

DÉBORA YUMI FERREIRA KAMIKAVA

**Sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida em
pacientes com hiperidrose primária e sua associação com o
resultado do tratamento clínico com oxibutinina: estudo
observacional prospectivo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências

Programa de Anestesiologia, Ciências
Cirúrgicas e Medicina Perioperatória

Área de concentração: Cirurgia Translacional

Orientador: Prof. Dr. Pedro Puech Leão

**São Paulo
2022**

DÉBORA YUMI FERREIRA KAMIKAVA

**Sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida em
pacientes com hiperidrose primária e sua associação com o
resultado do tratamento clínico com oxibutinina: estudo
observacional prospectivo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências

Programa de Anestesiologia, Ciências
Cirúrgicas e Medicina Perioperatória

Área de concentração: Cirurgia Translacional

Orientador: Prof. Dr. Pedro Puech Leão

**São Paulo
2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Kamikava, Débora Yumi Ferreira

Sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com hiperidrose primária e sua associação com o resultado do tratamento clínico com oxibutinina : estudo observacional prospectivo / Débora Yumi Ferreira Kamikava. -- São Paulo, 2022.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Anestesiologia, Ciências Cirúrgicas e Medicina Perioperatória.

Área de concentração: Cirurgia Translacional

Orientador: Pedro Puech Leão.

Descritores: 1.Hiperidrose 2.Ansiedade 3.Depressão 4.Oxibutinina.

USP/FM/DBD-286/2022

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico aos meus pais e à minha irmã, por me ensinarem diariamente sobre amor, disciplina e resiliência. A vocês, ofereço esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Edson e Lúcia, pela base sólida que guia as minhas escolhas, e por não medirem esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

À minha irmã Érika, pela sua força e determinação, e por me mostrar que nada é impossível quando temos com quem contar.

Ao meu marido João, pelo amor, amizade, compreensão e cuidado diários.

Ao Prof. Dr. Pedro Puech Leão, meu orientador, pela confiança em meu trabalho, pelos constantes ensinamentos e oportunidades concedidas, inclusive da realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Nelson Wolosker, pelo desmedido incentivo, compreensão e paciência. Sem você este trabalho não teria acontecido.

Aos assistentes da Clínica da Cirurgia Vasculuar da FMUSP, em especial à Dra. Luciana Ragazzo, Dr. Antônio Zerati e Dr. Glauco Saes, e aos educadores físicos Dr. Gabriel Cucato e Dr. Raphael Ritti, pelas trocas, ensinamentos e incentivos nas manhãs de quintas-feiras.

Às colegas e diretoras da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP Luciane De Rossi, Solimar Ferrari e Mirian Akiko, pelas trocas, incentivos e contribuições em minha vida profissional.

À Alessandra Santiago, por plantar em mim o amor pela atuação na Cirurgia Vasculuar.

Aos pacientes que, generosamente, compartilharam comigo suas angústias, expectativas e frustrações.

A todos os profissionais de saúde que estiveram e estão presentes em meu dia a dia, pela troca de experiências e aprendizado diário.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo
que ninguém viu, mas pensar o
que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê”*

Arthur Schopenhauer

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.
Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentações; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	11
3	MÉTODOS	13
3.1	Análise estatística.....	18
3.2	Ética	18
4	RESULTADOS.....	19
5	DISCUSSÃO	24
6	CONCLUSÕES	30
7	ANEXOS	32
8	REFERÊNCIAS.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BAI - Inventário de Ansiedade das escalas Beck (*Beck anxiety inventory*)
- BDI - Inventário de Depressão das escalas Beck (*Beck depression inventory*)
- HDSS - Escala de Severidade da Doença da Hiperidrose
- HH - Hiperidrose
- IMC - Índice de massa corporal
- QLV - Qualidade de vida

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes	20
Tabela 2 - Local primário de hiperidrose como queixa principal	20
Tabela 3 - Impacto da hiperidrose na qualidade de vida antes do tratamento.....	21
Tabela 4 - Mudanças na qualidade de vida após o tratamento.....	21
Tabela 5 - Concentração de intensidade de ansiedade e depressão nos pacientes antes e após o tratamento com oxibutinina (n = 81)	22
Tabela 6 - Variação na intensidade de depressão e ansiedade com tratamento com oxibutinina (n = 81)	22

RESUMO

Kamikava DYF. *Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com hiperidrose primária e sua associação com o resultado do tratamento clínico com oxibutinina: estudo observacional prospectivo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Introdução: estudos identificaram correlações entre as características psicológicas de indivíduos com hiperidrose (HH) primária, o grau de sudorese e a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com HH antes e após o tratamento medicamentoso com oxibutinina. **Métodos:** os dados foram coletados de 81 pacientes. Hiperidrose (HH) primária palmar ou axilar foi a queixa mais frequente (84,0%). Todos os pacientes foram avaliados antes da prescrição da medicação e após 5 semanas de tratamento. Os inventários Beck de depressão e ansiedade foram usados para avaliar sintomas de depressão e ansiedade. **Resultados:** a melhora da HH ocorreu em 58 (71,6%) pacientes, enquanto em 23 (28,4%) pacientes não houve melhora. A qualidade de vida (QLV) antes do tratamento em todos os pacientes era "ruim" ou "muito ruim". Os pacientes que apresentaram melhora nas taxas de sudorese também experimentaram uma melhora maior na QLV em comparação com os pacientes que não apresentaram melhora na sudorese no local principal (87,9% vs. 34,7%) ($p < 0,001$). 19,7% dos pacientes apresentaram melhora no nível de depressão. 46,9% dos pacientes apresentaram melhora no nível de ansiedade. Foi observada correlação significativa entre a variação da sudorese e ansiedade ($p = 0,015$). **Conclusão:** pacientes com HH que experimentam melhorias na sudorese imediatamente após o tratamento com oxibutinina exibem pequenas melhorias nos níveis de depressão e melhorias significativas nos níveis de ansiedade e qualidade de vida.

Descritores: Hiperidrose; Ansiedade; Depressão; Oxibutinina.

