



UNIVERSIDADE SANTO AMARO – UNISA

PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LILIAN ELIZABETH CASSIA LEITE LADESSA

**FATORES PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EM IDOSOS INTERNADOS E
MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO NA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA**

São Paulo

2017

LILIAN ELIZABETH CASSIA LEITE LADESSA

**FATORES PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EM IDOSOS INTERNADOS E
MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO NA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carolina Nunes França.

Co-orientador: Prof. Dr. Lúcio Garcia de Oliveira

São Paulo

2017

L156f Ladessa, Lilian Elizabeth Cassia Leite

Fatores psicológicos identificados em idosos internados e mecanismos de enfrentamento na relação saúde-doença / Lilian Elizabeth Cassia Leite Ladessa. – São Paulo, 2018.

74 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2018.

Orientador(a): Prof. Dra. Carolina Nunes França

Co-orientador: Prof. Dr. Lúcio Garcia de Oliveira

1. Idoso. 2. Saúde do idoso. 3. Transtornos mentais. 4. Atenção terciária à saúde I. França, Carolina Nunes, orient. II. Oliveira, Lúcio Garcia de, co-orient. III. Universidade Santo Amaro. IV. Título.

Elaborado por Janice Toledo dos Santos – CRB8 / 8391

Autorizo a disponibilização do texto integral por meio impresso ou eletrônico desta Dissertação na Base de Dados da Biblioteca Milton Soldani Afonso a título de divulgação da produção científica da Universidade Santo Amaro.

LILIAN ELIZABETH CASSIA LEITE LADESSA

FATORES PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EM IDOSOS INTERNADOS E MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO NA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA

Dissertação apresentada à UNISA – Universidade Santo Amaro para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Nunes França

Co- orientador: Prof. Dr. Lúcio Garcia de Oliveira

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Jane

Instituição: Universidade Santo Amaro

Assinatura: _____

Prof. Dr. Túlio

Instituição: Universidade Federal de

São Paulo

Assinatura: _____

CONCEITO FINAL: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico e agradeço esta Dissertação de Mestrado primeiramente ao Supremo Deus e a Meishu Sama pela permissão de realizar este trabalho e por estar presente a cada segundo na minha vida. Acredito que não cai uma folha da árvore sem permissão Divina.

Ao meu pai, Nelson Leite (*in memorian*) e minha mãe Aládia Leite (*in memorian*), que foram meus modelos de ética, trabalho, carinho e amor incondicional. Se estivessem presentes, ficariam muito felizes em participar deste momento tão especial de minha vida.

Aos meus filhos, Caio e Igor, que incentivaram, apoiaram desde o início e entenderam em muitos momentos minha ausência para a concretização desse sonho.

Ao Sérgio Roberto de Lucca Ladessa que, mesmo distante, incentivou o início dessa jornada, acreditando que não tem idade para realizar um sonho.

Ao amigo e companheiro de trabalho, Lucio de Oliveira Garcia, que incentivou desde o processo seletivo e posteriormente aceitou o desafio de ser meu co-orientador nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à Profa. Dra. Carolina Nunes França, minha orientadora, professora, pesquisadora e profissional competente, por ter acreditado e confiado em mim, mesmo diante de tantas dificuldades apresentadas. Por ter utilizado além de conhecimento, firmeza, compreensão e doçura que tanto colaboraram para minha formação profissional.

Meus agradecimentos sinceros ao Prof. Dr. Lúcio Garcia de Oliveira, co-orientador, amigo, que com sua competência e experiência profissional, investiu seu tempo, com paciência, compreensão e sabedoria para que esse trabalho fosse possível.

Agradeço também aos professores da UNISA, em especial a Profa. Dra. Jane de Eston Armond, Profa. Dra. Patricia Colombo de Souza, Prof. Dr. Tulio Konstantyner que foram importantes colaboradores.

Ao Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) pela definição do cálculo amostral e à Profa. Dra. Lúcia Pereira Barroso, do Instituto de Matemática e Estatística (IME), também da USP, pelo importante auxílio com a análise estatística dos resultados.

À minha coordenadora, Simone Correa da Silva, do setor de Psicologia do Hospital Fernando Mauro Pires da Rocha (HFMPR) que me ofereceu a oportunidade de ser preceptora do programa de residência multiprofissional, o que propiciou concorrer à vaga de Mestrado, além do apoio afetivo e profissional durante a realização desse trabalho.

Agradeço com carinho às pessoas entrevistadas que tornaram possível a realização desse trabalho científico.

“É o tempo que determina o valor de todas as coisas”

Meishu-Sama

RESUMO

Introdução: O adoecimento não faz parte do projeto de vida, logo, é comum que cause um forte impacto à pessoa enferma. O período de hospitalização é vivenciado pela pessoa internada de acordo com seus aspectos de personalidade, histórico de vida, contexto social, recursos emocionais, dentre outros, podendo ser sentido de forma desadaptativa. Nesse contexto, a pessoa idosa pode apresentar fragilidade emocional e menor nível de resiliência durante a hospitalização, aumentando as chances de desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas como ansiedade, depressão e comportamentos agressivos. **Objetivo Geral:** Avaliar a saúde mental de uma amostra de pacientes idosos internados em Hospital Geral. **Métodos:** Estudo epidemiológico, observacional, de corte transversal, realizado com amostra probabilística de 213 pacientes idosos internados em uma enfermaria de Hospital Municipal Geral na cidade de São Paulo. Foram incluídos os pacientes que estivessem conscientes e organizados e sem diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico. Os pacientes foram solicitados a responder um questionário sobre características demográficas, bem como escalas para a avaliação de sua saúde mental, a citar: (1) sofrimento psicológico (SRQ- 20); (2) estresse percebido (EEP), (3) Escala de Modos de Enfrentar Problemas (EMEP), (4) Escala de Depressão e Ansiedade em Hospitais (HAD), (5) Atividades da vida básica e instrumental (índice de Katz). O desempenho nessas escalas e outras variáveis foram comparados entre pacientes com e sem sintomas de transtornos psiquiátricos, depressão e/ou de ansiedade, de acordo com a escala HAD; a diferença entre os grupos foi assumida quando $p < 0,05$. **Resultados:** Dentre os pacientes incluídos na análise, 51,7% eram homens, sendo que 64,7% apresentaram pelo menos algum sintoma de transtorno psiquiátrico, seja ele depressivo ou ansioso. Os pacientes com algum sintoma de transtorno psiquiátrico não diferiram dos demais quanto a gênero ($p=0,396$), idade ($p=0,855$), anos de escolaridade ($p=0,971$), estado civil ($p=0,187$), renda familiar ($p=0,752$), religião ($p=0,086$), dias de internação na instituição ($p=0,122$), dias de internação na enfermaria ($p=0,615$), bem como número de internações prévias ($p=0,120$). Entretanto, esses pacientes relataram maior sofrimento psíquico ($p < 0,001$) e maior número de sintomas de estresse ($p < 0,001$) que seus pares que não pontuaram para qualquer tipo de sintoma de transtorno psiquiátrico. **Conclusões:** Transtornos psiquiátricos devem ser avaliados como parte de protocolo de rotina desde o momento da internação do paciente em hospitais gerais. A alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade aqui estimada sugere a avaliação rotineira de sintomas psiquiátricos em pacientes idosos admitidos em Unidade Hospitalar. Detectar precocemente esses sintomas permite manejar o impacto da saúde mental de uma internação como forma de diminuir o sofrimento psíquico e de sintomas de estresse possibilitando uma maior qualidade de vida, além de contribuir para uma possível redução do período de internação ou reinternações posteriores.

