crise psicológica. Considera-se em crise o indivíduo que tem de enfrentar situações desconhecidas que impliquem em novas adequações, acarretando mudanças importantes em sua vida. Na situação de ter uma doença crônica ou aguda, há sempre perda ou ameaça de perda de situações importantes (emprego, relações afetivas, etc), além de alterações biológicas importantes.

A crise e o conflito são fatores comuns à saúde e à doença. Em si mesmo, o conflito não é uma doença. Faz parte da vida uma alternância entre equilíbrio e desequilíbrio, e nesse meio ocorre uma sucessão de tentativas e erros para restabelecer o equilíbrio quando este está rompido.

Quando os esforços são bem sucedidos, o ajustamento se faz no sentido de melhor equilíbrio entre o organismo e o meio e pode-se falar de uma adaptação construtiva. Em outros casos, o paciente elabora soluções inadequadas, onde persiste a tensão que acentua a dissociação, colocando em jogo os “ajustamentos dissociativos”, que abrem portas para o que a psicanálise chamou de mecanismos de defesa, descobertos pelo próprio método psicanalítico. Nestes casos, o conflito não é resolvido e ao contrário, é perenizado. A adaptação ineficaz e subjetivamente penosa, no entanto, constitui uma espécie de ordem, onde reduzem-se as tensões mais imediatas e mais fortes surgindo ou não o humor depressivo.

Na literatura há duas formas de abordar o problema dos fatores ambientais, ou eventos de vida relacionados ao impacto da doença: ou é considerado o “efeito dos fatores de risco”, advindos de mudanças de vida como unidade de referência e pesquisa-se apenas a incidência, ou ao contrário, o ponto de partida são as doenças psiquiátricas relacionadas ou causadas pela condição médica e o humor deprimido aparece como sintoma. Cre-mos que ambas as posições freqüentemente investigadas são inteiramente legítimas e conduzem a resultados apreciáveis.

O conceito de adequação aplica-se ao conjunto de respostas para as exigências colocadas pelas realidades interna e externa, respostas avaliadas de acordo com três requisitos: soluciona o problema, a solução pode ou não ser gratificante e a solução pode ou não gerar conflito intrapsíquico ou ambiental.

De acordo com estes preceitos, os objetivos específicos deste estudo foram, além de verificar a presença ou não de depressão crônica ou reativa e sua associação à asma em pacientes ambulatoriais, avaliar se existe uma associação entre eventos de vida referidos pelo paciente e quais situações mais freqüentemente se correlacionam com processos depressivos e analisar a ocorrência da associação destes processos com a qualidade de adequação de soluções de situações-problemas atuais ou pregressos dos pacientes portadores de asma grave.

Método

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa clínica transversal *ex post facto*, visando levantar a presença ou não de processos depressivos em pacientes asmáticos no ambulatório de Alergia e Imunologia e sua associação com o quadro do paciente, eventos vitais, significado atribuído a tais eventos, soluções adaptativas e qualidade de adequação de soluções de situações-problema atuais ou pregressos adaptativos.

Foram escolhidos aleatoriamente 30 pacientes em tratamento ambulatorial no Serviço de Alergia e Imunologia do ICHC-FMUSP, com diagnóstico comprovado de asma grave segundo os critérios de classificação da intensidade da asma descritos no II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (1998)⁹ e no GINA (1995)¹⁰, com idade entre 18 e 70 anos, de acordo com os seguintes critérios: ser paciente registrado no ICHC-FMUSP e estar em atendimento ambulatorial; consentir em participar do estudo e apresentar condições cognitivas de compreensão do material apresentado. Não foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva.