ABSTRACT

Kamikava DYF. *Symptoms of anxiety and depression in patients with primary hyperhidrosis and its association with the result of clinical treatment with oxybutynin: prospective observational study* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

Introduction: studies have identified correlations between the psychological characteristics of individuals with primary hyperhidrosis (HH), the degree of sweating and quality of life. The aim of this study was to evaluate the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with HH before and after drug treatment with oxybutynin. **Methods:** data were collected from 81 patients. Palmar or axillary HH was the most frequent complaint (84.0%). All patients were evaluated before the medication was prescribed and after five weeks of treatment. The Beck inventories of Depression and Anxiety were used to evaluate depression and anxiety. **Results:** improvement in HH occurred in 58 (71.6%) patients, while in 23 (28.4%) patients, there was no improvement. The quality of life before treatment in all patients was either “poor” or “very poor.” Patients who experienced improvement in sweating rates also experienced greater improvement in QoL compared to patients who did not experience improvement in sweating at the main site (87.9% vs. 34.7%) ($p < 0.001$). 19.7% of patients exhibited an improvement in the level of depression. 46.9% of patients exhibited improvements in the level of anxiety. A significant correlation was observed between the variation in sweating and anxiety ($p = 0.015$). **Conclusion:** patients with HH who experience improvements in sweating immediately after treatment with oxybutynin exhibit small improvements in the levels of depression and significant improvements in the levels of anxiety and quality of life.

Descriptors: Hyperhidrosis; Anxiety; Depression; Oxybutynin.

1 INTRODUÇÃO

A termorregulação corporal é dependente do mecanismo de sudorese fisiológica que é realizado pelas glândulas sudoríparas especialmente pelas écrinas, que são difusamente distribuídas pela superfície cutânea, principalmente nas regiões palmares e plantares¹. Em algumas situações, pode-se observar uma hiperatividade dessas glândulas como ocorre durante e após exercícios físicos, em pessoas obesas, durante a menopausa ou secundária a alguma alteração clínica como hipertireoidismo, diabetes melito, feocromocitoma, entre outras².

A hiperidrose (HH) é um distúrbio somático que envolve transpiração excessiva além das necessidades fisiológicas em uma ou mais regiões específicas do corpo, devido ao hiperfuncionamento das glândulas sudoríparas. Diferente da sudorese fisiológica, que pode ser desencadeada tanto por condições térmicas e ambientais como por fatores fisiológicos e mentais, a HH caracteriza-se por uma sudorese incontrolável, muitas vezes sem qualquer estimulação térmica ou mental³.

A HH pode ser classificada como primária ou secundária. A primária tem causa desconhecida e pode afetar diferentes áreas do corpo humano, como mãos (hiperidrose palmar), pés (hiperidrose plantar), axilas (hiperidrose axilar), face e couro cabeludo (hiperidrose craniofacial), podendo haver combinação entre as áreas citadas. A secundária ocorre em

decorrência de uma causa orgânica, como doenças endócrinas, neurológicas, medicações, menopausa, neoplasias ou infecções⁴.

Até o momento não é totalmente esclarecida a etiologia da HH primária. Ela pode se manifestar desde a infância e se agravar na adolescência, havendo tendência de o suor excessivo diminuir após os 50 anos de idade, afetando pacientes do sexo masculino e feminino igualmente⁵. Além disso, parece haver uma predisposição genética que é evidenciada por sua distribuição familiar⁶. Tem prevalência variável, sendo mais frequente em países da Ásia e Oriente Médio em comparação aos estudos na América do Norte. Nos países da Ásia existe relato de incidência de 0,3% da população jovem^{7,8}.

Não é infrequente que a HH seja associada com causalidade psiquiátrica, principalmente com transtornos ligados à ansiedade. No entanto, há poucas evidências para que esta hipótese seja comprovada. Um estudo realizado por Ruchinskas *et al.*⁹ que objetivou quantificar o grau de psicopatologia em indivíduos com HH aponta para baixa incidência de psicopatologia, inclusive menor do que a observada em outras condições médicas crônicas, além de não encontrar evidências de traços de ansiedade de longa data nesses pacientes.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo realizado por anamnese e exame físico. O paciente deve apresentar suor excessivo e visível, localizado, com duração de pelo menos 6 meses e sem causa aparente. Além disso, pelo menos duas das seguintes características devem estar presentes: suor bilateral e simétrico, pelo menos um episódio por

semana, comprometimento de atividades diárias, início antes dos 25 anos de idade, histórico familiar e ausência de suor durante o sono¹⁰.

A hiperidrose palmar tem maior importância clínica, quando comparada com outras localizações, por influenciar diretamente questões escolares, sociais, afetivas e profissionais. Toda estrutura tocada pela pessoa que sofre desse problema é molhada, causando constrangimento e estranhamento por parte daqueles que desconhecem a HH, fazendo com que muitas vezes os pacientes se retraiam, evitando apertos de mão e situações sociais diversas¹⁰.



Figura 1 - hiperidrose palmar

Atualmente existem tratamentos cirúrgicos e clínicos para a HH, diferentes quanto à eficiência e eficácia, duração do efeito, efeitos colaterais e validação científica.

Até 1995, a simpatectomia cervicotorácica cirúrgica era a única alternativa terapêutica para o tratamento da HH. Embora essa terapia pudesse diminuir a sudorese, causava Síndrome de Horner, um efeito colateral frequente e não aceitável¹¹. Na segunda metade da década de

1990, as instituições começaram a realizar a simpatectomia videoassistida, abolindo quase completamente o risco da Síndrome de Horner.

A simpatectomia torácica videolaparoscópica, procedimento que consiste na retirada ou destruição de uma porção específica da cadeia simpática responsável pela inervação das glândulas sudoríparas, é o tratamento cirúrgico mais efetivo para HH por apresentar resultados funcionais duradouros, além de ser considerado um procedimento relativamente simples, pouco invasivo e com baixa morbidade¹²⁻¹⁴.

A limitação e principal complicação deste procedimento é o surgimento da sudorese compensatória, quando a sudorese antes apresentada na área primária passa a ser sentida pelo paciente em outra área do corpo, geralmente envolvendo tronco ou membros inferiores. Na maior parte dos casos é um suor menos intenso que o da área primária, acentuando-se em situações específicas como exposição ao calor, após atividade física ou em ambientes fechados e quentes.

Entretanto, o estudo de Wolosker *et al.*¹⁵ aponta incidência maior que 75% de sudorese compensatória, e em cerca de 30% desses pacientes a sudorese compensatória é intensa o suficiente para gerar insatisfação com a cirurgia.

Os tratamentos clínicos podem ser tópicos ou sistêmicos. Entre as opções terapêuticas tópicas estão o uso de antitranspirantes, cujo uso contínuo e frequente pode ocasionar alergia ou irritação local, e a aplicação da toxina botulínica, que além de ser um procedimento doloroso, principalmente nas regiões palmar e plantar, tem duração de curto período - aproximadamente 4 a 6 meses¹⁶.