Palavras-chave: idoso; saúde do idoso; serviços de saúde para idosos; transtornos mentais; atenção terciária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The sickness is not part of the life project, therefore, it is common that it causes a strong impact to the sick person. The hospitalization period is experienced by the person hospitalized according to their aspects of personality, life history, social context, emotional resources, among others, and can be felt in a maladaptive way. In this context, the elderly person may present emotional fragility and a lower level of resilience during hospitalization, increasing the chances of developing psychiatric comorbidities such as anxiety, depression and aggressive behaviors. **Objective:** To evaluate the mental health of a sample of elderly patients hospitalized in General Hospital. **Methods:** Cross - sectional, observational, epidemiological study with a probabilistic sample of 213 elderly patients hospitalized in a General Hospital Hospital in the city of. Patients who were conscious and organized and without previous diagnosis of psychiatric disorder were included. Patients were asked to answer a questionnaire about demographic characteristics as well as scales for the evaluation of their mental health, to mention: (1) psychological distress (SRQ-20); (2) perceived stress (EEP), (3) Scale of Modes of Facing Problems (EMEP), (4) Hospital Depression and Anxiety Scale (HAD), (5) Basic and instrumental life activities. The performance in these scales and other variables were compared between patients with and without symptoms of psychiatric disorders, depression and / or anxiety, according to the HAD scale; the difference between the groups was assumed when $p < 0.05$. **Results:** Among the patients included in the analysis, 51.7% were men, and 64.7% had at least some symptom of psychiatric disorder, be it depressive or anxious. ($P = 0.396$), age ($p = 0.855$), years of schooling ($p = 0.971$), marital status ($p = 0.187$), family income ($p = (P = .026)$), hospital days ($P = .122$), days of hospitalization ($P = .615$), and number of previous hospitalizations ($p = 0.120$). However, these patients reported greater psychic distress ($p < 0.001$) and greater number of stress symptoms ($p < 0.001$) than their unpaired peers for any type of psychiatric disorder symptom. **Conclusions:** Psychiatric disorders should be evaluated as part of a routine protocol from the moment of the patient's hospitalization in general hospitals. The high prevalence of depression and anxiety symptoms here estimated suggests the routine evaluation of psychiatric symptoms in elderly patients admitted to the Hospital Unit. Early detection of these symptoms allows the management of the mental health impact of hospitalization as a way to reduce psychic distress and stress symptoms, enabling a higher quality of life, as well as contributing to a possible reduction in the period of hospitalization or subsequent readmissions

Keywords: elderly; health of the elderly; health services for the elderly; mental disorders; tertiary health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –Descrição sociodemográfica, ocupacional e socioeconômica dos pacientes entrevistados

Figura 02 –Descrição das condições de internação dos pacientes entrevistados

Figura 03 – Descrição da pontuação em cada uma das escalas pelos pacientes entrevistados

Figura 04 –Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis numéricas levantadas.

Figura 05 –Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis numéricas levantadas.

Figura 06 –Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis de saúde mental levantadas

ABREVIATURAS

- ABVD** – Atividades Básicas de Vida Diária
- AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária
- BA** – Bahia
- CSP** – Pacientes com sintomas psiquiátricos
- DP** – Desvio - padrão
- EEP** – Escala de Estresse Percebido
- EMEP**- Escala de Modos de Enfrentar Problemas
- EUA** – Estados Unidos da América
- HAD** – Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- SM** – Salário Mínimo
- SSP** – Pacientes sem sintomas psiquiátricos
- SRQ20** – Self Reporting Questionnaire
- SUS** - Sistema Unico de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- WHO** - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 O envelhecimento populacional.....	17
2.2 O adoecimento	18
2.3 Transtornos psiquiátricos nos idosos.....	20
2.3.1 Depressão.....	20
2.3.2 Ansiedade.....	21
2.4 Recursos de enfrentamento.....	23
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4. MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 População do estudo.....	26
4.3 Descrição do Hospital.....	26
4.4 Descrição da Enfermaria onde foi realizada a pesquisa.....	26
4.5 Amostragem e cálculo do tamanho amostral.....	27
4.5.1 Tipos de Amostragem.....	27
4.5.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	27
4.6 Instrumentos de pesquisa.....	28
4.6.1 Informações demográficas e ocupacionais (Anexo 1).....	28
4.6.2 Escala de sofrimento psíquico SRQ-20 (Anexo 2).....	29

4.6.3 Escala de estresse percebido EEP (Anexo 3).....	29
4.6.4 Escala de Modos de Enfrentar Problemas EMEP (Anexo 4).....	29
4.6.5 Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais HAD (Anexo 5)	31
4.6.6 Atividades Básicas de Vida Diária ABVDs (Anexo 6).....	31
4.6.7 Atividades Instrumentais da Vida Diária AIVDs (Anexo 7).....	31
4.7 Coleta de dados.....	32
4.8 Análise dos dados.....	33
4.8.1 Divisão dos participantes em grupos.....	33
4.8.2 Análise propriamente dita.....	34
4.9 Aspectos Éticos.....	34
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSSÃO.....	44
7. CONCLUSÕES.....	48
8. REFERÊNCIAS.....	49
9. ANEXOS.....	55

1. INTRODUÇÃO

Diversos são os fatores que podem ser estudados para que se possa analisar o contexto vivenciado pelo sujeito na relação saúde-doença. Nesse sentido, cada pessoa experiencia a internação hospitalar conforme sua história de vida. ¹

O envelhecimento traz transformações biopsicossociais que podem prejudicar a maneira como o indivíduo encara as diversidades da vida.¹ Nesse cenário, a pessoa idosa pode apresentar maior fragilidade emocional e uma redução no nível de resiliência para enfrentar a situação de adoecimento e, sobretudo, a situação de internação hospitalar. ²

Transtornos psiquiátricos como a depressão e a ansiedade são frequentes em ambientes de internação, especialmente entre os idosos, o que pode vir a piorar a situação clínica da pessoa, seu prognóstico, o retorno para o domicílio e a sua reinserção na comunidade. ²

Pensando nisso, entende-se que a identificação do desenvolvimento de sofrimento psicológico do paciente internado, na forma de transtornos mentais e/ou estresse emocional, precisa ser identificada precocemente durante a permanência no hospital, evitando desdobramentos negativos no seu processo de recuperação. Some-se a isso o fato de que, se negligenciadas e, portanto, não devidamente tratadas, essas enfermidades podem ser os indicadores de uma morbidade que causa danos não apenas aos idosos, mas também aos seus familiares; o resultado disso é um alto custo para toda a sociedade. ^{1,3}

Sobretudo, torna-se importante investigar as formas de enfrentamento da internação hospitalar por pessoas idosas, especialmente a possibilidade de diferenças de enfrentamento entre pessoas com e sem sintomas indicativos de transtornos psiquiátricos, para que então alternativas de sucesso sejam replicadas por profissionais da equipe de saúde hospitalar a pacientes com sofrimento emocional mais significativo.^{1,4,5}

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O envelhecimento populacional

No Brasil, passa a ser considerado como idoso o indivíduo de idade igual ou superior a sessenta anos.⁶ Estima-se que há 23 milhões de brasileiros com mais de 60 anos, concentrados em sua maioria nas regiões Sudeste e Sul do país.⁷ A expectativa para 2020 é que 10% da população será constituída por idosos.^{7,8} Ainda nesse sentido, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2002, foi registrado o maior índice de longevidade no país, de forma que se espera que no ano de 2050 o Brasil tenha quase dois bilhões de pessoas idosas.⁹

Considerando os aspectos sociais e econômicos, é importante ressaltar que o envelhecimento da população brasileira é heterogêneo.^{7,10} Os idosos de renda elevada envelhecem nos mesmos padrões dos idosos de países desenvolvidos, enquanto os de baixa renda, com pouca estrutura e qualidade de vida, estão mais suscetíveis a desenvolverem doenças.^{7,10}

Preocupante é notar que a longevidade populacional tem trazido o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como consequência, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é responsável por 62% das causas de morte por motivo conhecido.^{10,11} Logo, a probabilidade de desenvolvimento de uma doença crônica e não-transmissível tem sido aumentada com o envelhecimento,^{8,10,12} de tal forma que a prevalência de doenças cardíacas, câncer, doença vascular encefálica, gripe, pneumonia, diabetes e aterosclerose têm sido mais frequentemente diagnosticadas entre os idosos.¹²

Já no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 74% das mortes são por doenças crônicas não infecciosas, sendo que o maior índice está entre os idosos.^{8,10,11} As alterações biológicas somadas às desigualdades sociais têm

produzido um processo de envelhecimento marcado por enfermidades e agravos, com um número alto de idosos acometidos por doenças crônicas.^{8,10}

Devido ao índice elevado de doenças crônicas entre os idosos, pesquisas têm apontado um impacto funcional sobre a realização de tarefas da vida cotidiana por eles.¹² No entanto, sugere-se que esse declínio funcional não esteja associado apenas a fatores isolados, mas a aspectos sociais, econômicos e físicos complexos.⁷

Some-se a isso a ocorrência de doenças neuropsiquiátricas entre os idosos, entre elas os transtornos mentais e comportamentais. Um transtorno é definido pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como um conjunto reconhecível de sintomas ou comportamentos clinicamente associado a significativo sofrimento e interferência das funções pessoais.¹² Nesse cenário, entende-se por fragilidade uma maior vulnerabilidade do indivíduo ao enfrentar as diversidades do cotidiano, enfrentando os desafios do próprio ambiente ou na redução da capacidade de enfrentamento.^{13,14} Logo, é comum que o sofrimento emocional decorrente da dificuldade de enfrentamento de uma dada situação cause o aparecimento de comorbidades como ansiedade, depressão e comportamentos agressivos.¹

2.2. O adoecimento

O adoecimento causa um forte impacto na vida do ser humano em seu aspecto físico e psicossocial uma vez que, dentre outras razões, não faz parte do projeto de vida das pessoas.¹

A necessidade de internação, por conta desse adoecimento, faz com que a pessoa interrompa a rotina diária, causando-lhe a perda temporária da função social, tornando-se vulnerável ao diagnóstico, aos sintomas da enfermidade, às condutas médicas e às regras da instituição, que acabam por lhe gerar uma série de sentimentos e a ansiedade sobre o futuro.²

