



Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos*

Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units

Ansiedad y depresión en familiares de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos

Marina Rumiko Maruiti¹, Luzia Elaine Galdeano², Olga Guilhermina Dias Farah³

RESUMO

Objetivo: Identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos e correlacionar a presença desses sintomas com o sexo e idade de familiar e com o tempo de internação dos pacientes.

Métodos: Fizerem parte da amostra 39 familiares de pacientes em estado crítico de saúde. Para coleta de dados foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. **Resultados:** Foram identificados 11 (28,2%) possíveis casos de ansiedade, 17 (43,6%) prováveis casos de ansiedade, 14 (35,9%) possíveis casos de depressão e 7 (17,9%) prováveis casos de depressão. **Considerações finais:** O suporte emocional e a satisfação das necessidades dos familiares devem ser prioridades no plano de assistência de enfermagem, de forma a prevenir esses transtornos.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Relações profissional-família; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Objective: to identify the occurrence of symptoms of anxiety and/or depression in relatives of patients admitted in an intensive care unit and correlate the presence of such symptoms with the relatives' gender, age, and with the total length of the patient's hospital stay.

Methods: The sample consisted of 39 relatives of critical patients. The Hospital Anxiety and Depression Scale was used for data collection.

Results: 11 (28.2%) possible cases of anxiety, 17 (43.6%) probable cases of anxiety, (35.9%) possible cases of depressions and 7 (17.9%) probable cases of depression were identified. **Final Considerations:** The emotional support and satisfaction of the relatives' necessities must be prioritized in the nursing care plan to prevent such disorders.

Keywords: Anxiety; Depression; Professional-family relations; Intensive care units

RESUMEN

Objetivo: Identificar la ocurrencia de síntomas de ansiedad y /o depresión en familiares de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos y correlacionar la presencia de esos síntomas con el sexo y edad del familiar y con el tiempo de internamiento de los pacientes.

Métodos: Hicieron parte de la muestra 39 familiares de pacientes en estado crítico de salud. Para la recolección de los datos fue utilizada la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. **Resultados:** Fueron identificados 11 (28,2%) posibles casos de ansiedad, 17 (43,6%) probables casos de ansiedad, 14 (35,9%) posibles casos de depresión y 7 (17,9%) probables casos de depresión. **Consideraciones finales:**

El soporte emocional y la satisfacción de las necesidades de los familiares deben ser prioridades en el plan de asistencia de enfermería, de forma a prevenir esos trastornos.

Descriptores: Ansiedad; Depresión; Relaciones profesional-familia; Unidades de terapia intensiva

* Trabalho realizado na sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Albert Einstein - HIAE - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Enfermeira da Empresa AxisMed - Gestão Preventiva de Saúde de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

² Pós-graduanda em Enfermagem pelo Programa Interunidades - EE/ EERP - USP; Professora da Faculdade de Enfermagem do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein - HIAE - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutora em Enfermagem, Gerente de Ensino do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein - HIAE - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A constatação de uma doença em um indivíduo adulto, que desempenha papéis bem definidos na família, e a sua hospitalização podem gerar desequilíbrio em toda a estrutura familiar⁽¹⁻²⁾.

A hospitalização acarreta a quebra do vínculo familiar, levando o paciente e familiares a vivenciarem profundas mudanças em suas vidas. Durante essa fase, é comum ocorrerem alterações de papéis e sentimentos de medo e insegurança que podem precipitar crises⁽²⁾.

O medo da morte, as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel e a quebra de rotina podem gerar ansiedade e depressão em alguns membros da família⁽³⁾.

O enfermeiro, normalmente envolvido com o cuidado e com o atendimento das necessidades do paciente, pode não perceber a angústia, o medo e o sofrimento vivenciados pelos familiares. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e de confiança com a família. Para tanto, é necessário que esses profissionais se comuniquem de forma adequada, a fim de retirar dúvidas e satisfazer a necessidade de informação dos familiares⁽⁴⁾.

A falta de informação e a incerteza podem causar apreensão e ansiedade. Em um estudo nacional⁽⁴⁾, cujo objetivo foi identificar as necessidades dos familiares de pacientes que se encontram em unidade de terapia intensiva (UTI), as autoras concluíram que as necessidades relatadas com maior frequência foram: ter a certeza que o paciente está recebendo o melhor tratamento (89,7%), saber fatos concretos sobre o progresso do paciente (84,6%) e saber exatamente o que está sendo feito para o familiar (82,1%). Esses resultados refletem a necessidade do ser humano do sentir-se seguro e ter a certeza de que tudo irá correr bem, uma vez que a dúvida é fonte de sentimentos desagradáveis como a ansiedade e a angústia⁽⁴⁾.