O tratamento sistêmico consiste na administração de medicamentos e/ou psicoterapia. Drogas anticolinérgicas são indicadas, como é o caso da oxibutinina, que antagoniza competitivamente o receptor muscarínico da acetilcolina. Apesar de seu uso a longo prazo poder ser um limitante devido aos efeitos colaterais (boca seca, visão turva e retenção urinária são os mais comuns), baixas doses (5 mg duas vezes ao dia) podem trazer bons resultados e melhora na qualidade de vida dos pacientes^{15,17,18}.

Desde 2007, na instituição em que se desenvolveu este trabalho, pacientes com diagnóstico de HH inicialmente são tratados com cloridrato de oxibutinina, evitando assim procedimentos invasivos (simpatectomia) e incidência de hiperidrose compensatória. Estudos apontam que aproximadamente 70% dos pacientes que fizeram uso da oxibutinina obtiveram bons resultados em diferentes áreas do corpo: mãos, pés, axilas e rosto, além da ausência de hiperidrose compensatória em curto e longo prazo¹⁹.

Considerando que o principal tratamento para HH é a cirurgia e que os efeitos colaterais são significativos, a oxibutinina representa uma alternativa possível.

A indicação de psicoterapia é considerada um tratamento paliativo, visando reduzir a ansiedade, estresse e inseguranças que podem ser desencadeados pelos desconfortos causados pela sudorese excessiva, além de diminuir o estímulo cortical para o sistema nervoso autônomo¹⁵. O benefício do tratamento psicoterapêutico para pacientes com HH é uma questão que ainda não foi respondida cientificamente.

Está bem documentado o quanto a HH afeta negativamente diferentes aspectos da vida dos indivíduos, interferindo significativamente na qualidade de vida (QLV). Mundialmente, quase um terço dos pacientes com HH relatam que são frequentemente afetados, levando ao comprometimento das atividades de vida diária e profissionais^{20,21}.

Por se tratar de uma doença crônica, a HH pode levar os indivíduos a alterações de humor associados à ansiedade e depressão. Dependendo do local e intensidade da sudorese, tais sintomas podem causar constrangimento, desconforto e até mesmo graves problemas sociais, profissionais e psicológicos, por comprometerem, muitas vezes, as atividades diárias, sociais e físicas de seus portadores, afetando a qualidade de vida e podendo acarretar também prejuízos psicológicos e de relacionamentos²²⁻²⁴.

É comum que transtornos mentais tenham impacto significativo em termos de morbidade e perda de funcionalidade, além de interferir direta e negativamente na qualidade de vida dos indivíduos. Mundialmente, esses transtornos causam incapacidade em 30,8% de todos os anos vividos com a doença. A ansiedade, considerada a forma mais comum, com pelo menos um episódio durante a vida, apresenta taxa de incidência de 25% a 30%, enquanto a depressão representa a quarta causa de deficiência no mundo²⁵.

Em pacientes com doenças crônicas, sintomas de ansiedade atingem de 18% a 35%, enquanto sintomas depressivos 15% a 61%, podendo influenciar negativamente na evolução da doença de base²⁵.

Pelo fato de surgir predominantemente na infância e adolescência, faixas etárias em que há certa predisposição ao desenvolvimento de alguns tipos de psicopatologia²⁶, além de outros conflitos relacionados, a HH pode se tornar uma doença possivelmente responsável por maiores agravos à saúde mental dos seus portadores.

A prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com HH não é claramente definida. Uma revisão sistemática publicada recentemente²⁷ aborda a associação entre hiperidrose primária, depressão e ansiedade. Nesse estudo, sete trabalhos foram analisados, e a maioria concluiu que ansiedade e depressão são comumente encontradas em pacientes com HH. Os valores de ansiedade variaram de zero a 49,6%, e depressão de zero a 60%. Uma das limitações desta revisão foi o baixo número de estudos com grupos controle ou instrumentos de triagem relevantes para serem analisados, apontando para uma escassez de publicações na área e necessidade de novas pesquisas que estudem essa questão em detalhes.

Weber *et al.*²³ realizaram um estudo na Alemanha com objetivo de investigar se havia associação entre HH, ansiedade, depressão, fobia social e qualidade de vida, além de avaliar o impacto do tratamento com toxina botulínica sobre esses fatores. Concluíram que em geral paciente com HH não apresentam aumento significativo de ansiedade, depressão ou fobia social, apesar de o tratamento clínico ter impactado positivamente todos esses parâmetros analisados.

Já um estudo realizado no Brasil por Bragança²⁸, que objetivou avaliar a prevalência e grau de ansiedade e depressão em portadores de HH grave,

apontou que a HH foi responsável por uma prevalência de ansiedade maior que a descrita na população em geral e em portadores de outras doenças crônicas. A depressão apresentou baixa prevalência, e quando presente, esteve muitas vezes associada à ansiedade. Em relação ao grau de acometimento desses pacientes, a frequência foi maior nas formas leve e moderada, tanto para ansiedade como para depressão.

Outro estudo realizado com a população do Canadá e China³, com o mesmo objetivo, determinou que a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com HH foi de 21,3% e 27,2%, respectivamente, e 7,5% e 9,7% em pacientes sem HH, respectivamente. O estudo aponta para uma correlação positiva entre a gravidade da HH e a prevalência de ansiedade e depressão.

Em estudo realizado nos Estados Unidos²⁹, cerca de 75% dos entrevistados indicaram que a HH causa efeitos negativos em sua vida social e emocional. Outros relataram diminuição na eficácia das atividades laborais desempenhadas, com até 80% dos entrevistados sendo afetados e até 86% relatando impacto emocional de moderado a grave. Corroborando esses achados, estudos realizados no Brasil^{18,30,31} apontam que questões emocionais como estresse e ansiedade são fatores agravantes da HH e, conseqüentemente, interferem na qualidade de vida de seus portadores.

Contudo, devido à importância das doenças descritas e à possível relação entre a ocorrência de HH e prevalência de ansiedade e depressão, as equipes de saúde que atuam com esses pacientes devem estar atentas para um cuidado global, visando cuidar das demandas que podem se apresentar junto à queixa de sudorese excessiva.

A partir dos achados acima citados, percebe-se uma lacuna na literatura em relação a este assunto. Enquanto alguns estudos apontam para maior prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com HH, outros revelaram o contrário, apresentando informações conflitantes na literatura em relação à depressão nesses pacientes.

Embora vários estudos tenham avaliado a variação na qualidade de vida de pacientes com HH antes e após o tratamento, poucos avaliaram os sintomas de ansiedade e depressão nesses pacientes^{3,23,27,28,32-35}. Até onde se sabe, nenhum estudo analisou as mudanças nos sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida após o tratamento clínico da HH com oxibutinina.