Some-se a isso que, embora os hospitais tenham se consolidado como centros de assistência médica curativa, com fins de aumentar a sobrevida e a melhora da qualidade de vida das pessoas,¹ também é caracterizado por significativo processo de despersonalização, em que o indivíduo internado deixa de ser visto como um ser único, passando a ser tratado pela sua patologia, procedimento que necessita ou pelo número do leito que ocupa.³

A dor é parte integrante de todo esse processo, sendo resultante de um dano real ou potencial dos tecidos, acompanhada de aspectos emocionais, socioculturais e ambientais.⁴ A dor pode ser mal avaliada, negligenciada e subdiagnosticada,^{1,5} podendo tornar invasiva e aversiva qualquer abordagem do espaço vital.¹

Cada pessoa experiencia a internação hospitalar de acordo com as características de sua personalidade, história de vida, seu contexto social, recursos emocionais, a relação estabelecida com a equipe de saúde, podendo vivenciar tal experiência de forma adaptativa ou vindo a desenvolver comorbidades.²

A idade cronológica é um fator a ser avaliado. Considerando-se que o envelhecimento traz transformações biopsicossociais e à maneira como a pessoa encara as adversidades da vida, concebe-se que a pessoa idosa possa apresentar maior fragilidade emocional e uma diminuição do nível de resiliência para enfrentar o adoecimento.^{1,2}

2.3. Transtornos psiquiátricos nos idosos

2.3.1. Depressão

Entende-se que a hospitalização possa ser entendida como uma situação estressora. Os procedimentos invasivos, a distância dos familiares, a rotina hospitalar, o estado de saúde e o medo do desconhecido e da morte, dentre outros aspectos, pode levar a pessoa, principalmente o idoso, a apresentar um quadro de depressão.¹⁵

Considerada um grave problema de saúde pública e um fator de risco ao suicídio, a depressão tem afetado cerca de 350 milhões de pessoas em todo mundo, sendo maior a prevalência entre as mulheres.¹⁶ No entanto, o índice de suicídio é maior entre os homens, principalmente na faixa etária acima dos 60 anos.^{17,18}

A *World Health Organization* (WHO), no ano de 2012¹, incluiu a depressão como tema no dia mundial da saúde mental, com o intuito de alertar a população sobre tal transtorno, bem como para abrir discussões sobre propostas de prevenção, tratamento e combate a esse mal.¹⁶ A própria WHO referiu que apenas 10% das pessoas que sofrem desse transtorno tem acesso a tratamento na maioria dos países. Nesse cenário, o aumento acelerado da população idosa, e a vulnerabilidade a que está sujeita, faz com que esse grupo torne-se o de maior risco para desenvolver depressão.¹⁶

De fato, a depressão é considerada um dos principais transtornos mentais na população idosa. Com relação à situação de hospitalização, a depressão pode surgir e manter-se como resultado da combinação de fatores diversos, tais como a perda de entes queridos, dos papéis sociais, a restrição ao ambiente doméstico, a doença pessoal e suas comorbidades, sentimento de solidão, dentre outros.^{7,10,18}

Nesse sentido, um estudo realizado com a população brasileira apontou que sintomas depressivos são identificados em 15% dos idosos, de tal forma que chega a uma prevalência de 30% em municípios como Rio de

Janeiro e Belo Horizonte.²⁰ Ainda nesse sentido, outro estudo mostrou que em 2015 a demência e a depressão estiveram entre os transtornos mentais mais frequentes entre as pessoas acima de 60 anos.¹⁸

Especificamente no ambiente hospitalar, a depressão desenvolve-se como quadro reativo à situação de internação, independente de predisposição genética, podendo comprometer a adesão ao tratamento e o prognóstico clínico, uma vez que pode interferir na luta pela vida.²¹ A exemplo, em São Paulo, foi realizado um estudo em dois hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido apontado que 40,3% das internações, no ano de 2011, foram decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, consistindo na primeira causa em hospital geriátrico e a sétima causa em hospital universitário.²²

Preocupa constatar que a depressão ocasiona a negligência do autocuidado, a limitação da funcionalidade, o aumento da incapacidade e, agregada ao uso de medicações, leva à piora da capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso.¹⁸ Sobretudo, Gazzalle e colaboradores,²² em estudo populacional, identificou que a depressão é pouco investigada no meio clínico.

Entre as pessoas idosas, 76,6% informaram que em suas consultas não houve a preocupação quanto à investigação de fatores emocionais⁷, de tal forma que se sugere que o profissional de saúde desconsidera que o transtorno mental possa interferir negativamente no prognóstico, no aumento da queixa, dos sintomas clínicos e somáticos, podendo, até mesmo, exacerbar o grau de dependência e incapacidade da pessoa idosa.⁷ Assim, muitas vezes tratada como uma ocorrência natural do envelhecimento, sugere-se que a depressão é subvalorizada pela equipe de saúde.⁷

2.3.2. Ansiedade

A ansiedade pode ser caracterizada por um conjunto de manifestações fisiológicas e emocionais, natural, vivenciada por todo ser humano em

situações de perigo ou problemas potenciais. Foi considerada como patológica recentemente no século XIX.²³

Dependendo de sua intensidade, a ansiedade pode causar variações da frequência cardíaca, de respiração, pressão sanguínea, sudorese e tremores, trazendo desconforto e aumentando o nível de insegurança.¹¹ De maneira geral, os sintomas de ansiedade trazem prejuízos às atividades da vida diária e uma piora no contexto biopsicossocial da pessoa.²³⁻²⁶

O transtorno de ansiedade também é considerado frequente entre pessoas idosas, mas ainda pouco abordado.^{7,24} Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), com 3.041 pessoas, na faixa etária de 70 a 79 anos, apontou que 15% apresentavam transtorno de ansiedade, sendo a maior frequência observada entre as mulheres.^{24,25}

Sugeriu-se que pessoas idosas com condições clínicas como incontinência urinária, dificuldade auditiva, transtornos do sono, hipertensão arterial, funcionalidade social empobrecida, habilidades pessoais reduzidas e maior necessidade de apoio emocional apresentavam taxas mais elevadas de ansiedade.²⁵

No processo da doença crônica, devido à necessidade de ajustamento às limitações funcionais, ao ambiente e às condições físicas, os sintomas da ansiedade muitas vezes limitam ou prolongam o processo de reintegração ou reorganização emocional do paciente e seus familiares.^{15,16}

Entre os idosos, as comorbidades de ansiedade e depressão apresentaram uma prevalência de 45%.¹⁶ Como são pouco identificadas pelos profissionais de saúde e são atribuídas aos sintomas do quadro clínico ou efeitos adversos à medicação, a existência desses transtornos pode ocorrer associada a um prejuízo da adesão ou ao abandono precoce do tratamento,²⁰ além do agravamento do sofrimento físico e psíquico, prejudicando a interação social e levando a um empobrecimento das relações sociais e emocionais e da qualidade de vida do idoso.^{10,13,20}

Some-se a isso que idosos com tais comorbidades estão mais propensos a desenvolver demência do que aqueles que apresentam outros

transtornos, tais quais ansiedade generalizada, transtornos paranoides e de personalidade.^{2,7}

2.4 Recursos de enfrentamento

Definem-se os recursos de enfrentamento como *um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse que representem sobrecarga ou excesso aos recursos pessoais.*²⁷ Dentre esses recursos citam-se as habilidades psicológicas e sociais que a pessoa dispõe para lidar com os acontecimentos do meio ambiente.²⁸

Entende-se enfrentamento como um processo complexo e dinâmico que necessita de estudos dos aspectos que envolvem a relação da pessoa com o meio, uma vez que será baseado nas ferramentas que a pessoa busca a fim de minimizar ou eliminar as situações que são fontes de estresse.²⁷

Folkman e Lazarus²⁹ classificaram o enfrentamento em dois aspectos: o focalizado no problema, onde o indivíduo utiliza-se de seus recursos psíquicos a fim de tentar manejar a situação que deu origem ao estresse, planejando situações, reavaliando-as, solucionando-as de forma positiva; e o enfrentamento focalizado na emoção, que tem como objetivo modificar os sentimentos relativos à tensão, comumente utilizados para eventos estressantes avaliados como inevitáveis,² segurança diante das fragilidades inerentes à situação.³⁰

Em relação à pessoa idosa, poucos estudos foram realizados sobre o tema. Um trabalho realizado no período de janeiro a março de 2015, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Vitória da Conquista (BA), com idosos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e com o comprometimento da capacidade funcional, constatou que os recursos de enfrentamento mais utilizados foram a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família; recursos esses que proporcionaram uma vida com melhor qualidade apesar das limitações.³¹

Na hospitalização, é necessário que o paciente utilize estratégias adaptativas para o enfrentamento da doença, para lidar com o tratamento hospitalar, as relações com a equipe de saúde, amigos e familiares, além das consequências do quadro clínico e possíveis sequelas, bem como com a nova situação, que muitas vezes é diminuída na pessoa idosa.³²

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a saúde mental de idosos internados em uma enfermaria de clínica médica de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência de sintomas de transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade entre pessoas idosas internadas, bem como estimar e mensurar a prevalência de sofrimento psicológico, estresse percebido e os recursos de enfrentamento mais comumente empregados pelos entrevistados;

2. Avaliar os correlatos sociodemográficos e econômicos dos transtornos psiquiátricos na amostra estudada, por meio da comparação das informações de pacientes com sintomas psiquiátricos (CSP) e aqueles sem sintomas psiquiátricos (SSP). Some-se a isso a intenção de comparar tais grupos quanto à presença de sofrimento psicológico e estresse percebido, bem como recursos de enfrentamento e o nível de independência das atividades de vida básica e instrumental, a fim de identificar possíveis associações entre tais variáveis.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e exploratório do tipo transversal.