A literatura sobre os níveis de ansiedade e depressão em familiares de pacientes hospitalizados é escassa. Não foram identificados estudos nacionais que realizaram a mensuração e avaliação dessas alterações psicológicas em familiares de pacientes que se encontram em unidades de cuidados intensivos. Foram encontradas pesquisas nas quais foram mensurados os sintomas da ansiedade e da depressão em diferentes populações, como em acompanhantes e em pacientes que serão submetidos a cineangiografia⁽²⁾, ou em mães de neonatos pré-termo hospitalizados⁽⁵⁾.

A avaliação e a identificação de sinais indicativos de ansiedade e de episódios depressivos em familiares de pacientes internados constituem uma importante função do enfermeiro, visto que familiares extremamente ansiosos ou deprimidos podem não suportar a pressão imposta pela hospitalização e pela doença, e começar a transferir

seus medos, suas preocupações e tristezas para o paciente (o que pode interferir de forma negativa no tratamento)⁽⁴⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de pacientes internados na UTI, e correlacionar a presença desses sintomas com o sexo e idade do familiar e com o tempo de internação do paciente.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido na sala de espera da UTI de um hospital geral, particular, de grande porte, situado na zona Sul do Município de São Paulo.

Fizeram parte da amostra 39 familiares de pacientes que se encontravam internados na UTI.

Os critérios para inclusão no estudo foram: ser adulto, possuir familiar (independente do grau de parentesco) internado na UTI há pelo menos 24 horas e concordar, voluntariamente, em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo (Anexo A) foi constituído de duas partes. A primeira refere-se a um questionário para registro de dados para caracterização da amostra e a segunda à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)⁽⁶⁾, validada e traduzida para a língua portuguesa⁽⁷⁾. Esta escala está constituída de duas subescalas, sendo uma para ansiedade e outra para depressão. Cada subescala é composta por sete questões de múltipla escolha. Para cada questão existem quatro possibilidades de resposta, cada qual com uma pontuação que varia de 0 a 3. O escore total da HADS varia de 0 a 21 pontos (sendo 0 a 21 para ansiedade e 0 a 21 para depressão).

O índice de confiabilidade (coeficiente alfa) da HADS, segundo Smarr⁽⁸⁾, pode variar entre 0,78 a 0,93 para a ansiedade e 0,82 a 0,90 para a depressão. A sensibilidade e a especificidade dessa escala, quando aplicadas em acompanhantes, são respectivamente de: 78,2% e 69,6% para identificar a ansiedade e de 73,6% e 72,9% para identificar a depressão⁽⁸⁾.

A interpretação dos escores da HADS foi feita seguindo o referencial metodológico adotado⁽⁶⁾. Desse modo, a pontuação entre 0 a 7 foi interpretada *não caso* de depressão ou ansiedade; a pontuação entre 8 a 10 como possível caso e a pontuação entre 11 a 21 como provável caso⁽⁶⁾.

Entende-se por “provável”, algo que se pode provar, algo que possui aparência de verdadeiro⁽⁹⁾. Logo, neste estudo, prováveis casos de ansiedade e/ou depressão significaram os casos nos quais os familiares apresentaram sinais importantes dessas alterações, isto é, apresentaram sinais que poderiam ser confirmados, a partir de análises complementares.

A palavra “possível” pode ser entendida como algo que pode ser ou acontecer⁽¹⁰⁾. Neste estudo, possíveis casos de ansiedade e/ou depressão corresponderam aos casos

nos quais a ansiedade e/ou a depressão poderiam ser confirmadas caso houvesse aumento da intensidade ou da quantidade dos sinais e sintomas identificados.

A coleta de dados foi realizada na primeira quinzena de setembro de 2005, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde o estudo foi realizado. Os familiares foram convidados a participar no estudo, após terem realizado a visita ao paciente.

Após a coleta de dados, as variáveis foram codificadas e armazenadas em um banco de dados realizado a partir do aplicativo MS Excel XP.