Os pacientes que preencheram os critérios propostos e tiveram diagnóstico confirmado da doença foram submetidos aos seguintes instrumentos:

1 – Entrevista semi-dirigida e EDAO

A entrevista clínica em psicologia constitui-se no principal instrumento para o levantamento de dados a respeito do indivíduo e a elaboração do diagnóstico. Usualmente a entrevista clínica é também utilizada na realização de pesquisas em psicologia. Nessas situações agrega-se um roteiro de questões a ser utilizado pelo pesquisador, com o objetivo de garantir certa uniformidade no procedimento de coleta de dados, bem como, garantir que os principais tópicos sejam abordados de maneira semelhante junto aos sujeitos e preferencialmente, na mesma seqüência. Nessas condições, a entrevista clínica costuma receber o nome de “*en-trevista semi-dirigida*”. No contexto de pesquisa, particularmente no contexto institucional hospitalar, a entrevista semi-dirigida caracteriza-se por sua facilidade de aplicação, uma vez que o nível de dificuldade das questões, bem como seu conteúdo específico, podem ser adaptados às condições do paciente e aos objetivos do estudo, além de possibilitar ao paciente a expressão mais espontânea do que em situações mais padronizadas, permitindo a avaliação científica do conteúdo, tanto através de uma abordagem quantitativa quanto qualitativa.

No presente estudo, inicialmente, os pacientes foram entrevistados seguindo-se um roteiro de questões previamente estabelecido (quadro 1), com o objetivo de favorecer o “rapport” necessário para a avaliação do paciente pelos critérios da EDAO. De modo geral a entrevista objetivou coletar informações sobre dados sócio-demográficos, história de vida, crenças e representações associadas à saúde e à doença, rede de apoio e suporte social, condições afetivo emocionais, vida profissional e aspectos específicos associados à asma.

Quadro 1 – Roteiro para entrevista semi-dirigida

1 – Dados sócio-demográficos.
2 – História de vida: investigar as reações afetivo-emocionais nos antecedentes pessoais (relações com filhos, no casamento, no trabalho e na infância).
3 – História da doença: investigar o clima afetivo-emocional no período de eclosão da doença, no período que a antecedeu e posteriormente.
4 – Crenças e representações associadas à saúde e à doença: investigar a causalidade atribuída à doença pelo paciente, expectativas e receios em relação à evolução da doença e seu tratamento.
5 – Rede de apoio e suporte social: investigar o apoio que o paciente dispõe:
- Apoio Emocional: pode proporcionar uma sensação de finalidade, significado e de pertencer ao mundo em que vive;
- Apoio Informativo: permite acesso à informação, conselho, avaliação e orientação de outras pessoas;
- Apoio Instrumental: possibilita o acesso à assistência física ou material, ou ajuda nas tarefas diárias.
6 – Impressão: descrever a impressão causada pelo paciente durante a entrevista e sua maneira de comportar-se.

Após esta fase da entrevista foi apresentada ao paciente uma lista de eventos de vida potencialmente estressantes, com o objetivo de estabelecer a presença ou não de situações vitais que possam ter contribuído para o quadro clínico do paciente. Tomamos como referência a “Escala Classificatória de Readaptação Social”, de Holmes e Rahe (1967)¹¹ (quadro 2), instrumento que visa quantificar o impacto dos eventos de vida. Não foi utilizado, neste estudo, o sistema de pontuação/classificação sugerido por Holmes & Rahe, uma vez que não há informações sobre o “peso” destes eventos na população brasileira, pois ela é uma escala originalmente construída para a população norte-americana. Por outro lado, a utilização da listagem sugerida pelos autores, possibilita que se diminua a influência do entrevistador ao investigar a presença ou não dos itens pesquisados.

Quadro 2 – Escala classificatória de readaptação social

Lista de eventos:

1-	Morte do cônjuge.
2-	Divórcio.
3-	Separação conjugal.
4-	Detenção em presídio ou outra instituição.
5-	Morte de um membro familiar próximo.
6-	Lesão ou doença pessoal importante.
7-	Casamento.
8-	Ser demitido do emprego.
9-	Reconciliação conjugal.
10-	Aposentadoria.
11-	Alteração importante na saúde ou comportamento de um familiar.
12-	Gravidez.
13-	Dificuldades sexuais.
14-	Entrada de um novo membro na família (nascimento, adoção, avós, etc).
15-	Reajustamento importante nos negócios (sociedade, falência, etc).
16-	Importante mudança na condição financeira.
17-	Morte de amigo íntimo.
18-	Mudança de ramo profissional.
19-	Importante mudança no número de discussões com cônjuge.
20-	Empréstimo alto.
21-	Execução de hipoteca ou empréstimo.
22-	Alteração importante nas responsabilidades profissionais.
23-	Saída de filho ou filha de casa (casamento, faculdade, etc).
24-	Problemas com sogro ou cunhados.
25-	Conquista pessoal notável.
26-	Esposa começa ou deixa de trabalhar fora de casa.
27-	Começo ou término de escolarização formal.
28-	Alteração importante nas condições de vida (construção de casa nova, reformas, etc).
29-	Revisão de hábitos pessoais (roupas, maneiras, associações, etc).
30-	Problemas com o chefe/patrão.
31-	Alteração importante nos horários ou condições de trabalho.
32-	Mudança de residência.
33-	Mudança para nova escola.
34-	Alteração importante no tipo ou qualidade habitual de recreação.
35-	Mudança importante nas atividades religiosas.
36-	Mudança importante nas atividades sociais (clubes, dança, cinema, visitas, etc).
37-	Tomada de hipoteca ou empréstimo menor (compra de automóvel, TV, etc).
38-	Mudança importante nos hábitos de sono.
39-	Mudança importante no número de reuniões familiares.
40-	Mudança importante nos hábitos alimentares.
41-	Férias.
42-	Natal.
43-	Infrações menores à lei (multas de trânsito, vadiagem, desordem, etc).

A EDAO¹², criada e desenvolvida por Ryad Si-mon (1989), cuja idealização teve início nos anos 70, a partir dos conceitos de adaptação, tem como objetivo facilitar e abreviar o trabalho de classificação da eficácia adaptativa do indivíduo quanto aos principais setores que regem a vida de uma pessoa: afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico.

Para cada um desses setores, Simon (1989) inicialmente selecionou uma série de itens, considerados como os referenciais mais importantes para se efetuar uma avaliação que possibilitasse a elaboração de um diagnóstico sobre a adaptação de um indivíduo nos vários setores de sua vida. A classificação diagnóstica ficou assim subdividida: adaptação eficaz, adaptação ineficaz leve, adaptação ineficaz moderada, adaptação ineficaz severa e adaptação ineficaz grave.

2 – PRIME-MD

O PRIME-MD foi utilizado para rastrear os transtornos depressivos na população estudada. Este instrumento se propõe a investigar a presença (ou não) de comportamentos e hábitos que possam constituir-se em sintoma de distúrbios mentais em uma população não selecionada previamente por sua psicopatologia, ou seja: propõe-se a “avaliar distúrbios mentais para atenção primária”, como enunciado no próprio subtítulo do manual de instruções do instrumento. O PRIME-MD é compatível com os diagnósticos da DSM IV da American Psychiatric Association, constituindo-se por um “Questionário do Paciente” e por módulos que investigam as diferentes áreas, o “Guia de Avaliação Clínica”. No presente estudo foi utilizado somente o módulo referente à avaliação do humor.

A amostra foi constituída de forma aleatória, como estratégia para garantir certa representatividade. Foi exposto ao paciente o objetivo do estudo e solicitado que assinasse o termo de consentimento pós-informado. Se algum paciente não aceitasse participar, outro seria sorteado e submetido ao mesmo procedimento.

Os pacientes foram avaliados no Serviço de Alergia e Imunologia. O tempo para cada avaliação foi de 50 minutos. Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: entrevista semi-dirigida, com ABIPEME (classificação sócio-econômica) e escala classificatória de readaptação social (lista de eventos vitais) e PRIME-MD.

Os dados coletados foram avaliados de acordo com as propostas dos autores de cada instrumento. A seguir, foram computadas as frequências de cada tipo de resposta/dado para cada instrumento.

Resultados

Nossa amostra foi constituída principalmente por mulheres (70%) com a média de idade de 45 anos. A maioria dos pacientes eram casados (60%), com nível de escolaridade fundamental de primeira à quinta série (46%)

Verificamos que a maioria dos pacientes entrevistados pertencia às classes sociais mais inferiores. De acordo com a ABIPEME, 36% pertenceram à classe D (renda média mensal de R\$435,00) e 33% à classe C (renda média mensal de R\$844,00). Tal resultado é coerente com o nível da população que utiliza o serviço médico do Hospital das Clínicas ou de instituições públicas do SUS.