4.2. População do estudo

Pacientes idosos, com idade igual ou maior de 60 anos, internados na enfermaria da clínica médica do Pronto-Socorro do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha fizeram parte da casuística dessa pesquisa.

4.3. Descrição do Hospital

O Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha, conhecido como Hospital Municipal do Campo Limpo, foi inaugurado em 1990, atendendo aproximadamente uma população de 2,5 milhões de pessoas. Consiste no hospital de referência da região sul dos distritos de Capão Redondo, Vila Andrade e Campo Limpo. Atualmente conta com um setor de recursos humanos de aproximadamente 1.700 servidores assistenciais e administrativos. Atende pacientes que necessitem das seguintes especialidades: clínica médica, neurologia e neurocirurgia, ortopedia, obstetrícia, cirurgia geral, pediatria e psiquiatria, oferecendo serviços de endoscopia, tomografia e ressonância magnética. Contém 20 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto, 8 leitos de UTI Pediátrica e 10 leitos de UTI Neonatal.

4.4. Descrição da Enfermaria onde foi realizada a pesquisa

A enfermaria da clínica médica do Pronto Socorro é constituída por 40 leitos, separados por gênero, na proporção de metade a cada gênero. Em médio, os pacientes ficam de 5 a 10 dias internados nesse local.

4.5. Amostragem e cálculo do tamanho amostral

4.5.1 Tipo de Amostragem

Para calcular o tamanho amostral foi utilizada estimativa amostral de precisão relativa especificada pela fórmula abaixo:

Onde: n_1 é o tamanho da amostra estimada; α é o nível de confiança assumido em 95%; z é a área da curva z para os diferentes níveis de significância; p é a proporção esperada do evento, no caso, a prevalência de algum sofrimento psicológico entre pacientes em situação de internação hospitalar (assumido como 54,3%),³² precisão relativa de 15%, aceitando uma variação de 3,0 a 7,0% nesta prevalência. Chegou-se ao $n=144$; considerando uma provável recusa de 10%, o número amostral mínimo deveria ser equivalente a 158.

4.5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes que estivessem conscientes, com crítica e sem diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico (conforme o relato verbal do paciente) no momento da entrevista. Os pacientes que não apresentassem condições clínicas ou psíquicas adequadas para responder os instrumentos de pesquisa (como, por exemplo, confusão mental) ou que iniciassem a participação e logo desistissem, foram excluídos da amostra. Nesse sentido, um total de 213 participantes foram recrutados e convidados a participar da pesquisa, dos quais 95 foram excluídos da etapa de análise das informações por terem preenchido pelo menos um dos critérios de exclusão acima citados. A imensa maioria dos participantes excluídos ($n=79$; 83,1%) foi desconsiderada da etapa de análise das informações por não estar em condição clínica adequada para tal. Assim, foram desconsiderados os

pacientes que apresentassem dificuldades de contato verbal, de evocação de palavras, afasia, compreensão da linguagem prejudicada e/ou comprometimento das capacidades cognitivas. Também foram desconsiderados os pacientes que estivessem passando por algum desconforto respiratório no momento da abordagem (muitas vezes necessitando de oxigenioterapia) ou que apresentassem algum sinal de comprometimento do juízo, crítica ou prostração. Sobretudo, os pacientes com histórico de diagnóstico ou tratamento psiquiátrico na vida foram excluídos da participação na pesquisa. Assim, para atingir os resultados dessa dissertação, partiu-se das informações de 118 participantes.

4.6 Instrumentos de pesquisa

Os participantes foram solicitados a responder um instrumento de pesquisa sobre características sociodemográficas, socioeconômicas, bem como escalas para avaliação de sua saúde mental, especificamente em relação a: (1) sofrimento psicológico (SRQ-20); (2) estresse percebido (EEP); (3) sintomas de ansiedade e depressão (HAD); (4) atividades da vida básica diária e instrumental (ABV/AIV) e (5) modos de enfrentamento de estresse (EMEP). Após o devido preenchimento, todas as escalas foram corrigidas, conforme a validação de cada instrumento de pesquisa.

4.6.1 Informações demográficas e ocupacionais (Anexo 1)

O primeiro passo para a participação na pesquisa foi responder um instrumento estruturado para o levantamento das seguintes informações:

(a) Informações sociodemográficas: sexo, estado civil, anos de escolaridade, ter religião, tipo de religião, frequência a cultos religiosos, renda familiar, dentre outros;

(b) Informações ocupacionais: se tem trabalho, se é aposentado, se recebe algum outro tipo de benefício, dentre outros;

(c) Informações sobre internação hospitalar: número de dias de internação no hospital, número de dias de permanência na enfermaria, tipo de doença que justificou a internação (se aguda ou crônica), se teve internação prévia (em caso positivo, qual o número de internações prévias), dentre outras;

O questionário sociodemográfico foi seguido pelo preenchimento de escalas para a caracterização da saúde mental do paciente, como relatado a seguir.

4.6.2 Escala de sofrimento psíquico (SRQ-20; Anexo 2)

O *Self Reporting Questionnaire* SRQ-20³³ é composto por 20 questões com duas possibilidades de resposta (dicotômicas), do tipo sim/não, que analisam a presença de sintomas físicos (quatro questões) e de distúrbios psicoemocionais (16 questões) que avaliam a existência de transtornos emocionais comuns. É atribuído um (01) ponto a cada resposta do tipo sim; soma-se o total de pontos, de tal forma que quanto maior a pontuação final, maior sugere-se ser o sofrimento psíquico do paciente.

4.6.3 Escala de estresse percebido (EEP; Anexo 3)

É um instrumento constituído por 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro, distribuídas da seguinte maneira: 0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre. As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm a pontuação somada de forma invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são de teor negativo e devem ser somadas diretamente.

O total da escala é a soma da pontuação das questões, de tal forma que pode variar de zero a 56. Nesse sentido, quanto maior a pontuação final da escala, maior o estresse percebido pelo paciente.³⁴

4.6.4 Escala de Modos de Enfrentar Problemas (EMEP; Anexo 4)

Trata-se de um instrumento composto por 45 itens, distribuídos em quatro fatores:

- Fator 1: enfrentamento focalizado no problema (18 itens, $\alpha=0,84$), estratégias comportamentais que representam a aproximação do respondente em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e ressignificação do problema;
- Fator 2: enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha=0,81$), representado por estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, auto culpa e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema;
- Fator 3: busca de suporte social (5 itens, $\alpha=0,70$), que consiste em procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema;
- Fator 4: busca de práticas religiosas (7 itens, $\alpha=0,74$), pensamentos e comportamentos religiosos como modos de enfrentamento e manejo do estressor.

O instrumento permite ainda uma análise clínica ou qualitativa das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente a partir da avaliação da resposta aos itens do instrumento.³⁵

As respostas a cada fator são dadas em escala do tipo Likert, variando a pontuação do valor de 1 (nunca faço isso) a 5 pontos (faço isso sempre). As pontuações finais de cada fator são atribuídas pela média aritmética (pontuação no fator/número de questões do fator), de tal forma que, quanto mais alto for, maior a frequência de utilização de alternativas constituintes daquele fator como estratégia de enfrentamento.