A análise estatística foi realizada mediante a utilização do programa estatístico Statcal Package for Social Science (SPSS), versão 15.0. Os dados de caracterização da amostra foram analisados de forma descritiva. As variáveis qualitativas foram resumidas em frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas foram expressas em médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos.

Para a análise comparativa entre as variáveis foi utilizado o teste T-Student e o teste exato de Fisher (no caso de variáveis qualitativas). O nível de significância adotado foi 0,05.

RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dados referentes a caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização de familiares de pacientes internados em UTI. São Paulo, 2005

Caracterização	n	%
Sexo		
Feminino	28	71,8
Masculino	11	28,2
Grau de instrução		
Superior	18	46,1
Ensino Médio completo	14	35,9
Ensino Fundamental completo	4	10,3
Outros	3	7,7
Religião		
Cristianismo	26	66,7
Sem resposta	8	20,5
Espiritismo	5	12,8
Tipo de parentesco		
Filho(a)	17	43,6
Companheiro(a)	6	15,4
Irmão(ã)	5	12,8
Neto(a)	5	12,8
Sobrinho(a)	2	5,1
Outros	4	10,3

Participaram do estudo 39 familiares com média de idade de 42 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 79. O desvio padrão identificado para a idade foi de 15,3 anos.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que a maioria

dos familiares (71,8%) era do sexo feminino.

Em relação ao grau de instrução, destaca-se que 18 (46,1%) familiares possuíam curso superior e 14 (35,9%), o ensino médio completo.

Quanto ao grau de parentesco, o(a) filho(a) foi identificado com maior frequência, representando 43,6% do total da amostra.

O tempo médio de internação dos pacientes relacionados aos familiares em estudo foi de 41,6 dias, sendo o tempo mínimo 24 horas e o máximo 90 dias. O desvio padrão foi de 29,1 dias.

A seguir apresenta-se a interpretação dos escores da HADS identificados em familiares de pacientes internados em uma unidade de cuidados críticos.

Tabela 2 - Familiares de pacientes internados em UTI, segundo a interpretação dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. São Paulo, 2005

Alterações psicológicas	Ansiedade		Depressão	
	n	%	n	%
Interpretações				
Não caso (0 a 7 pontos)	11	28,2	18	46,2
Possível caso (8 a 10 pontos)	11	28,2	14	35,9
Provável caso (acima de 11 pontos)	17	43,6	7	17,9

Observa-se na Tabela 2 que ao somar o número de possíveis casos de ansiedade (11) com o número de prováveis casos (17), obtém-se 28 familiares (71,8%). Em relação à depressão, observa-se que a soma dos prováveis casos com possíveis equivale a 21 familiares (53,8%). Esses resultados mostram que a maioria da amostra apresentou sinais sugestivos das alterações psicológicas em estudo.

A seguir apresenta-se a distribuição dos integrantes da amostra segundo o tipo de parentesco e a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão.

Tabela 3 - Tipo de parentesco segundo presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão. São Paulo, 2005

Tipo de parentesco	n	Sintomas de ansiedade		Sintomas de depressão	
		n	%	n	%
Filho(a)	17	13	76,5	9	52,9
Companheiro(a)	6	4	66,6	5	83,3
Irmão(ã)	5	4	80,0	4	80,0
Neto(a)	5	2	40,0	-	-
Sobrinho(a)	2	1	50,0	1	50,0
Outros	4	4	100,0	2	50,0

Observa-se na Tabela 3 elevado número de familiares com sintomas de ansiedade e de depressão.

De acordo com o teste exato de Fisher não houve diferença estatisticamente significativa entre o sexo do familiar e a presença de sintomas de ansiedade ($p=0,11$) e/ou de depressão ($p=0,28$).

Considerou-se a existência de sintomas de ansiedade

e de depressão quando a pontuação no HADS foi igual ou superior a 8.

Na análise de correlação entre o tempo de internação do paciente e a presença de sintomas de ansiedade obteve-se, pelo teste T-Student, $p=0,40$. Na correlação entre o tempo de internação do paciente e a presença de sintomas de depressão obteve-se $p=0,10$. Estes resultados indicaram não haver relação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

No caso da variável idade, o teste T-Student também mostrou não haver relação estatisticamente significativa com a presença de sintomas de ansiedade ($p=0,30$) e/ou de depressão ($p=0,25$).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, pode-se dizer que a maioria dos familiares apresenta potencialidade para acessar e compreender informações e adquirir novos conhecimentos, visto que em relação ao grau de instrução 18 (46,1%), fizeram o curso superior e 14 (35,9%) o ensino médio completo. A partir desses resultados pode-se inferir que a maioria dos familiares apresenta condições para entender os processos de doença e de hospitalização pelos quais passam o seu familiar e também para criar mecanismos de enfrentamento adequados.