2 OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com HH antes e após o tratamento medicamentoso com oxibutinina, analisando a relação entre a variação desses sintomas e a eficácia do medicamento em melhorar a HH.

O objetivo secundário foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes antes e após o tratamento medicamentoso com oxibutinina.

3 MÉTODOS

Este é um estudo prospectivo de centro único. De junho de 2017 a março de 2018, foram coletados dados de 81 pacientes consecutivos com HH tratados com oxibutinina. O mesmo protocolo foi usado para todos os pacientes. As únicas contraindicações para o uso de oxibutinina são hipersensibilidade ao medicamento e a presença de glaucoma de ângulo fechado. Neste estudo, não houve pacientes com essas características.

A oxibutinina foi prescrita por 5 semanas em doses progressivamente crescentes ao longo do tratamento. Na primeira consulta foram prescritos 2,5 mg de oxibutinina uma vez por dia, à noite. Essa dose foi aumentada para 2,5 mg duas vezes ao dia na segunda semana e, a partir da terceira semana, 5 mg duas vezes ao dia por 3 semanas, até o retorno médico. O único efeito adverso associado ao tratamento foi secura da boca, que foi observada em 50 casos (61,7%). Nenhum dos pacientes precisou de interrupção do tratamento.

Todos os pacientes foram avaliados em duas ocasiões: antes da prescrição da medicação e após 5 semanas de tratamento. Na primeira consulta foram convidados a preencher quatro questionários validados. Primeiramente, o suor de cada local foi quantificado por meio da Escala de Severidade da Doença da Hiperidrose (HDSS), e também analisamos o impacto negativo da HH na qualidade de vida de acordo com o protocolo

originalmente elaborado por Amir *et al.*³⁶ traduzido para o português¹². Posteriormente, os inventários de Beck de depressão e ansiedade foram usados para avaliar a sintomatologia depressiva e ansiosa.

O HDSS consiste em apenas uma pergunta, simples e direta, com quatro respostas disponíveis relacionadas à tolerância do paciente aos sintomas de HH e às implicações negativas da sudorese excessiva em suas atividades diárias.

O impacto da HH na QLV foi classificado em cinco níveis diferentes e calculado com a pontuação total somada do protocolo (variação de 20 a 100). Tal questionário consiste em 20 questões divididas em quatro domínios (funcional-social, pessoal, emocional e condições especiais), admitindo-se somente uma resposta para cada questão. Quando o total era superior a 84, a QLV foi considerada muito ruim; quando o total variou de 68 a 83, a QLV foi considerada ruim; quando o total variou de 52 a 67, a QLV foi considerada boa; quando o total variou de 36 a 51, a QLV foi considerada muito boa; e quando o total variou de 20 a 35, a QLV foi considerada excelente.

As Escalas Beck foram desenvolvidas por Aaron Beck e seus colaboradores em 1961, e é composta por quatro medidas escalares, entre elas, os Inventários de depressão (BDI) e ansiedade (BAI), que são instrumentos de autorrelato, com itens descritivos de atitudes e sintomas. O BDI e o BAI têm como objetivo mensurar a intensidade de sintomatologia depressiva e ansiosa, respectivamente, não sendo estes instrumentos indicados para diagnóstico de quadros específicos³⁷.

O BDI é indicado para sujeitos de 17 a 80 anos de idade, e composto por 21 itens, os quais se referem a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. O BAI também é indicado para indivíduos de 17 a 80 anos, é composto por 21 itens associados aos sintomas usuais de ansiedade em que o paciente descreve o nível de gravidade de cada sintoma apresentado.

A depressão foi categorizada em quatro níveis diferentes: 0 a 11 pontos, mínimo; 12 a 19, leve; 20 a 35, moderado; e 36 a 63, grave. A ansiedade também foi categorizada em quatro níveis: 0 a 10, mínima; 11 a 19, leve; 20 a 30, moderada; e 31 a 63, grave. Após 5 semanas de tratamento, os pacientes foram convidados a preencher os quatro questionários novamente.

Para o nível de sudorese, avaliado por meio do questionário HDSS, a questão foi a mesma utilizada no pré-tratamento farmacológico; no entanto, os pacientes foram orientados a responder utilizando como referência como se sentiam após o tratamento. O resultado do tratamento com oxibutinina foi analisado considerando a localização primária.

Quando não houve variação no nível de suor, considerou-se a melhora nula. Quando houve variação na escala de um nível mais alto (mais intenso) para um nível mais baixo (menos intenso), concluiu-se que houve uma melhora na HH. Com base no grau de melhora da sudorese, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo de melhora e grupo estável.

Os seguintes parâmetros foram analisados e comparados entre os grupos de melhora e estável: impacto negativo da HH na QLV antes do tratamento, melhora na QLV após o tratamento, mudanças nos níveis de ansiedade e depressão e impacto da melhora da HH nos níveis de ansiedade e depressão.

A melhora na QLV foi calculada com a pontuação total somada do protocolo e classificada em cinco níveis diferentes de satisfação: muito melhor, um pouco melhor, o mesmo, um pouco pior ou muito pior após o tratamento.

Para analisar as mudanças nos níveis de ansiedade e depressão, usamos dois métodos. Primeiramente, estudou-se a prevalência dos diferentes níveis de ansiedade e depressão no grupo antes e depois do tratamento e, em segundo lugar, estudou-se a variação nos níveis de ansiedade e depressão em cada indivíduo antes e depois do tratamento. Quando houve estabilidade, considerou-se a variação nula (0); quando os níveis pioraram, os valores foram negativos; e quando melhoraram, os valores foram positivos.

Se o nível de ansiedade ou depressão em um indivíduo aumentou ou diminuiu em um nível, foi atribuída pontuação 1; se aumentou ou diminuiu em dois níveis, atribuiu-se pontuação 2; e se aumentou ou diminuiu em três níveis, foi atribuída pontuação

3.1 Análise estatística

As características qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas e as características quantitativas por meio de medidas sumárias (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo). Os valores e níveis de ansiedade e depressão foram comparados antes e após o tratamento medicamentoso por meio de testes de Wilcoxon pareados, e a variação dos níveis de depressão entre os grupos antes e após o tratamento foram comparados por meio do teste de McNemar.

Também se utilizou o teste de Spearman para avaliar a relação entre a variação da ansiedade ou da depressão com a evolução da qualidade de vida e com a evolução da sudorese.

O nível de significância considerado para todos os testes estatísticos foi de 5%.