4.6.5 Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais (HAD; Anexo 5)

Esse instrumento é constituído por sete questões que avaliam a presença de sintomas de depressão e outras sete que analisam sintomas de ansiedade. Cada questão apresenta quatro alternativas com pontuação que varia de 0 a 3. A pontuação final é atribuída pelo tipo de sintoma (depressão e/ou ansiedade) pela soma direta dos itens acima mencionados.³⁶

4.6.6 Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs; Anexo 6)

Esse instrumento é constituído por questões que avaliam o autocuidado como se alimentar, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações. Tais questões estão divididas no sentido de avaliar o grau de independência da pessoa quanto à execução dessas atividades diárias, sendo divididas em três categorias: independente, dependente moderado, muito dependente. Especificamente quanto à pontuação, no item vestimenta: vestir-se sozinho ou necessitar de ajuda para amarrar os sapatos conta-se um ponto; no item banho: banhar-se sozinho ou ajuda parcial conta-se um ponto; nos demais itens é contado um ponto apenas quando há independência para a atividade. Somam-se os pontos e aplica-se o seguinte critério: (a) 6 pontos = Independente; (b) 4 pontos = Dependência moderada; (c) 2 ou menos pontos = Muito dependente.³⁷

4.6.7 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs; Anexo 7)

Esse instrumento avalia a capacidade da pessoa de ter uma vida independente dentro da comunidade onde vive, incluindo itens sobre a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias atividades. Esse instrumento foi adaptado ao contexto brasileiro, sendo composto por sete questões, cada qual constituída por três alternativas. As alternativas recebem uma pontuação que varia de 1 a 3. Após a soma das pontuações aplica-se a seguinte classificação: (a) Dependência total ≤ 5 ; (b) Dependência parcial $\geq 5 < 21$; (c) Independência = 21.³⁸

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2016 a outubro de 2017. Os pacientes selecionados para participação foram entrevistados e submetidos à avaliação psicológica apenas pela autora dessa pesquisa, treinada e habilitada para estudos desta natureza.

A cada dia de coleta de dados, a pesquisadora solicitava ao pessoal administrativo da instituição o censo da unidade de enfermaria de clínica médica, que continha a distribuição dos leitos conforme o nome do paciente, diagnóstico e dias de internação na unidade.

Com o censo em mãos, a entrevistadora destacava manualmente as informações dos pacientes idosos como potenciais participantes da pesquisa. Dentre os pacientes idosos elegíveis, a pesquisadora escolhia o primeiro (por ordem numérica do leito no censo), certificando-se da presença do paciente na enfermaria (caso o censo estivesse desatualizado) e, em caso positivo de sua presença na unidade, levantava as características básicas do paciente no prontuário clínico, a citar: gênero, idade, dias de internação na unidade, no hospital e diagnóstico.

Levantadas essas informações, a pesquisadora dirigia-se ao potencial participante. Caso o paciente estivesse em condições clínicas e psíquicas adequadas e, assim, tivesse condições de compreender as instruções das escalas e testes utilizados, a pesquisadora explicava os objetivos da pesquisa, seguido do convite informal de participação. Caso aceitasse o convite, se o paciente estivesse acompanhado de familiares e/ou cuidadores, a pesquisadora pedia a licença para ficar a sós com o paciente, para que não houvesse viés de informação, sobretudo, mantendo o sigilo.

Tomado esse devido cuidado, o paciente foi solicitado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido da aplicação dos instrumentos de pesquisa. Dada a possibilidade de redução do nível de compreensão das instruções sobre o preenchimento das escalas em decorrência da idade do paciente, de suas limitações inerentes e/ou da situação de sua internação, a pesquisadora decidiu por ler as instruções em voz alta, bem como leu cada uma das questões das escalas e suas alternativas de preenchimento. Essa estratégia também permitiu à pesquisadora que

questões não fossem deixadas em branco, o que, de fato, inviabilizaria a correção das escalas.

No caso de anuência de participação, a bateria de escalas demorou entre 45 a 60 minutos para ser aplicada na íntegra a cada participante. Logo finalizada a aplicação das escalas, a pesquisadora pulava os dois pacientes subsequentes do censo, abordando o terceiro paciente elegível, com fins de aleatorização da amostra. Dessa forma, a pesquisadora decidia por abordar um paciente a cada três elegíveis.

No caso do paciente apresentar algum critério de exclusão, a pesquisadora considerava o paciente como excluído de participação e da análise de dados, tomando nota do motivo de exclusão e das informações básicas do paciente disponíveis no prontuário, a citar: gênero, idade, dias de internação na unidade, no hospital e diagnóstico, para fins de comparação com os pacientes incluídos na pesquisa.

Finalmente, as escalas preenchidas foram corrigidas de acordo com os parâmetros de validação e padronização para a população brasileira, para então compor um banco de dados construído em *software* estatístico para a análise de dados.

4.8 Análise dos dados

4.8.1 Divisão dos participantes em grupos

Para responder os objetivos propostos para essa dissertação, os participantes foram divididos em dois grupos em conformidade com a existência de algum sintoma de transtorno psiquiátrico, ou seja, depressão e/ou ansiedade, conforme o preenchimento da escala HAD, acima descrita.

Considerou-se como paciente com sintomas depressivos aquele que tivesse pontuação na escala HAD-d ≥ 9 ; foi considerado como paciente com sintomas de ansiedade aquele que tivesse pontuação na escala HAD-a ≥ 8 . Assim sendo, caso o paciente contemplasse os critérios da existência de sintomas depressivos e/ou ansiosos, viria a compor o grupo de pacientes com transtorno psiquiátrico (CSP); em contrapartida, os participantes que não

preencheram tais critérios, foram inseridos no grupo controle para fins de comparação (pacientes sem sintomas psiquiátricos; SSP).

4.8.2 Análise propriamente dita

Os instrumentos de pesquisa foram corrigidos e tabulados no *software* Excel. Foi feita a análise de consistência dos dados para a correção de qualquer incoerência de informação, para então dar sequência à análise descritiva e inferencial das informações no programa Minitab versão 17.1.0. Determinada a composição de cada um dos grupos, comparações intergrupo foram realizadas pelo teste de chi-quadrado (X^2) de Pearson para as variáveis do tipo nominal, enquanto que as variáveis de mensuração do tipo intervalar foram avaliadas pelo teste paramétrico Teste t-Student. A hipótese nula foi refutada quando $p < 0,05$.

4.9 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) e teve como instituição co-participante o Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (vulgo Hospital Municipal do Campo Limpo – HMCL), conforme preconizado pela Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012, tendo recebido o parecer nº1928573.

Dessa maneira, os participantes foram solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, garantindo aos sujeitos a participação voluntária, anônima e sigilosa, bem como a desistência de participação a qualquer momento sem qualquer tipo de ônus quanto aos cuidados recebidos.

5.0 RESULTADOS

Foram selecionadas aleatoriamente 213 pessoas idosas, sendo que 95 foram excluídas da etapa de análise dos dados, das quais, a saber: 83,1% não atenderam os critérios de elegibilidade devido às condições clínicas e/ou psíquicas e 17,9% recusaram-se a participar da pesquisa.

Dentre os participantes (n=118), 51,7% eram homens, de idade média de 68,8 anos (DP=6,9), cuja amplitude variou de 60 a 88 anos. A maioria deles tinha entre 0 a 4 anos de escolaridade, solteiros, separados ou viúvos de estado civil (57,7%) e não exerciam atividade laboral (70,3%) no momento da entrevista.

Dos entrevistados 50% afirmaram ser aposentados, 57% com renda média familiar de 1,3 salários-mínimos (SM), relatando contribuir de alguma maneira à complementação da renda familiar (88%), quando não representavam a única fonte de sustento da família. Quanto ao aspecto religioso, 91% dos entrevistados disseram ter alguma religião, em sua maioria católicos (53,4%) ou evangélicos (35,2%) (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição sociodemográfica, ocupacional e socioeconômica dos pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	Média (\pm DP) ou N	% ou amplitude
Idade (em anos)	68,8 (DP=6,9)	60-88
Sexo		
Masculino	61	51,7
Feminino	57	48,3
Escolaridade (em anos)	3,93 (DP=3,24)	0-15
Estado Civil		
Solteiro ou Separado	68	57,7
Casado ou EU	50	42,3
Religião		
Sim	108	91
Não	10	8
Tipo de religião		
Católico	63	53,4
Evangélico	43	36,4
Espírita	2	1,7
Budista	1	0,5
Trabalha		
Sim	35	29,7
Não	83	70,3
Aposentadoria		
Sim	59	50
Não	59	50
Renda familiar (em SM)	1,3 (DP=0,87)	0-4
Contribui renda		
Sim	101	85,6
Não	17	14,4

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto; SM=número de salários mínimos; UE=União estável

Quanto à internação hospitalar, os idosos entrevistados estavam internados em média há 6,4 dias (02-15) e 3,6 dias na enfermaria de clínica médica, local da presente pesquisa (01-13). A maioria deles já havia tido uma internação prévia (70,3%) e quanto à causa clínica, 55,9% dos pacientes estavam internados por doença aguda e 44,1% para acompanhamento de doença crônica (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição das condições de internação dos pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	Média (SD) ou N	% ou amplitude
Dias de internação no hospital	6,4(DP=3,05)	02-15
Dias de internação na enfermaria	3,6 (DP=2,57)	01-13
Tipo de doença		
Aguda	66	55,9
Crônica	52	44,1
Internação prévia		
Sim	82	69,5
Não	35	30,5
Número de internações prévias	2,4 (DP=2,4)	0-10

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto.