Observa-se na Tabela 1 que 8 (20,5%) dos familiares não responderam o item religião, contido no instrumento. Sabe-se que a hospitalização de um familiar pode fazer com que alguns membros da família apresentem problemas relacionados à religião, podendo alterar sua espiritualidade. Nesses momentos podem ocorrer mudanças como a conversão religiosa, o aumento das crenças, o abandono da religião e a perda ou questionamento da fé.

A doença e a hospitalização podem produzir, nos familiares, conflitos de crenças e valores. Associadas a essas alterações de valores encontram-se a religiosidade e espiritualidade que foram investigadas nesse estudo por fornecerem dados relacionados à forma pelas quais os familiares obtêm apoio e suporte necessários para o enfrentamento dessas experiências.

Segundo a Tabela 1, a maioria dos familiares (79,5%) segue uma religião, sendo 26 (66,7%) cristãos e cinco (12,8%) espíritas. A espiritualidade e a religião são consideradas, para muitas pessoas, agentes tranquilizadores que minimizam o estresse e a ansiedade. Cientificamente são consideradas formas de enfrentamento (ou coping) do estresse.

De acordo com a Tabela 2, observa-se que 11 (28,2%) familiares constituem possíveis casos de ansiedade e 17 (43,6%) prováveis casos de ansiedade.

A ansiedade pode ser definida como um sentimento de apreensão, de natureza vaga, caracterizado por sensações de incerteza e de impotência. Constitui uma experiência individual

e subjetiva, normalmente decorrente de uma situação desconhecida ou de uma experiência nova. Essa nova situação ou experiência pode ser tanto agradável (como, por exemplo, o nascimento de um filho), como desagradável (como a doença e hospitalização de um familiar)⁽¹¹⁾.

A elevada percentagem de familiares com provável ansiedade, como mostra a Tabela 2, constitui um resultado que reforça o fato de que eventos estressores constituem fatores preditivos de ansiedade⁽¹²⁾.

A relação de eventos estressores com o surgimento de transtornos de ansiedade e de depressão foi identificada em outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Segundo alguns pesquisadores, para os eventos estressores acarretarem sintomas de ansiedade e/ou depressão é necessário que haja uma predisposição genética para a ocorrência dessas alterações psicológicas. Estudos demonstram que as capacidades individuais de interpretar e de enfrentar os eventos estressores são geneticamente influenciadas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Um outro aspecto a ser considerado é o tempo que o paciente está doente e/ou internado na unidade de terapia intensiva e, conseqüentemente, o tempo que o familiar está vivenciando este evento estressor. Segundo a literatura, quanto maior a exposição ao estressor mais intensa a sintomatologia da ansiedade e/ou depressão⁽¹⁵⁾. No entanto, nesse estudo, o teste T-Student mostrou não haver relação entre as variáveis tempo de internação e presença de sintomas de ansiedade ($p=0,40$) e de depressão ($p=0,10$).

O enfermeiro deve reconhecer precocemente os sinais e sintomas da ansiedade, implementar estratégias de prevenção e tentar amenizar os eventos estressores, visto que a ansiedade, a tensão e apreensão do familiar podem ser transmitidas ao paciente e interferir nas suas condições de saúde, alterando o seu quadro clínico⁽³⁾.

Durante o processo de identificação da ansiedade é fundamental que o enfermeiro considere a cultura da pessoa, uma vez que existe uma variação cultural considerável na expressão da ansiedade. Em algumas culturas, a ansiedade é expressa predominantemente por sintomas somáticos, e em outras, por sintomas cognitivos⁽¹⁶⁾.

Analisando a Tabela 2, observa-se que foram identificados 7 (17,9%) prováveis casos de depressão e 14 (35,9%) possíveis casos. Estes dados devem ser levados em consideração por especialistas na área da Psicologia e Psiquiatria no intuito de prevenir maiores transtornos e prejuízos à saúde mental dos familiares.