3.2 Ética

O protocolo utilizado para os pacientes atendeu aos padrões éticos do hospital, definidos pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4 RESULTADOS

Os dados demográficos dos pacientes são apresentados na Tabela 1. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, eutróficos (IMC de 23) e na terceira década de vida.

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes

Dados demográficos	n (%)
Masculino	24 (29,6%)
Feminino	57 (70,4%)
Idade (variação em anos)	18-66
Idade (média \pm desvio padrão, anos)	28,7 \pm 10,3
Idade (mediana, anos)	27
(IMC (média \pm desvio padrão)	24,3 \pm 4,3
IMC (mediana)	23,6
IMC (variação)	17,3-39,1

IMC: índice de massa corporal.

A HH palmar ou axilar foram as queixas mais frequentes (84,0%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Local primário de hiperidrose como queixa principal

Local	n (%)
Palmar	39 (48,2)
Axilar	29 (35,8)
Facial	6 (7,4)
Plantar	5 (6,2)
Costas e nádegas	2 (2,4)
Total	81 (100)

A melhora na HH, com base no grau de melhora da sudorese, ocorreu em 58 (71,6%) pacientes, enquanto em 23 (28,4%) pacientes não houve melhora. Nenhum paciente apresentou piora do quadro clínico.

A qualidade de vida antes do tratamento em todos os pacientes era "ruim" ou "muito ruim". Houve predomínio significativo de qualidade de vida prévia muito ruim no grupo que teve melhora da HH, conforme observado na Tabela 3 (70,1%, $p = 0,42$).

Tabela 3 - Impacto da hiperidrose na qualidade de vida antes do tratamento

QLV antes do tratamento	Resultados do tratamento da HH	
	Estável n (%)	Melhora n (%)
Excelente	0	0
Muito bom	0	0
Boa	0	0
Ruim	8 (34,7)	15 (25,8)
Muito ruim	15 (63,3)	43 (74,2)
Total	23 (100)	58 (100)

$p = 0,422$

A melhora na QLV é apresentada na Tabela 4. Nenhum paciente se queixou de piora na qualidade de vida após o tratamento. Os pacientes que apresentaram melhora nas taxas de sudorese também experimentaram uma melhora maior na QLV em comparação com os pacientes que não apresentaram melhora na sudorese no local principal (87,9% vs. 34,7%) ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Mudanças na qualidade de vida após o tratamento

Mudança na QLV	Resultados do tratamento da HH	
	Estável n (%)	Melhora n (%)
Muito melhor	0	22 (37,9)
Um pouco melhor	8 (34,7)	29 (50)
O mesmo	15 (63,3)	7 (12,1)
Um pouco pior	0	0
Muito pior	0	0
Total	23 (100)	58 (100)

$p < 0,001$

Houve maior concentração de intensidade mínima de depressão após o tratamento (75,3% vs. 66,7%, $p = 0,047$) (Tabela 5), e em 19,7% dos pacientes houve melhora na intensidade de depressão. Também houve maior concentração de intensidade mais leves de ansiedade após o tratamento (74,1% vs. 42%) (Tabela 5), e 46,9% dos pacientes apresentaram melhora na intensidade de ansiedade (Tabela 5).

Tabela 5 - Concentração de intensidade de ansiedade e depressão nos pacientes antes e após o tratamento com oxibutinina (n = 81)

Intensidade	Ansiedade		Depressão	
	Antes n (%)	Depois n (%)	Antes n (%)	Depois n (%)
Mínimo	34 (42,0)	60 (74,0)	54 (66,7)	61 (75,3)
Leve	22 (27,2)	15 (18,5)	17 (21,0)	13 (16,0)
Moderado	18 (22,2)	5 (6,2)	8 (9,9)	6 (7,4)
Grave	7 (8,6)	1 (1,2)	2 (2,5)	1 (1,2)

$p = 0,047$ teste de McNemar para intensidade de depressão.

$p < 0,001$ - teste de McNemar para intensidade de ansiedade.

A Tabela 6 mostra as variações na intensidade de ansiedade e depressão em todo o grupo após o tratamento. Houve uma ligeira melhora na depressão e uma melhora significativa na ansiedade.

Tabela 6 - Variação na intensidade de depressão e ansiedade com tratamento com oxibutinina (n = 81)

Varição	Depressão n (%)	Ansiedade n (%)
-1	2 (2,5)	2 (2,5)
0	63 (77,8)	41 (50,6)
1	14 (17,3)	24 (29,6)
2	1 (1,2)	12 (14,8)
3	1 (1,2)	2 (2,5)

O teste de correlação de Spearman não mostrou relação entre a variação da ansiedade ($p = 0,083$) ou da depressão ($p = 0,259$) e a evolução da qualidade de vida. Também não houve relação entre a variação da depressão e a evolução da sudorese ($p = 0,183$). No entanto, foi observada correlação significativa entre a variação da ansiedade a evolução da sudorese ($p = 0,015$).

5 DISCUSSÃO

A sudorese é um mecanismo fisiológico da termorregulação humana. A hiperfunção das glândulas sudoríparas, ou HH, é uma doença muito comum que afeta os jovens durante a fase de maturação³⁸. Os pacientes do presente estavam na terceira década de vida e mais de 80% deles apresentaram HH palmar ou axilar. O sexo feminino foi predominante, característica também observada em outros estudos, provavelmente porque as mulheres apresentam maior preocupação estético-social e, portanto, buscam ajuda com maior frequência^{23,28,39}.

Para avaliar objetivamente a evolução da HH, foi aplicado o questionário HDSS, amplamente utilizado na literatura³¹. A sudorese também pode ser avaliada por meio de um equipamento que mede a evaporação do suor da pele ou por medidores de suor, no entanto, acredita-se que essas máquinas não refletem o sofrimento diário de um indivíduo. A impressão do paciente é mais importante, considerando que o objetivo do tratamento é a melhora subjetiva do paciente^{40,41}.

Os resultados obtidos nesta série, considerando a melhora do suor do paciente, são congruentes com os observados na literatura. Houve melhora da sudorese em 71,6% dos pacientes, semelhante ao relatado em estudos anteriores¹².

Na instituição que foi realizado este estudo, a oxibutinina é usada como tratamento de primeira linha. Ao contrário da cirurgia, pode ser usada para tratar pacientes de todas as faixas etárias^{17,18,42,43}, de ambos os sexos³⁰ e pacientes obesos e não obesos⁴⁴. Apresenta bons resultados (melhora a sudorese em mais de 70% dos pacientes) a curto e longo prazo⁴⁵⁻⁴⁷.