Outro dado da amostra é o vínculo empregatício, que nos permite verificar a produtividade destes pacientes. Apesar de 30% deles serem contratados, há uma alta porcentagem de pacientes sem vínculo empregatício (30%) e dos que recebem auxílio-doença (19%). A produtividade destes pacientes é prejudicada devido à limitação física decorrente das crises. Frequentemente são obrigados a interromper suas atividades para correr ao pronto socorro.

“... sempre trabalhei como doméstica; depois da asma só faço alguma coisinha em casa, quando consigo. (...) faço duas inalações por dia...” (N., 44 anos)

Segundo a EDAO, 63,3% dos entrevistados apresentaram depressão, sendo que 43,3% apresentaram depressão reativa e 20% a depressão crônica. De acordo com o PRIME, 67% apresentaram depressão (30% com remissão parcial de depressão maior, 20% com depressão maior, 10% com depressão menor, 3,3% com distímia e 3,3% com depressão maior e distímia).

Dos pacientes que apresentaram depressão, 41% apresentaram algum evento de vida estressante segundo a escala classificatória de reajustamento social, sendo os mais frequentes: alteração importante na saúde ou comportamento de um familiar e mudança de residência e lesão ou doença pessoal importante.

De acordo com a EDAO, há uma predominância das respostas de adaptação ineficaz leve (30%) e adaptação ineficaz moderada (26,6%), em seguida temos adaptação ineficaz severa (23,3%), adaptação eficaz (13,3%) e adaptação ineficaz grave (6,7%). Verificamos que os pacientes que apresentaram depressão, obtiveram uma pontuação maior de adaptação ineficaz moderada e adaptação ineficaz severa.

Há uma correlação entre a qualidade da adequação e a presença ou ausência de depressão divididos nos setores. A presença de depressão geralmente está correlacionada com a qualidade pouco ou pouquíssima adequada, principalmente no setor afetivo-relacional e na produtividade. Para evitar as crises, muitos pacientes deixam de realizar certas atividades e de frequentar alguns lugares, isolando-se socialmente.

“...eu adorava dançar nos bailes, mas não vou mais porque a poeira e a fumaça do cigarro me faz mal, prefiro ficar em casa...” (J., 63 anos)

Outra observação que deve ser considerada foi a freqüente insatisfação com a imagem corporal, principalmente no sexo feminino, que relataram aumento de peso após o uso de corticosteróides, relacionando este medicamento com o surgimento de sintomas depressivos.

“...eu era magrinha antes de tomar o meticor-ten, agora não consigo emagrecer, nem tenho ânimo de sair de casa...” (V. 46 anos)

Discussão

Considerando o caráter crônico da asma, observamos nas entrevistas o impacto que ela tem na qualidade de vida dos sujeitos. Dentre os pacientes entrevistados, 63,3% apresentaram fenômenos depressivos. Destes pacientes, 43,3% apresentaram depressão reativa, o que nos leva a construir algumas hipóteses a respeito da correlação entre asma grave e depressão.

A depressão está relacionada, principalmente, a alguns eventos de vida como doença pessoal importante (asma), o que nos faz pensar que em muitos casos a depressão é uma consequência do prejuízo na qualidade de vida e produtividade causados pela asma grave. Observamos também que houve um retraimento social considerável em função da doença, pois as crises provocaram muito sofrimento físico e psíquico. Os pacientes que conseguiram adaptar-se à condição crônica da asma grave obtiveram menor índice de depressão.

Esta pesquisa confirmou estudos levantados na literatura que ressaltam a influência de corticosteróides utilizados no tratamento da asma grave. A maioria dos sujeitos relatou insatisfação e desânimo diante do aumento de peso ocasionado após uso deste fármaco.

Poderíamos concluir que a qualidade da adaptação de pacientes portadores de asma grave está relacionada à presença de depressão e aos recursos psíquicos que cada sujeito tem de elaborar e buscar soluções adaptativas.