Os episódios depressivos caracterizam-se por humor que varia de irritável ao triste. A pessoa deprimida experimenta pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite ou peso (normalmente reduzidos), alteração de sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar e se concentrar ou pensamentos recorrentes sobre morte, incluindo ideação suicida, plano ou tentativa de suicídio⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A elevada percentagem de possíveis casos de depressão, apresentada na Tabela 2, constitui um dado importante, uma vez que se trata de um transtorno que ainda não existe, mas que pode tornar-se real, se não foram tomadas medidas necessárias. Dentre essas medidas encontram-se a satisfação das necessidades biológicas, psicossociais e espirituais desses familiares.

Nos familiares nos quais se identificou possível ou provável caso de depressão é primordial que sejam investigadas outras características do transtorno, entre elas a diminuição da execução de atividades diárias, a diminuição do prazer em realizar atividades antes consideradas prazerosas, o humor deprimido, a tristeza, a agitação ou a prostração⁽¹⁸⁾.

Além das características da depressão, deve-se analisar a extensão do tempo em que os sintomas são observados. De acordo com a literatura⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, para caracterizar depressão os sintomas devem persistir na maior parte do tempo, durante praticamente todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas.

Pessoas deprimidas normalmente são tristes, desencorajadas, possuem humor deprimido (observado a partir da expressão facial e da postura corporal) e relatam, com frequência perda de interesse ou de prazer na execução de atividades anteriormente consideradas prazerosas. Associadas a esses sintomas existem as alterações psicomotoras que incluem agitação e retardo psicomotor (pensamento ou movimentos corporais lentificados, tom de voz baixo, fala diminuída ou mutismo)⁽¹⁷⁾.

Os resultados encontrados neste estudo são similares aos encontrados mediante a utilização da HADS⁽¹⁹⁾ em que, os pesquisadores identificaram que 73,4% dos familiares avaliados apresentavam sintomas de ansiedade e que 35,4% apresentavam sintomas de depressão.

Na Tabela 3 pode-se observar o elevado número de familiares que apresentaram sintomas de ansiedade e de depressão. Na literatura, a relação entre ansiedade e depressão vem sendo relatada, principalmente em idosos⁽²⁰⁻²¹⁾. Alguns sintomas são comuns aos dois tipos de transtornos como, por exemplo, a irritabilidade, a alteração no sono e no apetite, a dificuldade de concentração e a diminuição da memória. Essa similaridade de sintomas pode dificultar a definição do diagnóstico⁽²²⁾.

Em um estudo⁽¹⁸⁾ foram identificadas semelhanças para a vulnerabilidade na ocorrência de ansiedade e

depressão, no entanto, os fatores identificados como “responsáveis” por essa predisposição diferiram. Nesse estudo, observou-se que os fatores relacionados à ocorrência da depressão se referiam à perda (morte) de um amigo ou familiar. Já, os fatores relacionados à ocorrência de ansiedade, referiam-se ao desenvolvimento de uma doença grave e/ou hospitalização⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à ansiedade foram identificados 11 (28,2%) possíveis casos e 17 (43,6%) prováveis casos.

Quanto à depressão foram identificados 14 (35,9%) possíveis casos e sete (17,9%) prováveis casos de depressão.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e idade do familiar e a presença de sintomas de ansiedade e/ou de depressão. O mesmo ocorreu com a variável tempo de internação do paciente.

Esse estudo não teve como objetivo identificar a depressão e/ou a ansiedade. Sabe-se que a confirmação diagnóstica dessas alterações depende de avaliações não só fisiológicas ou comportamentais, mas também culturais, cognitivas e afetivas.

Sendo a HADS uma escala simples, de fácil preenchimento e validada para a cultura brasileira, constitui uma importante ferramenta de trabalho do enfermeiro, que pode utilizá-la para identificar possíveis e prováveis casos ansiedade e/ou depressão em diferentes grupos de pessoas e em diferentes situações. A identificação de traços ou “pistas” desses transtornos em familiares pode indicar a necessidade da avaliação de um especialista em diagnóstico e tratamento de sintomas de ansiedade e depressão e a necessidade de suporte e apoio emocional de toda a equipe de saúde.

Tendo em vista a importância do tema, sugere-se a realização de estudos mais amplos, envolvendo maior número de familiares, para que seja possível analisar de forma mais profunda e detalhada o fenômeno em questão.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar a assistência de enfermagem no desenvolvimento de intervenções direcionadas à família e no estabelecimento de programas de treinamento e qualificação da equipe de enfermagem para melhor atender os familiares e os acompanhantes.