Os 28,4% dos pacientes que não apresentaram melhora foram encaminhados para outras alternativas terapêuticas, principalmente a simpatectomia torácica videoassistida, sempre que o estado clínico geral fosse favorável. Um estudo realizado nesta instituição aponta que após falha do tratamento com oxibutinina, pacientes que foram submetidos ao procedimento cirúrgico, apresentam bons resultados quanto à melhora do suor e da qualidade de vida¹⁹.

Foram utilizados questionários rotineiramente como parte da avaliação clínica dos pacientes²⁰. Os questionários de qualidade de vida são ferramentas importantes para avaliar os resultados do tratamento na medicina⁴¹. O uso de questionários em pesquisas clínicas possibilita a coleta de dados de boa qualidade para avaliações diagnósticas e de acompanhamento dos pacientes⁴⁸. O efeito da transpiração excessiva na qualidade de vida também foi bem estudado. Os questionários são fáceis de aplicar e importantes por refletirem os impactos da HH na rotina dos pacientes.

Todos os pacientes do presente estudo apresentavam qualidade de vida ruim ou muito ruim antes do tratamento. Isso era esperado, uma vez que pacientes com boa qualidade de vida geralmente não procuram tratamento.

A redução da produção de suor é o principal objetivo do tratamento. Quando alcançado, geralmente leva a uma melhora na qualidade de vida, reduzindo também os impactos psicológicos, considerando-se que o suor excessivo afeta a rotina dos pacientes nos âmbitos social, emocional e laboral. Isso ocorre apesar dos efeitos colaterais, que na maioria das vezes não são considerados significativos pelos pacientes⁴⁹.

Nesta série, 85% daqueles que experimentaram melhora na sudorese no local principal apresentaram melhora na qualidade de vida, que foi significativamente melhor do que em pacientes que não apresentaram melhora na sudorese.

Além da qualidade de vida, estudada há mais de 15 anos, a HH também pode causar distúrbios psicológicos e de relacionamento nesses indivíduos^{23,50}.

Depressão e ansiedade são transtornos incapacitantes de alta prevalência na população em geral e estão associadas a uma baixa qualidade de vida⁵¹. Poucas condições médicas têm maior impacto epidemiológico global do que a depressão. É um distúrbio complexo, multifatorial, crônico, recorrente, heterogêneo e frequentemente associado a más condições médicas gerais, levando a consequências negativas⁵².

Estudos anteriores sugerem que a prevalência de depressão em indivíduos com HH é semelhante à da população em geral; entretanto, o nível de ansiedade em pacientes com HH é maior²⁸. Portanto, os aspectos psicossociais são de grande importância no manejo desses pacientes.

Até o presente estudo não se sabia se a redução na produção de suor excessivo, por meio do tratamento com oxibutinina, mudaria os níveis de depressão e ansiedade.

Observou-se que 12,4% dos pacientes apresentaram um nível de depressão considerado moderado ou alto antes do tratamento, o que reduziu para 8,6% dos pacientes após o tratamento. Essa melhora foi estatisticamente significativa, mas não foi encontrada relação estatística quando analisada se a melhora na sudorese estava relacionada à melhora na depressão.

Em relação aos sintomas ansiosos, houve uma melhora significativa. Antes do tratamento, 30,8% dos pacientes apresentavam sintomas considerados moderados ou altos, que diminuíram para 13,5% após o tratamento com oxibutinina. Essa melhora estava claramente relacionada à melhora na sudorese.

O único estudo que avalia a mudança dos sintomas de depressão e ansiedade antes e após tratamento da HH²³, mas por meio de outro método de tratamento, a toxina botulínica, corrobora com esses achados pois também observaram que a ansiedade e a depressão melhoraram após o tratamento da HH, o que pode ser explicado pela eliminação do fator gerador desses sintomas, uma vez que a HH pode ser um fator de indução e manutenção dos sintomas depressivos e ansiosos.

Além disso, ansiedade e HH possivelmente compartilham as mesmas vias etiopatogênicas e podem ter uma relação mediada pela superexcitação autonômica como uma forma de disautonomia intermitente. Estes pacientes

sofrem tanto pelos desconfortos causados pelo suor excessivo, quanto do medo de serem vistos e negativamente julgados por terceiros, podendo levar a comportamentos de evasão, isolamento social ou até mesmo estarem constantemente em alerta⁵³. Situações rotineiras, como por exemplo, escrever, usar sandália, cumprimentar, dançar, ou até mesmo estar entre amigos, pode tornar-se constrangedor ou desafiador aos portadores da HH.

Como exemplo de alteração dos níveis de ansiedade e depressão de um indivíduo após o tratamento da HH, pode-se citar um caso em que na avaliação pré-tratamento, pontuou-se 33 (grave) para ansiedade e 19 (leve) para depressão. Após 5 semanas de tratamento com oxibutinina, com melhora significativa da sudorese excessiva, a pontuação passou para 7 (mínimo) para ansiedade e 10 (mínimo) para depressão, indicando variação de 3 níveis para ansiedade e 1 para depressão.

As limitações deste estudo incluem o pequeno número de pacientes e o período de estudo relativamente curto de 5 semanas, o que não permitiu estudar o nível de sintomas psicológicos por muito tempo. O uso de um número maior de pacientes teria proporcionado um resultado mais preciso quanto à eficácia dessa medicação e nos permitiria distinguir entre pacientes com HH axilar e aqueles com HH palmar. Outros estudos envolvendo um grande grupo de pacientes tratados com oxibutinina por um período mais longo revelariam como eles evoluem com o tempo.

6 CONCLUSÕES

Pacientes com HH primária que experimentam melhora na sudorese imediatamente após o tratamento com oxibutinina apresentam melhora sem significância estatística nos níveis de depressão e melhora significativa nos níveis de ansiedade e qualidade de vida. A melhora da ansiedade está diretamente associada à melhora da sudorese.

Esses resultados enfatizam a importância de tratar a HH imediatamente após o diagnóstico, para evitar que os pacientes sofram possíveis consequências emocionais devido à HH.

7 ANEXOS

Anexo A - Escala de Severidade da Doença da Hiperidrose – HDSS**O meu suor:**

1	Não é perceptível e nunca interfere com minhas atividades do dia a dia.
2	É tolerável mas às vezes interfere com minhas atividades do dia a dia.
3	É pouco tolerável e frequentemente interfere com minhas atividades do dia a dia.
4	É intolerável e sempre interfere com minhas atividades do dia a dia.

