**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ENFRENTAMENTO EM PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL
ANXIETY, DEPRESSION AND COPING IN PATIENTS IN A GENERAL
HOSPITAL**

Samantha Nunes[✉], Mino Rios, Adsson Magalhães & Shirley Costa

Núcleo de Pesquisa em Psicologia (NUPPSI) - Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos-
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador- Bahia- Brasil.

RESUMO- Este estudo buscou avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes internados em um hospital geral e investigar os modos de enfrentamento mais comumente utilizados durante o adoecimento, além de averiguar a associação entre estas variáveis. Para a obtenção dos dados foram utilizados um *Questionário Socioeconômico* (QS), a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HAD) e a *Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas* (EMEP). Foram avaliados 141 pacientes internados em enfermarias das diversas clínicas médicas, 35,46% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade, 12,1% apresentaram sintomas de depressão. Foi observada associação significativa entre a presença de sintomas ansiosos e depressivos ($r=0,43$, com $p<0,001$). Quanto ao estilo de enfrentamento do adoecimento mais adotado o mais prevalente foi religiosidade, seguido de foco no problema e suporte social. O modo de enfrentamento baseado na emoção correlacionou-se positivamente com presença de sintomas ansiosos e depressivos ($r=0,41$, com $p<0,001$). Os resultados do estudo demonstram a importância em avaliar a presença e interferência de fatores emocionais durante o internamento hospitalar.

Palavras-chave- Hospital, ansiedade, depressão, enfrentamento.

ABSTRACT- This study aimed to evaluate the presence of anxiety and depression symptoms in patients admitted in a general hospital and to investigate ways of coping most commonly used during the illness investigate the association between these variables. To obtain data, we used a Socioeconomic Questionnaire (SQ), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and Ways of Coping (EMEP). We interviewed 141 patients hospitalized in different wards of the medical clinics; 35.46% of patients had symptoms of anxiety, 12.1% had symptoms of depression. Significant association was observed between the presence of anxious and depressive symptoms ($r=0.43$; $p<0.001$). The style of coping most adopted was religion, most prevalent, followed by focus on the problem and social support. The mode of emotion-based coping was positively correlated with the presence of anxious and depressive symptoms ($r=0.41$; $p<0.001$). The study results demonstrate the importance of assessing the presence and interference of emotional factors during hospitalization.

[✉] Samantha Nunes- Núcleo de Pesquisa em Psicologia (NUPPSI) - Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos- Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Rua do Meio, 126, Rio Vermelho, Salvador-BA, Brasil. CEP- 41.940-426. Telefone e fax: 55 71 3335-6555. E-mail: samanthanunes@hotmail.com

Keywords- Hospital, anxiety, depression, coping.

Recebido em 01/de Março de 2012/ Aceite em 14 de Outubro de 2013

O adoecimento pode originar fatores de risco psicossociais e biológicos tornando o indivíduo vulnerável ao desequilíbrio emocional e ao surgimento de sintomas psicopatológicos. Botega (2002) cita como alguns destes fatores a frustração na realização de desejos e necessidades, o agravamento de conflitos intrapsíquicos, a inadequação dos mecanismos de defesa, a perda de sentimento de auto-estima, a alteração da imagem corporal, a ruptura do ciclo sono-vigília, uso de medicamentos e de procedimentos, bem como o isolamento social. Campos (2003) salienta como aspectos importantes durante o processo de adoecimento, a dificuldade de ajustamento, ocasionando sofrimento, sensação de abandono e medo do desconhecido (Campos, 2003).

Nesse contexto sentimentos de ansiedade e depressão são especialmente comuns e são aspectos proeminentes de muitas condições médicas (Yudofsky & Hales, 2006), visto que são respostas esperadas ao estresse e podem ser um estímulo necessário à adaptação ou ao enfrentamento (*coping*) de situações inesperadas (Botega, 2002).

Alguns autores conceituam o enfrentamento como sendo todos os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, de controle das demandas internas ou externas específicas, que são avaliadas como excedendo ou fatigando o recurso do sujeito (Lazarus & Folkman, 1984). Desse modo, passa a ter duas funções básicas, a de modificar a relação da pessoa com o ambiente e adequar a resposta emocional ao problema. A primeira função centra-se no problema, exigindo uma postura ativa de aproximação em relação ao agente estressor, já o segundo, centra-se na emoção, e pode representar atitudes de afastamento em relação aos agentes causadores de estresse (Lazarus & Folkman, 1984).