REFERÊNCIAS

1. Vila VSC. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.
2. Grazziano ES, Bianchi ERF. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiogramas e de seus acompanhantes. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(2):168-74.
3. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse*. 2002;22(6):61-5.
4. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):37-43.
5. Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):251-4.

6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
7. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD] *Rev Saude Publica.* 1995;29(5):355-63. Portuguese.
8. Smarr KL. Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care & Res.* 2003; 49(S5): S134-S146.
9. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. Provável, p. 2320.
10. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva 2001. Possível, p. 2271.
11. Stuart GW. Respostas de ansiedade e transtornos de ansiedade de enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. In: Stuart GW, Laraia MI, organizadores. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.* 6a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2001. p.305-30.
12. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003; 25 (Supl 1):65-74.
13. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry.* 2001;179:116-21.
14. Silberg J, Pickles A, Rutter M, Hewitt J, Simonoff E, Maes H, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(3):225-32.
15. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(8):726-32.
16. Ballone GJ. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internet]. [citado 2007 Maio 30]. Available from: http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php
17. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. CID-10-Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10a ed.rev. Vol. 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado 2007 Maio 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>
18. Stuart GW. Respostas emocionais e transtornos de humor de enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. In: Stuart GW, Laraia MI, organizadores. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.* 6a ed. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 2001. p.380- 416.
19. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit. patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* 2001;29(10):1893-7.
20. Galdino JMS. Ansiedade, depressão e coping em idosos [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
21. Sheikh JI. Anxiety in older adults. Assessment and management of three common presentations. *Geriatrics.* 2003;58(5):44-5.
22. de Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, Van Dyck R, Van Tilburg W. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br J Psychiatry.* 2001;179:426-31.

Anexo A - Instrumento de coleta de dados

Parte 1 - Dados de identificação

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____
 Grau de instrução: () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio completo () Superior
 () Outros _____ Religião: _____
 Tipo de parentesco com o paciente: _____
 Tempo de internação do paciente: _____

Parte 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Essa escala foi traduzida por Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD] *Rev Saude Publica.* 1995; 29(5):355-63. Portuguese.

Este questionário tem como objetivo identificar como o Sr(a) está se sentindo.

O(a) Sr(a) deverá ler todas as frases e marcar com um "X" a resposta que melhor corresponde a como o(a)

Sr(a) tem se sentido **na última semana**.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A	Eu me sinto tenso ou contraído:
3	() A maior parte do tempo
2	() Boa parte do tempo
1	() De vez em quando
0	() Nunca
D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
0	() Sim, do mesmo jeito que antes
1	() Não tanto quanto antes
2	() Só um pouco
3	() Já não sinto mais prazer em nada
A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3	() Sim, e de um jeito muito forte
2	() Sim, mas não tão forte
1	() Um pouco, mas isso não me preocupa
0	() Não sinto nada disso.

D 0 1 2 3	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: () Do mesmo jeito que antes () Atualmente um pouco menos () Atualmente bem menos () Não consigo mais
A 3 2 1 0	Estou com a cabeça cheia de preocupações: () A maior parte do tempo () Boa parte do tempo () De vez em quando () Raramente
D 3 2 1 0	Eu me sinto alegre: () Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () A maior parte do tempo
A 0 1 2 3	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: () Sim, quase sempre () Muitas vezes () Poucas vezes () Nunca
D 3 2 1 0	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: () Quase sempre () Muitas vezes () De vez em quando () Nunca
A 0 1 2 3	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: () Nunca () De vez em quando () Muitas vezes () Quase sempre
D 3 2 1 0	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: () Completamente () Não estou mais me cuidando com eu deveria () Talvez não tanto quanto antes () Me cuido do mesmo jeito que antes
A 3 2 1 0	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: () Sim, demais () Bastante () Um pouco () Não me sinto assim
D 0 1 2 3	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: () Do mesmo jeito que antes () Um pouco menos que antes () Bem menos do que antes () Quase nunca
A 3 2 1 0	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: () A quase todo momento () Várias vezes () De vez em quando () Não sinto isso
D 0 1 2 3	Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: () Quase sempre () Várias vezes () Poucas vezes () Quase nunca