Anexo B - Questionário de qualidade de vida em Hiperidrose

- 1) Em geral, você diria que sua qualidade de vida, em relação a Hiperidrose, antes do tratamento foi:

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

- 2) Comparado com o período antes do seu tratamento, você poderia classificar sua qualidade de vida, pelo menos 30 dias após o tratamento como:

Muito melhor	1
Um pouco melhor	2
A mesma coisa	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

- 3) Domínio de funcional/social: sobre o grupo de funções ou aspectos abaixo, você poderia classificar sua qualidade de vida nos seguintes itens como:

	Antes do tratamento	Após o tratamento
Escrever	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fazer atividades com as mãos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hobbie favorito	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Praticar esportes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Segurar objetos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Apertar a mão (pessoas)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Estar entre amigos (lugares públicos)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dançar socialmente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

- 4) Domínio pessoal: sobre o seu parceiro, como você classificaria sua qualidade de vida em relação a:

	Antes do tratamento	Após o tratamento
Segurar as mãos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Toques íntimos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Relações sexuais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

- 5) Domínio emocional: como você classificaria o fato de, após você suar excessivamente:

	Antes do tratamento	Após o tratamento
Você ter que se justificar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Outras pessoas demonstraram rejeição	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

- 6) Domínio de circunstância especial: como você classificaria sua qualidade de vida quando está:

	Antes do tratamento	Após o tratamento
Em locais fechados/quentes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tenso ou preocupado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pensando sobre o assunto	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Antes de um teste/falando em público	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Vestindo sandálias/descalço	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Vestindo roupas coloridas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tendo problemas na escola/trabalho	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Total:	_____	_____
---------------	-------	-------

Antes do tratamento: 20 (excelente) – 100 (muito ruim)

Depois do tratamento: 20 (muito melhor) – 100 (muito pior)

Anexo C - Inventário de Depressão das Escalas Beck – BDI



Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
--	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
 Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
 BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo D - Inventário de Ansiedade das Escalas Beck – BAI



Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Têmulos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensação de desmaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rosto afogueado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suor (não devido ao calor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

8 REFERÊNCIAS

1. Lear W, Kessler E, Solish N, Glaser DA. An epidemiological study of hyperhidrosis. *Dermatol Surg.* 2007;33(1 Spec No.):S69-75.
2. Stashak AB, Brewer JD. Management of hyperhidrosis. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2014;7:285-99.
3. Bahar R, Zhou P, Liu Y, Huang Y, Phillips A, Lee TK, Su M, Yang S, Kalia S, Zhang X, Zhou Y. The prevalence of anxiety and depression in patients with or without hyperhidrosis (HH). *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1126-33.
4. Munia MAS. *Comparação dos resultados obtidos no tratamento de hiperidrose axilar pela simpatectomia torácica videotoracoscópica nos níveis de desnervação: T3-T4 versus T4* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
5. De Oliveira FRG. *Análise morfométrica de neurônios de gânglios simpáticos torácicos de pacientes com e sem hiperidrose primária palmar* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.
6. Ro KM, Cantor RM, Lange KL, Ahn SS. Palmar hyperhidrosis: evidence of genetic transmission. *J Vasc Surg.* 2002;35(2):382-6.

7. Adar R, Kurchin A, Zweig A, Mozes M. Palmar hyperhidrosis and its surgical treatment: a report of 100 cases. *Ann Surg.* 1977;186(1):34-41.
8. Edmondson RA, Banerjee AK, Rennie JA. Endoscopic transthoracic sympathectomy in the treatment of hyperhidrosis. *Ann Surg.* 1992;215(3):289-93.
9. Ruchinkas RA, Narayan RK, Meagher RJ, Furukawa S. The relationship of psychopathology and hyperhidrosis. *Br J Dermatol.* 2002;147(4):733-5.
10. Kauffman P. Primary hyperhidrosis. In: Loureiro M, Campos J, Wolosker N, Kauffman P. (eds). *Hyperhidrosis*. São Paulo: Springer; 2018. Chap. 4, p. 27-32.
11. Salim EF, Ali GA. Impact of thoracoscopic T2 sympathectomy on patients with primary palmar and axillary hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg.* 2018;106(4):1032-7.
12. de Campos JR, Kauffman P, Werebe Ede C, Andrade Filho LO, Kusniek S, Wolosker N, Jatene FB. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg.* 2003;76(3):886-91.
13. Ribas Milanez de Campos J, Kauffman P, Wolosker N, Munia MA, de Campos Werebe E, Andrade Filho LO, Kusniek S, Biscegli Jatene F, Krasna M. Axillary hyperhidrosis: T3/T4 versus T4 thoracic sympathectomy in a series of 276 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006;16(6):598-603.

14. Soares TJ, Dias PG, Sampaio SM. Impact of video-assisted thoracoscopic sympathectomy and related complications on quality of life according to the level of sympathectomy. *Ann Vasc Surg.* 2020;63:63-67.e1.
15. Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P. A randomized placebo-controlled trial of oxybutynin for the initial treatment of palmar and axillary hyperhidrosis. *J Vasc Surg.* 2012;55(6):1696-700.
16. Ishy A, de Campos JR, Wolosker N, Kauffman P, Tedde ML, Chiavoni CR, Jatene FB. Objective evaluation of patients with palmar hyperhidrosis submitted to two levels of sympathectomy: T3 and T4. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011;12(4):545-8.
17. Wolosker N, Schvartsman C, Krutman M, Campbell TP, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leão P. Efficacy and quality of life outcomes of oxybutynin for treating palmar hyperhidrosis in children younger than 14 years old. *Pediatr Dermatol.* 2014;31(1):48-53.
18. Wolosker N, Kauffman P, de Campos JRM, Faustino CB, da Silva MFA, Teivelis MP, Puech-Leão P. Long-term results of the treatment of primary hyperhidrosis with oxybutynin: follow-up of 1,658 cases. *Int J Dermatol.* 2020;59(6):709-15.
19. Lembrança L, Wolosker N, de Campos JRM, Kauffman P, Teivelis MP, Puech-Leão P. Videothoracoscopic sympathectomy results after oxybutynin chloride treatment failure. *Ann Vasc Surg.* 2017;43:283-7.