Às vezes, existe uma complementaridade entre as estratégias, de modo que a forma de utilizar as estratégias de enfrentamento é determinada, em grande parte, por recursos pessoais (físicos, psicológicos, competências, habilidades sociais, etc.) e presentes no ambiente (Gimenes, 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar quais os modos de enfrentamento utilizados pelos pacientes internados em um Hospital Geral, correlacionando os dados a sintomas ansiosos e depressivos e às características gerais da população pesquisada.

MÉTODOS

Participantes

Foram convidados a participar do estudo pacientes internados em um Hospital Universitário da cidade de Salvador-BA, provenientes das enfermarias de Cardiologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia, Hepatologia, Infectologia, Oftalmologia, Ortopedia e Urologia. O motivo de internamento em todas as clínicas citadas é heterogêneo, incluindo quadros agudos, crônicos, pré e pós-cirúrgico e realização de exames e procedimentos complexidade variada.

A amostra final foi composta por 141 sujeitos, 57,4% (81) do sexo feminino, 42,6% (60), masculino com idades entre 21 a 78 anos ($DP=15,65$), com média de idade de 48,36 anos. Acerca do estado civil 27% são solteiros, 50,3% convivem com companheiro, 16% separados e 6,4% viúvos. Cerca de 25% dos pacientes possui mais de 3 filhos. Os pacientes foram originados na mesma proporção da capital (48,9%) e do interior do estado (48,9%), e uma minoria (1,4%) de outros estados.

De forma geral 8,5% dos participantes eram analfabetos, 24% concluíram o ensino médio e 34% ingressaram no ensino primário. Entre os pacientes internados 40,4% recebem algum benefício do INSS, 13,5% estão desempregados e 32,6% realizam alguma atividade laboral. A renda mensal de 44% da amostra é de até um salário mínimo e 14,9 % não possui renda.

Sobre as crenças religiosas 69,5% da amostra caracterizou-se predominantemente como católica e 24,8% como evangélica.

No que diz respeito ao tempo de internação, observou-se grande oscilação, sugerindo um grupo altamente heterogêneo. Houve variação entre 1 a 152 dias de internamento com um desvio padrão de pouco mais de 19 e média de quase 11 dias de internamento.

Material

O protocolo aplicado a cada paciente consistiu do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), *Questionário Socioeconômico* (QS), *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HAD) e *Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas* (EMEP); todos validados para a cultura brasileira. A HAD e a EMEP são questionários de auto-relato, entretanto nos casos de pacientes não alfabetizados ou com alguma restrição à leitura, houve auxílio para tanto.

A HAD (Botega *et al.*, 1995) consta de 14 itens, sete para ansiedade e sete para depressão definidos com base nos sintomas identificados para o diagnóstico de quadros de ansiedade e depressão, previstos pelo DSM-IV (APA, 1995). O ponto de corte utilizado foi o mesmo indicado por Zigmond e Snaith (1993): 0 a 8 – sem ansiedade/depressão, acima de 9 – com ansiedade/depressão.

A EMEP é um instrumento adaptado e validado para a população brasileira (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Trata-se de um questionário com resposta tipo Likert de cinco pontos. É composta de 45 itens, que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A versão adaptada e validada da EMEP para a população brasileira identifica quatro modos de enfrentamento: **1**) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema: composta por 18 itens que englobam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucionar o problema; **2**) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção: composta por 15 itens que incluem reações emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados para a solução mágica do problema, respostas de esquiva e reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio; **3**) Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado: composta por 7 itens que abarcam pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema; e **4**) Busca de Suporte Social: composta por 5 itens que representam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação.

O QS foi elaborado pelos autores do estudo para ter acesso a informações específicas de cada paciente. Continha questões sobre data de admissão, tempo de internamento, enfermaria

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ENFRENTAMENTO

que estava internado, CID, idade, sexo, número de filhos, religião, estado civil, escolaridade, situação laboral, renda e cidade de residência.

Procedimentos

O projeto que originou este artigo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia sob parecer de número 52/2011. Cada paciente foi entrevistado individualmente para preenchimento de todos os questionários.