Na Tabela 3, quando analisado o desempenho nas escalas de saúde mental, a média de desempenho na escala HAD-d, para sintomas de depressão, foi de 7,9 pontos (DP=4,15) e a média de desempenho na escala HAD-a, para sintomas ansiosos, foi de 8,1 (DP=3,94).

Em relação à escala de sofrimento psíquico (SRQ-20), os participantes apresentaram uma média de 6,5 (DP=3,75) sintomas de sofrimento mental, no momento da entrevista, variando dentro da faixa de 1 a 16 sintomas.

Quanto ao desempenho na Escala de Estresse Percebido (EEP) houve uma média de 24,6 pontos (DP=8,16), com uma amplitude de distribuição de 5-46 pontos, dos 56 pontos possíveis.

Quanto à autonomia para realizar atividades básicas da vida (de autocuidado) (ABV), a média de pontuação foi de 5,4 (DP=1,18), de um total de 6 pontos possíveis, apontando que os entrevistados poderiam estar mais próximos da independência de sua realização. Ainda nesse cenário, com relação às atividades instrumentais da vida (AIV), a média de desempenho foi de 16,8 (DP=3,36), do máximo de 21 pontos da escala, que então aponta para independência total.

Ao analisar os meios de enfrentamento de uma situação entendida como estressora, a estratégia que apresentou maior média de desempenho (o que representa maior uso) foi o enfrentamento por suporte social, com média de 3,5 (DP=0,69), enquanto a de menor uso foi a estratégia focada na emoção (2,4; DP=0,50).

Tabela 3: Descrição da pontuação em cada uma das escalas pelos pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	Média (DP)	Amplitude
HAD		
Sintomas de ansiedade	7,9 (4,15)	1-16
Sintomas de depressão	8,1 (3,94)	1-18
SRQ	6,5 (3,75)	1-16
EEP	24,6 (8,16)	5-46
ABV	5,4 (1,18)	0-6
AIV	16,8 (3,36)	7-21
EMEP 1	3,1 (0,64)	1,7-5,2
EMEP 2	2,4 (0,50)	1,4-4,2
EMEP 3	3,5 (0,69)	1,5-4,5
EMEP 4	2,7 (0,76)	1-5

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto; HAD=sintomas de ansiedade e depressão; SRQ=20=sofrimento psicológico; EEP=estresse percebido; ABV: atividades básicas da vida; AIV: atividades instrumentais da vida; EMEP1=modos de enfrentamento, fator 1; EMEP2=modos de enfrentamento, fator 2; EMEP3=modos de enfrentamento, fator 3; EMEP4=modos de enfrentamento, fator 4.

Considerando-se que, pela pontuação da escala HAD, o desempenho na seção de depressão ≥ 9 é indicativo da presença de sintomas depressivos, enquanto que a pontuação na seção de ansiedade ≥ 8 é indicativo da presença de sintomas ansiosos, verificou-se que 64,7% [IC 95% = 56,1 –74,7] dos pacientes entrevistados apresentaram pelo menos algum sintoma psiquiátrico, seja ele depressivo ou ansioso. Nesse sentido, conforme previamente descrito na seção de métodos, os pacientes foram divididos em dois grupos: SSP (sem sintomas psiquiátricos) e CSP (com sintomas psiquiátricos), sendo comparados entre si para a identificação de possíveis diferenças sociodemográficas, ocupacionais, de internação e de saúde mental entre eles.

Assim sendo, de acordo com o apresentado nas Tabelas 4 e 5, foi possível notar que os pacientes CSP não diferiram dos pares SSP quanto a:

- (a) gênero ($p=0,396$),
- (b) idade ($p=0,855$),
- (c) anos de escolaridade ($p=0,971$),
- (d) estado civil ($p=0,187$),
- (e) renda familiar ($p=0,752$),
- (f) religião ($p=0,086$),
- (g) dias de internação na instituição ($p=0,122$),
- (h) dias de internação na enfermaria ($p=0,615$), bem como
- (i) número de internações prévias ($p=0,120$).

Tabela 4: Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis numéricas levantadas. Pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	SSP		CSP		p-valor
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
Idade	41	68,68(6,24)	77	68,45(6,78)	0,855
Escolaridade	41	4,07 (2,66)	77	4,05 (3,70)	0,971
Renda Familiar	40	1,25 (1,02)	78	1,30 (0,89)	0,813
Dias de internação Hosp.	41	6,41 (3,18)	77	5,48 (2,91)	0,122
Dias de internação Enf.	41	3,63 (2,57)	77	3,39 (2,39)	0,615
Nº de Internações Prévias	41	1,95 (2,01)	77	2,61 (2,45)	0,120

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto; SSP; grupo de pacientes sem sintomas psiquiátricos; CSP: grupo de pacientes com sintomas psiquiátricos; Hosp: hospitalar; Enf: enfermaria.

Tabela 5: Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis numéricas levantadas. Pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	SSP		CSP		Total % (DP)	valor-p
	N	%	N	%		
Sexo						0,396
Masculino	19	31,2	42	68,8	61 (100)	
Feminino	22	38,6	35	61,4	57 (100)	
Estado Civil						0,187
Solteiro/Separado/viúvo	27	39,7	41	60,3	68 (100)	
Casado ou EU	14	28,0	36	72,0	50(100)	
Religião						0,086
Sim	40	37,0	68	63,0	108(100)	
Não	01	10,0	09	90,0	10 (100)	
Trabalha						0,181
Sim	9	25,7	26	74,3	35 (100)	
Não	32	38,6	51	61,4	83 (100)	
Aposentado						0,847
Sim	21	35,6	38	64,4	59 (100)	
Não	20	33,9	39	66,1	59 (100)	
Renda familiar (SM)						
Tipo de doença						0,979
Aguda	23	34,8	43	65,2	66 (100)	
Crônica	18	34,6	34	65,4	52 (100)	
Internações Prévias						0,911
Sim	29	35,4	53	64,6	82 (100)	
Não	12	34,3	23	65,4	35 (100)	

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto; SSP; grupo de pacientes sem sintomas psiquiátricos; CSP: grupo de pacientes com sintomas psiquiátricos.

Entretanto, conforme identificado na Tabela 6, os participantes com algum sintoma psiquiátrico (CSP) tiveram maior pontuação nas escalas de avaliação de sofrimento psicológico (SRQ; $p < 0,001$) e estresse percebido ($p < 0,001$) que seus pares sem sintomas psiquiátricos, o que sugere maior sofrimento psicológico e maior estresse com a situação de internação hospitalar. Os sujeitos do grupo SSP tiveram maior pontuação na escala AIV ($p = 0,001$) que seus pares com sintomas psiquiátricos, apontando que teriam maior independência quanto à realização de atividades instrumentais da vida.

Finalmente, quanto às formas de enfrentar um problema/dificuldade, embora os grupos não tenham diferido quanto ao seu enfrentamento direto da situação estressora, uma reação considerada mais adaptativa (Fator 1; $p = 0,113$), os participantes com algum transtorno psiquiátrico tendem a usar estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, auto culpa e/ou culpabilização de outros com função paliativa ou de afastamento do problema (Fator 2; $P < 0,018$) e a buscar menos ajuda de suporte social que seus pares sem quaisquer sintomas psiquiátricos ($p = 0,022$) (Tabela 6).

Tabela 6: Descrição das diferenças intergrupo para as variáveis de saúde mental levantadas. Pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Dr Fernando Mauro Pires da Rocha (N=118), 2016-17

	SSP		CSP		p-valor
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
SRQ-20	42	4,36 (2,53)	76	7,84 (3,83)	<0,001*
EEP	41	19,63 (7,64)	77	28,36(8,42)	<0,001*
ABV	42	5,70 (0,97)	76	5,23 (1,39)	0,124
AIV	42	17,95 (2,43)	76	16,10 (3,50)	0,001*
EMEP 1	42	3,23 (0,61)	76	3,04 (0,60)	0,113
EMEP 2	42	2,25 (0,43)	76	2,46 (0,50)	0,018*
EMEP 3	41	3,76 (0,53)	77	3,48 (0,74)	0,022*
EMEP 4	42	2,56 (0,75)	77	2,80 (0,78)	0,100

Onde se lê: DP=desvio-padrão; N=Número absoluto; SSP: grupo de pacientes sem sintomas psiquiátricos; CSP: grupo de pacientes com sintomas psiquiátricos; SRQ=20=sofrimento psicológico; EEP=estresse percebido; ABV: atividades básicas da vida; AIV: atividades instrumentais da vida; EMEP1=modos de enfrentamento, fator 1; EMEP2=modos de enfrentamento, fator 2; EMEP3=modos de enfrentamento, fator 3; EMEP4=modos de enfrentamento, fator 4; *: diferença intergrupo em nível de $p < 0,05$.