20. Wolosker N, Yazbek G, de Campos JR, Munia MA, Kauffman P, Jatene FB, Puech-Leao P. Quality of life before surgery is a predictive factor for satisfaction among patients undergoing sympathectomy to treat hyperhidrosis. *J Vasc Surg*. 2010;51(5):1190-4.
21. Hamm H. Impact of hyperhidrosis on quality of life and its assessment. *Dermatol Clin*. 2014;32(4):467-76.
22. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(2):241-8.
23. Weber A, Heger S, Sinkgraven R, Heckmann M, Elsner P, Rzany B. Psychosocial aspects of patients with focal hyperhidrosis. Marked reduction of social phobia, anxiety and depression and increased quality of life after treatment with botulinum toxin A. *Br J Dermatol*. 2005;152(2):342-5.
24. Horslen LC, Wilshire CL, Louie BE, Vallières E. Long-term impact of endoscopic thoracic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg*. 2018;106(4):1008-12.
25. Bragança GM, Lima SO, Pinto Neto AF, Marques LM, Melo EV, Reis FP. Evaluation of anxiety and depression prevalence in patients with primary severe hyperhidrosis. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):230-5.
26. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155(6):715-25.

27. Kristensen JK, Vestergaard DG, Swartling C, Bygum A. Association of primary hyperhidrosis with depression and anxiety: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(1):adv00044.
28. Braganca GMF. *Avaliacao da prevalência de ansiedade e depressao em pacientes com hiperidrose primária grave* [dissertação]. Universidade Tiradentes. Sergipe; 2012.
29. Doolittle J, Walker P, Mills T, Thurston J. Hyperhidrosis: an update on prevalence and severity in the United States. *Arch Dermatol Res.* 2016;308(10):743-9.
30. Wolosker N, Krutman M, Campdell TP, Kauffman P, Campos JR, Puech-Leão P. Oxybutynin treatment for hyperhidrosis: a comparative analysis between genders. *Einstein (Sao Paulo).* 2012;10(4):405-8.
31. Varella AY, Fukuda JM, Teivelis MP, Campos JR, Kauffman P, Cucato GG, Puech-Leão P, Wolosker N. Translation and validation of Hyperhidrosis Disease Severity Scale. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2016;62(9):843-47.
32. Gross KM, Schote AB, Schneider KK, Schulz A, Meyer J. Elevated social stress levels and depressive symptoms in primary hyperhidrosis. *PLoS One.* 2014;9(3):e92412.
33. Lessa Lda R, Luz FB, De Rezende RM, Durães SM, Harrison BJ, De Menezes GB, Fontenelle LF. The psychiatric facet of hyperhidrosis: demographics, disability, quality of life, and associated psychopathology. *J Psychiatr Pract.* 2014;20(4):316-23.

34. Li DC, Hulbert A, Waldbaum B, Ober C, Hooker CM, Huang P, Molena D, Yang SC, Ito T, Perry-Parrish C, Brock MV. Endoscopic thoracic sympathectomy for primary focal hyperhidrosis: impact on psychosocial symptomatology and psychotropic medication use. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2018;54(5):904-11.
35. López-López D, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Rodríguez-Sanz D, Palomo-López P, Calvo-Lobo C. Relationship between depression scores and degree of skin perspiration: a novel cross-sectional study. *Int Wound J.* 2019;16(1):139-43.
36. Amir M, Arish A, Weinstein Y, Pfeffer M, Levy Y. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hyperhidrosis (excessive sweating): preliminary results. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2000;37(1):25-31.
37. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: a systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics (Sao Paulo).* 2013;68(9):1274-87.
38. Wolosker N, Faustino CB, de Campos JRM, Kauffman P, Yazbek G, Fernandes PP, Cucato G. Comparative analysis of the results of videothoracoscopic sympathectomy in the treatment of hyperhidrosis in adolescent patients. *J Pediatr Surg.* 2020;55(3):418-24.

39. Wolosker N, Munia MA, Kauffman P, Campos JR, Yazbek G, Puech-Leão P. Is gender a predictive factor for satisfaction among patients undergoing sympathectomy to treat palmar hyperhidrosis? *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(6):583-6.
40. Sakiyama BY, Monteiro TV, Ishy A, Campos JR, Kauffman P, Wolosker N. Quantitative assessment of the intensity of palmar and plantar sweating in patients with primary palmoplantar hyperhidrosis. *J Bras Pneumol*. 2012;38(5):573-8.
41. Wolosker N, Ishy A, Yazbek G, Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P, Jatene FB. Objective evaluation of plantar hyperhidrosis after sympathectomy. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(3):311-5.
42. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, Schvartsman C, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leão P. Long-term efficacy of oxybutynin for palmar and plantar hyperhidrosis in children younger than 14 years. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):663-7.
43. Faustino CB, Milanez de Campos JR, Kauffman P, Leiderman DD, Tedde M, Cucato G, Fernandes PP, Leão PP, Wolosker N. Analysis of the results of videotoracoscopic sympathectomy in the treatment of hyperhidrosis in patients 40 years or older. *Ann Vasc Surg*. 2020;65:107-12.

44. Wolosker N, Krutman M, Kauffman P, Paula RP, Campos JR, Puech-Leão P. Effectiveness of oxybutynin for treatment of hyperhidrosis in overweight and obese patients. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2013;59(2):143-7.
45. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, de Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P. Long-term results of oxybutynin treatment for palmar hyperhidrosis. *Clin Auton Res*. 2014;24(6):297-303.
46. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leão P. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Vasc Surg*. 2014;28(5):1106-12.
47. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leão P. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of plantar hyperhidrosis. *Int J Dermatol*. 2015;54(5):605-11.
48. Nardi A. Comentarios do debatetor: escalas de avaliacao de ansiedadade. *Rev Psiq Clin*. 1998;6:331-3.
49. Huang L, Jiang H, Wei D, Xue Q, Ding Q, Hu R. A comparative study of thoracoscopic sympathectomy for the treatment of hand sweating. *J Thorac Dis*. 2019;11(8):3336-40.

50. Aguilar-Ferrándiz ME, Moreno-Lorenzo C, Matarán-Peñarrocha GA, Castro-Sanchez AM, Peralta-Ramirez MI, Ruiz-Villaverde R. Effects of tap water iontophoresis and psychological techniques on psychosocial aspects of primary palmar hyperhidrosis. *Eur J Dermatol.* 2011;21(2):256-8.
51. Reisner SL, Katz-Wise SL, Gordon AR, Corliss HL, Austin SB. Social epidemiology of depression and anxiety by gender identity. *J Adolesc Health.* 2016;59(2):203-8.
52. Aragão TA, Coutinho Mda P, de Araújo LF, Castanha AR. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Cien Saude Colet.* 2009;14(2):395-405.
53. de Oliveira Andrade MG. Psychiatric features in hyperhidrosis. In: Loureiro M, Campos J, Wolosker N, Kauffman P. (eds) *Hyperhidrosis.* Springer: Cham; 2018. Chap. 8, p. 53-56.