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0.

RESULTADOS

A população estudada revelou certo nível de diversidade para as escalas de depressão e ansiedade, indicando razoável variação em termos tanto do grau de ansiedade, quanto do grau de depressão. Nesse caso, vale ressaltar que o grau de ansiedade apresenta indícios menos favoráveis, uma vez que seu grau de heterogeneidade sugere a possibilidade de mais sujeitos acometidos por sintomas patológicos ($DP=4,02$) (QUADRO 1).

A amostra estudada apresentou maiores índices de ansiedade (35,46%) do que de sintomas depressivos (12,1%).

Foram investigadas as estratégias utilizadas pelos pacientes no enfrentamento do adoecimento. O modo de enfrentamento mais presente é através do modo Práticas religiosas/Pensamento Fantasiado ($M=4,01$; $DP=0,64$), seguido pelo Foco no Problema e Busca de Suporte Social, muito próximos em seus valores médios ($M=3,95$; $DP=0,52$; e $M=3,46$; $DP=0,84$, respectivamente). Finalmente, a estratégia menos freqüente refere-se ao Foco na Emoção ($M=2,45$; $DP=0,58$) (QUADRO 1).

QUADRO 1

Dados da HAD e EMEP em média e desvio padrão.

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
HAD		
Ansiedade	7,32	4,01
Depressão	5,39	3,29
EMEP		
Problema	3,94	0,51
Emoção	2,45	0,58
Religião/Fantasia	4,00	0,63
Suporte Social	3,46	0,83

A presença de sintomas de ansiedade e sintomas de depressão se correlacionou de maneira significativa ($r=0,43$; $p<0,001$). Dessa forma a presença de sintomas de ansiedade associa-se à presença de sintomas depressivos e vice-versa.

Além disso, analisando a associação dos estilos de enfrentamento com as dimensões de ansiedade e depressão, observou-se a ansiedade correlacionada positivamente com o estilo

emoção ($r=0,41$; $p<0,001$), verificando-se que quanto maior a ênfase dada à experiência emocional no curso da doença, maior a probabilidade de sintomas ansiosos e vice-versa.

Em termos das associações entre o fator depressão e as estratégias de enfrentamento, percebe-se uma associação também significativa com o modo de enfrentamento baseado na Emoção ($r=0,27$; $p<0,001$), a exemplo do verificado em relação à ansiedade. Outras duas associações foram verificadas em relação aos sintomas depressivos. A primeira refere-se ao foco no Problema. Nesse caso, a associação indica que quanto maior o foco no problema, menos provável a presença de sintomas depressivos ou, talvez, quanto mais sintomas depressivos, menos provável a adoção de estratégias focadas no problema ($r=-0,18$; $p<0,05$).

Os dados mais controversos, contudo, couberam ao foco na Prática religiosa/Pensamentos fantasiosos. Em relação a essa estratégia, obtivemos associação positiva ($r=0,20$; $p<0,01$), indicando que quanto maior a adoção de estratégias dessa natureza, mais provável a existência de sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

Assim como a ansiedade, a depressão é bastante prevalente não só na população geral, mas também em pacientes hospitalizados. Alguns autores (Botega, 2002; Yudofsky & Hales, 2006) referem taxas de 20 a 30%, que são superiores às taxas encontradas no presente estudo, no qual a ansiedade foi mais prevalente (Ansiedade = 35,46%; Depressão = 12,1 %).

Em estudo realizado com a HAD por Botega *et al.* (1995), foi encontrada a presença de sintomas de ansiedade em 20,5% dos casos e 33% de sintomas de depressão entre pacientes de uma enfermaria de clínica médica. A prevalência de sintomas depressivos neste estudo também foi maior quando comparada ao estudo atual.

Os pacientes avaliados apresentaram como característica prevalente de enfrentamento do adoecimento a estratégia baseada em Práticas Religiosas/Pensamentos fantasiosos. Esta foi seguida de enfrentamento Focado no Problema e Busca de Suporte social. Devido o seu nível de dispersão, os resultados sobre o uso do Suporte Social como estratégia de enfrentamento, vale destacar que pode-se inferir que o grupo é bastante heterogêneo na adoção desse tipo de estratégia, que representa a busca de apoio instrumental, emocional ou de informação.