6. DISCUSSÃO

Estudos realizados com a população geral apontam que pessoas que apresentam depressão e/ou ansiedade não diferem quanto ao gênero, grau de instrução, estado civil e escolaridade quanto aos seus pares, mas sim quanto à faixa etária, em que pessoas com 60 anos ou mais são mais suscetíveis a apresentar transtornos.³⁹⁻⁴¹

Nesse cenário, os resultados dessa pesquisa indicam que 64,7% dos pacientes idosos entrevistados apresentaram algum sintoma de depressão e/ou ansiedade, dados elevados se comparados a outros estudos realizados com pessoas idosas internadas, os quais apontaram para uma prevalência variando entre 46% e 61,8%.^{20,21,42,43}

A prevalência aqui identificada também foi mais elevada que a relatada entre idosos da população geral da cidade de São Paulo, ou seja, que não estivessem em situação de internação, com uma prevalência relatada de 45% a 57,7%.^{20,21,39-41,44.} À imagem e semelhança, esse mesmo resultado se estende para populações de idosos não internados de outras cidades como Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que tiveram uma prevalência próxima aos 30%.²⁰

Além dos transtornos psicológicos serem comumente mais prevalentes entre os idosos, essa situação pode ser agravada em casos de internação hospitalar. Assim, é importante considerar que o presente estudo foi conduzido em situação de pronto-socorro, em um hospital de grande porte e de referência para um importante aglomerado populacional da zona sul da cidade de São Paulo, cobrindo as populações de Campo Limpo, Capão Redondo, Vila Andrade, entre outros.

Nesse sentido, é importante notar que a situação de internação dessas pessoas é muitas vezes precária, uma vez que muitos pacientes estão distribuídos em um espaço físico restrito, com pouca privacidade, sem conforto,

de pouca autonomia, ventilação, entre outros. Ainda, a proximidade entre os leitos força com que pacientes testemunhem o quadro clínico e o sofrimento das pessoas que ocupam leitos vizinhos e, sobretudo, acompanhem momentos agonizantes de óbito, o que, em conjunto, pode vir a interferir na condição psicológica dos idosos pacientes que estão submetidos a essa situação.

Quando comparados especificamente aos pares que dividem o mesmo espaço físico, os pacientes que têm algum sintoma psiquiátrico não diferiram de pacientes sem tais sintomas quanto a gênero, idade, anos de escolaridade, estado civil, renda familiar, religião, dias de internação na instituição, na enfermaria, bem como número de internações prévias. Entretanto, os pacientes idosos que apresentaram sintomas de depressão, ansiedade, ou ambos, apontaram maior sofrimento psicológico e estresse percebido que seus pares.

Assim sendo, levando-se em conta que esses pacientes têm o mesmo perfil sociodemográfico e econômico, considerando-se então que tenham a mesma condição social de base, os resultados sugerem que a existência de sintomatologia de depressão e/ou ansiedade entre os pacientes idosos pode agravar o sofrimento psicológico e a percepção de estresse pelo mesmo, dificultando seu prognóstico, sua recuperação, o momento de alta hospitalar, prorrogando sua reinserção familiar e social.

Nesse sentido, estudo prévios mostraram que os sintomas de transtornos psiquiátricos limitam ou prolongam o processo de reintegração social ou reorganização emocional de pacientes em internação hospitalar por conta de uma doença crônica, bem como de seus familiares.^{15,16,45}

Outro estudo, canadense, apontou que a demora do diagnóstico de sintomas de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, está associada a resultados negativos de saúde entre adultos.⁴⁶

Especificamente, a depressão desenvolve-se em ambiente hospitalar como quadro reativo à situação de internação, podendo comprometer a adesão

ao tratamento e o prognóstico clínico,^{21,22} podendo estar associada à negligência de autocuidado, limitação da funcionalidade, aumento de incapacidade e, se agregada ao uso de medicações, pode levar à piora da capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso,¹⁸ podendo interferir em seu período de internação.

Além dos aspectos negativos aos pacientes e seus familiares, a existência de transtornos psiquiátricos pode acarretar importante ônus aos serviços hospitalares e sociais,⁴⁰ com a possibilidade de aumento dos dias de internação, de medicação, faltas ao trabalho com consequente redução de produtividade, dentre outros.

É de notar que a saúde mental dos pacientes é um tema que não tem sido uma preocupação da equipe multiprofissional de saúde, uma constatação lamentável, já que trabalhar os aspectos psicológicos e emocionais dos pacientes e seus familiares viria a reduzir os custos hospitalares e a reincidência do quadro clínico e de uma nova possibilidade de internação.

Assim sendo, devida à alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade aqui estimada, sugere-se que a equipe multiprofissional desempenhe a avaliação rotineira da saúde mental dos pacientes idosos que estejam passando por momento de internação hospitalar com fins de reduzir o sofrimento psíquico e os sintomas de estresse entre eles, de tal forma a propiciar aos profissionais de saúde a compreensão dos fatores subjetivos do processo saúde-doença e consequentemente proporcionar aos pacientes e familiares um atendimento mais humanizado como preconiza a Política Nacional de Humanização do SUS.

Dentro da equipe multiprofissional, o papel do profissional de psicologia é oferecer acolhimento, escuta especializada e suporte emocional aos pacientes e seus familiares, pontuando demandas com a equipe multiprofissional, a fim de proporcionar um atendimento mais humanizado,

melhor qualidade de vida ao paciente, prognóstico seguro e antecipação do retorno ao convívio familiar.

Some-se a isso que o presente estudo identificou os recursos de enfrentamento em relação a estímulo estressor (aqui entendido como a situação de internação hospitalar) dos pacientes idosos em situação de internação. Esse conhecimento é de suma importância, já que os casos de sucesso podem ser replicados a outros pacientes pelos profissionais da equipe, reduzindo, então, sofrimentos desnecessários.

No presente estudo, os pacientes com algum sintoma de transtorno psiquiátrico tenderam a buscar menos ajuda de suporte social que seus pares sem quaisquer sintomas psiquiátricos. Entende-se como suporte social a busca de terceiros para o enfrentamento de uma dada dificuldade, seja de auxílio profissional especializado, familiares, amigos.

Novamente, os resultados deste estudo apontam a necessidade de avaliações de transtornos psiquiátricos como parte de rotina de pessoas idosas desde o momento da internação em hospitais gerais. Ressalta-se ainda, a importância da equipe de saúde levar em consideração os aspectos psicológicos e emocionais dos pacientes idosos e seus familiares

Embora a amostra seja probabilística (ou seja, representa os idosos da enfermaria do pronto socorro do hospital onde foi realizada a pesquisa por meio da amostragem sistemática) não representa a população geral de pessoas idosas da cidade de São Paulo (ou de qualquer outra grandeza) que estejam passando por situação de internação hospitalar. Ainda, é importante considerar que ter lido as instruções, questões e alternativas das escalas de autopreenchimento possa ter gerado algum tipo de viés de informação aos resultados apresentados.

7.CONCLUSÕES

A alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade estimada neste estudo fomenta a reflexão e discussão dos profissionais de saúde sobre a necessidade de avaliação rotineira sobre os sintomas psiquiátricos em pacientes idosos admitidos em Unidade Hospitalar.

Detectar precocemente esses sintomas permite manejar o impacto da saúde mental de uma internação como forma de diminuir o sofrimento psíquico e de sintomas de estresse, possibilitando uma maior qualidade de vida além de contribuir para uma possível redução do período de internação ou reinternações posteriores.

Além disso, a conscientização e preparação da equipe são de suma importância para que ocorra uma maior atenção ao sofrimento psíquico durante o processo de internação, bem como faça parte do protocolo de atendimento a detecção de possíveis fatores que influenciem a saúde mental desses pacientes.

8. REFERÊNCIAS

1. Camonm AWA, Chiattonne HBC, Sebastiani RW. Psicologia Hospitalar Teoria e Prática. 2 ed revista e ampliada São Paulo: Cengage Learning 2013.
2. Bruscato WLA. Psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade. 1ª reimpressão São Paulo Casa do Psicólogo; 2014.
3. Botega NJ & Dalgalarrodo P. Avaliação do paciente, Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. In NJ Botega. Artmed. 2002 (pp.145-166).
4. Rigotti MA Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde 2005;12(1):50-54.
5. Ribeiro SBF. Dor nas Unidades de Internação de um Hospital Universitário Rev Bras Anesthesiol 2012;62(5):599-611.
6. Estatuto do Idoso Lei 10741/03 - Lei no 10.741, de 01 de outubro de 2003 título 1 art.10.
7. Forlenza OV. Psiquiatria Geriátrica: do Diagnóstico Precoce à Reabilitação Oreste V. Forlenza editora São Paulo Atheneu. 2007.
8. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev Saude Publica 2009;43(3):548-554.
9. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística Perfil dos Responsáveis pelos Domicílios 2002.