Demonstramos claramente em nosso estudo a importância do trabalho multiprofissional para a efetividade do tratamento da asma. Apesar das conclusões obtidas a partir dos instrumentos quantitativos, foi na entrevista clínica que observamos questões importantes a respeito destes pacientes. Nas “entrelinhas” de alguns relatos notamos um “ganho” inconsciente, o que nos fez pensar no conceito freudiano de “ganho secundário da doença” citado em 1905, no caso Dora. Segundo Freud (1905)¹³, “há ocasiões em que se comprova que a doença torna-se útil e adequada, e adquire, por assim dizer, uma função secundária que reforça novamente sua estabilidade”.

“Tenho asma desde os dois anos, sempre fui quietinha e miudinha, minha irmã era falante e não tinha nada... minha mãe corria para o PS comigo, só assim ela me dava atenção...” (L, 22 anos)

“...eu falo para o meu marido que ele é culpado, porque é só a gente brigar que eu tenho crises...” (D., 24 anos)

Para o psicanalista Jacques Lacan, a demanda de alguns pacientes é a de que se autentique sua condição de doente, “pedindo” que o preserve em sua doença, para que continue sendo um doente bem instalado nela¹⁴. Neste sentido, uma das funções do psicólogo no hospital é, por meio da escuta clínica, diagnosticar e tratar das questões psíquicas que interferem no tratamento, oferecendo ao paciente a oportunidade de se livrar de sua alienação subjetiva. Com isto, apresentamos duas questões que podem servir como ponto de partida para investigações posteriores: não seria exatamente provável ganho secundário observado no paciente asmático, um fator que interfere negativamente na adesão ao tratamento? A incidência da depressão em pacientes asmáticos seria igualmente alta em pacientes inseridos em classes sociais mais elevadas?

Referências bibliográficas

1. De Lucia MCS, Gavião ACD, Quayle J. Depressão e eventos de vida relacionadas às condições médicas, projeto temático multisectorial de pesquisa da Divisão de Psicologia do Instituto Central do hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, 2000.

2. Boulet LP, Belanger M, Lajoie P. Characteristics of subjects with a high frequency of emergency visits for asthma. In: Am. J. Emerg. Med. 1996; Vol. 14.
3. "GINASTHMA" Asthma Management and Pre-vention: A Pocket Guide for Physicians and Nurses, revised 1998. Based on the Global Strategy for Asthma Management and Prevention (NHLBI/ WHO) Workshop Report.
4. Neves JEP, Behar VS, Cordás TA. Aspectos psi-quiátricos e psicológicos do paciente alérgico. In: Rinite alérgica, Lemos Editorial, 1997.
5. Thompson WL. Treating depression in asthmatic patients. In: Psychosomatics. 1984; 25:809-812.
6. Bosley CM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. In: Eur Respir J. 1995; 8(6):899-904.
7. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV. Dayse Batista (tradução), 4ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
8. Simon R. Variedades de depressão e a teoria da adaptação: considerações psicoterápicas. Palestra apresentada aos psicólogos e estagiários da Divisão de Psicologia HCFMUSP, São Paulo, mar. 2000.
9. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J. Pneumol. 24(4), jul-ago de 1998.
10. GINA. Global Strategy for Asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, publication 95-3659, jan. 1995;p. 176.
11. Holmes T, Rahe RH. The Social Adjustment Rating Scale. J. Psychos Res. 1967;11:213-218.
12. Simon R. Psicologia Clínica Preventiva – Novos Fundamentos. EPU, São Paulo, 1989.
13. Freud S. Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1970.
14. Lacan J. Psicanálise e Medicina, texto proferido em 1966 na Salpêtrière. Tradução de Luiz de Souza Dantas Forbes, para uso interno da Biblioteca Freudiana Brasileira (BFB).

Endereço para correspondência

Rosângela Carboni Castro
Rua Frei Caneca, 750 ap. 2092 – Cerqueira César
01307-000 - São Paulo - SP
Tel.: 0XX-11-3154.2370

[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.
Copyright 2001- SBAI -Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000