Os dados encontrados apontam que os pacientes entrevistados, em sua maioria enfrentam o adoecimento a partir de pensamentos e comportamentos religiosos e sentimentos de esperança e fé como recurso para o restabelecimento da saúde e controle do seu futuro. Os modos de enfrentamento com Foco no problema e Suporte social não apresentaram correlação com sintomas depressivos e ansiosos, o que sugere que estas estratégias aparentam ser mais adaptativas para lidar com o adoecimento.

Além deste recurso também focalizam o problema numa tentativa de solucioná-lo a partir de recursos próprios, estabelecendo condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Este fator inclui também itens que envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo mais positivo.

A correlação entre os sintomas depressivos e os sintomas de ansiedade é de alguma forma esperada. Além de diversos estudos apontarem uma correlação significativa entre ansiedade e depressão (Axelson & Birmaher, 2001; Brady & Kendall, 1992; Burns & Eidelson, 1998),

existe também uma associação lógica. Seja em termos de pacientes mais depressivos manifestarem um foco mais efetivo nas emoções (ainda que negativas), seja devido ao foco nas emoções favorecer uma vivência mais intensa daquilo que se sente no contexto de internamento.

A associação entre o uso de aspectos religiosos e sintomas depressivos chama atenção em função de literatura destacar a importância do *coping* religioso como fator de proteção para indivíduos em diversas situações estressoras (Paiva, 1998a; 1998b). Nesse caso, duas interpretações podem ser feitas acerca do dado obtido. A primeira delas refere-se à possibilidade do internado interpretar a situação vivenciada como um desvio pessoal ou alguma falha sua no seu processo de subjetivação do adoecimento em si. A segunda pode estar associada à busca do suporte religioso acontecer justamente no momento de sentimentos depressivos, o que justificaria que isso fosse verificado com maior intensidade justamente junto aos pacientes com maior incidência dos sintomas depressivos. Nesse caso, vale destacar que a correlação, ainda que significativa, não apresenta força elevada.

Os dados deste estudo indicaram a valores de sintomatologia ansiosa e depressiva acima dos valores apontados em estudos supracitados. Ambas as expressões sintomatológicas podem interferir na evolução de diversos quadros de saúde.

Os resultados do estudo demonstram a importância em avaliar a presença e interferência de fatores emocionais durante o internamento hospitalar, bem como das suas conseqüências na saúde geral do indivíduo.

O fato de o estudo ter sido efetuado em corte transversal não assegura inferências sobre o impacto longitudinal dessas mesmas estratégias. Desse modo, percebe-se a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da evolução e desenvolvimento de aspectos relacionados ao enfrentamento e a respostas emocionais de pacientes internados, investigando, principalmente, quais os efeitos em longo prazo que podem surgir do período de e hospitalização.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*, 67-78. doi:10.1002/da.1048
- Botega, N. J., Furlanetto, L. M., & Fráguas, R. (2002). Depressão. In N.J.Botega, (Ed.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (pp. 225-246). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública, 29*, 359-363. doi: 10.1590/S0034-891019950005000004
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111*, 244-255. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x

- Burns, D. D., & Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 461-473. doi:10.1037/0022-006X.66.3.461
- Campos, T. C. P. (2003). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Gimenes, M. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In M. G. G. Gimenes (Ed.), *A mulher e o câncer* (pp. 111-147). Campinas: Psy.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). The Concept of Coping. In R. Lazarus, & S. Folkman, Eds.). *Stress, appraisal and coping* (pp. 117-139). New York: Springer.
- Mayberg, H. S., Keightley, M., Mahurin, R. K., & Brannan, S. K. (2006). Aspectos neuropsiquiátricos dos transtornos afetivos e do humor. In S.C. Yudofsky, & R.E. Hales, (Eds.). *Neuropsiquiatria e neurociências: na prática clínica* (4 ed.), (pp. 839-860). Porto Alegre: Artmed.
- Paiva, G. J. (1998a). AIDS, Psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14*, 27-34. doi: 10.1590/S0101-60832007000700016
- Paiva, G. J. (1998b). Estudos psicológicos da experiência religiosa. *Temas em Psicologia, 6*, 153-160. doi: 10.1590/S0103-166X2007000100011
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa, 17*, 225-234. doi:10.1590/S0102-37722001000300004