10. Brandão DM, Nascimento JL, Vianna LG. Evaluation of functional capacity and quality of life of the elderly after ischemic stroke with and without dysphagia. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(6):738-743.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Berger,KS. O desenvolvimento da pessoa, da infância até a terceira idade. Tradução de: *The developing person - through the life span* (5thed) ISBN97885216.1358-9.
13. Santos VC, Anjos KF, Boery RN, et al. Hospitalization and hospital mortality of elderly people with mental and behavioral disorders in Brazil, 2008-2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(1):39-49.
14. Chernicharo IM Ferreira MA. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2015;19(1):80-85.
15. Duarte F, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psic: Teor Pesq* 2011;27(1):49-53.
16. Leandro-Franca C, Giardini MS Prevention and promotion of mental health in aging: concepts and interventions. *Psicol. Cienc. Prof* 2014;34(2):318-329.
17. Minayo MC, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicide of elderly men in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2665-2674.
18. Laakso M, Björk BC. Anatomy of open access publishing: a study of longitudinal development and internal structure. *BMC Med* 2012;10:124.

19. World Health Organization. World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ Accessed 16.6.2012.
20. Celestino FKS Enfrentamento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: avaliações e correlações. 2009.
21. Netto R, Mestre M, dos Santos DCLR, et al. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2009;11(2):267-284.
22. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depression in the elderly: are doctors investigating it ? *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):145-149.
23. Daniel F, Vicente H, Guadalupe S, et al. Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory in a Sample of Elderly People in Residential Care. *Rev Portug Invest Comport Soc* 2015;1(2):15-30.
24. Silveira MM, Portugal MW Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estud Psicol*. 2017;34(2):261-268.
25. Rabelo DF, Neri AL. Family configuration and physical and psychological health status in a sample of elderly. *Cad Saude Pub* 2015;31(4):874-884.
26. Minghelli B, Tomé B, Nunes C, et al. Comparação dos níveis de ansiedade entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clín* 2013;40(2):71-76.
27. Suit D, Pereira ME. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP* 2008;19(3):317-340.
28. Rabelo DF Neri AL Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol.Estud* 2005;10(3):403-412.

29. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21(3):219-239.
30. Beuter M, Cordeiro FR, Brondani CM, et al. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc Anna Nery* 2012;16(1):134-140.
31. Lima PV, Valença TD, Casemiro R. La envelhecer com dependência funcional: Construindo estratégias de enfrentamento *Rev Pesq Saúde* 2016;17(2):96-101.
32. Sousa RL, Medeiros JGM, Moura AD, et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(2):102-107.
33. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-390.
34. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, et al. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-615.
35. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLM. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol: Teor Pesq* 2001;17:225-234.
36. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol* 2006;56(5):470-477.
37. Duarte YA, de Andrade CL, Lebrão ML. Katz Index on elderly functionality evaluation. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):317-325.

38. dos Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Prom Saúde* 2008;21(4):290-296.
39. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;9:90.
40. Andrade LH, Baptista MC, Alonso J, Petukhova M, Bruffaerts R, Kessler RC, Silveira CM, Siu ER, Wang YP, Viana MC. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Clinics* 2013;68(11):1392-1399.
41. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry: life events and social support in late life depression. *Clinics* 2011;66(2):233-238.
42. Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGGomes. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(2):307-317.
43. Ferreira VMP, Silva LN, Furuya RK, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(3):387-393.
44. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(3):249-260.

45. Askari MS, Andrade LH, Filho AC, Silveira CM, Siu E, Wang YP, Viana MC, Martins SS. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample, Brazil. *J Affect Disord* 2017;220:1-7.

46. Cheung R, O'Donnell S, Madi N, Goldner EM. Factors associated with delayed diagnosis of mood and/or anxiety disorders. *Health Promotion & Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy & Practice* 2017;37(5):137-148.

9.ANEXOS

ANEXO 1 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROTOCOLO: FATORES PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EM IDOSOS INTERNADOS E MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO NA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA

Locais onde o projeto será desenvolvido:

Universidade de Santo Amaro UNISA, Campus I.

Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital Municipal Campo Limpo)

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto intitulado “Fatores psicológicos identificados em idosos internados e mecanismo de enfrentamento na relação saúde-doença”, do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela mestrandia Lilian Elizabeth Cassia Leite Ladessa, sob orientação da Profa. Dra. Carolina Nunes França.

O objetivo deste estudo é avaliar a saúde geral da população idosa do hospital citado, sob uma perspectiva psicológica, buscando estimar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, prevalência de estresse percebido e os recursos de enfrentamento mais comumente utilizados.

A pesquisadora se apresentará aos pacientes e fará a explicação da proposta do presente projeto. Haverá uma apresentação sobre o objetivo do projeto e aqueles que se mostrarem interessados serão convidados a preencherem e assinarem este Termo de Consentimento.

A pesquisadora ficará atenta aos fatores que possam trazer alguma dúvida, e maiores esclarecimentos de como preencher devidamente podem ser solicitados a qualquer momento.

Os pacientes serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa. Serão incluídos pacientes internados na enfermaria da clínica médica do pronto socorro do Hospital Municipal Mauro Pires da Rocha com idade igual ou superior a 60 anos. Os critérios de exclusão adotados serão: não assinatura do termo de consentimento; pacientes que não estejam conscientes ou contactantes para responder aos questionários ou apresentem diagnóstico prévio de distúrbio mental.

Após avaliação pelo profissional responsável pelo projeto, os pacientes serão entrevistados e submetidos à avaliação psicológica por uma única pesquisadora de campo treinada e habilitada para estudos desta natureza. Além disso, características socioeconômicas,

demográficas e clínicas serão coletadas do prontuário assistencial. Além disso, serão utilizados como instrumentos de coleta de dados: Escala de sofrimento psíquico: *Self*

Report Questionnaire (SRQ- 20), escala de estresse percebido, escala Modos de Enfrentar Problemas – EMEP e escala de ansiedade e depressão em hospitais (HAD).

Os resultados a partir da análise dos dados serão confidenciais e utilizados de forma anônima para permitir a análise dos resultados e conclusões do estudo.

Os riscos envolvem constrangimento ao responder ao questionário sócio demográfico e às perguntas constantes nas escalas que serão utilizadas. Os pesquisadores esperam identificar fatores associados à ansiedade e depressão em idosos, que causam danos não apenas aos pacientes, mas também aos seus familiares. Além disso, propiciar aos profissionais da área da saúde compreensão dos fatores subjetivos do processo de saúde-doença.

Os pesquisadores responsáveis são a Prof^a Dra. Carolina Nunes França e Lilian Elizabeth Cassia Leite Ladessa, que podem ser encontrados no Campus I da Universidade de Santo Amaro – UNISA, endereço Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e interrupção da participação no estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que o sujeito de pesquisa tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

ANEXO: 2 – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EM IDOSOS INTERNADO
MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO NA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA

Pesquisador: lilian elizabeth cassia leite ladessa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61377916.0.3001.5452

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.928.573

Apresentação do Projeto:

1.1. O adoecimento

O adoecimento causa um forte impacto na vida do ser humano em seu aspecto físico e psicossocial vez que, dentre outras razões, não faz parte do projeto de vida das pessoas.1 A necessidade de internação, por conta desse adoecimento, faz que a pessoa interrompa a rotina diária, de tal forma que lhe causa a perda temporária da função social, ficando vulnerável ao diagnóstico, sintomas da enfermidade, às condutas médicas e de enfermagem e às regras da instituição, que acabam por lhe gerar uma série de sentimentos de ansiedade sobre o futuro. 2 Some-se a isso que, embora os hospitais tenham se consolidado como centros de assistência médica curativa reabilitação com fins de aumentar a sobrevida e a melhora da qualidade de vida dos pacientes,1 também tem um caráterizado por significativo processo de despersonalização, em que o indivíduo internado deixou de ser visto como um ser único, com uma identidade, passando a ser tratado pela sua patologia ou pelo número do quarto ou leito que ocupa,3 o que vem deteriorando devido a diagnósticos cada vez mais precisos.

Endereço: Estrada de Itapeperica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7506

Fax: (11)3394-7512

E-mail: smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL



Continuação do Parecer: 1.928.573

1 A dor é parte integrante de todo o processo, sendo resultante de um dano real ou potencial dos tecidos (ou descrita em termos de tais lesões) acompanhada de aspectos emocionais, socioculturais e ambientais.⁴ A dor pode ser mal avaliada, negligenciada e sub-diagnosticada,^{1,5} podendo tornar invasivo e aversivo qualquer abordagem do espaço vital.¹ Cada pessoa significa a hospitalização de acordo com as características de sua personalidade, história de vida, seu contexto social, recursos emocionais, a relação estabelecida com a equipe de saúde, podendo vivenciar tal experiência de forma desadaptativa, vindo a desenvolver comorbidades.² Nesse cenário, a idade cronológica é um fator a ser avaliado. Considerando-se que o envelhecimento traz transformações biopsicossociais e à maneira como o indivíduo encara as diversidades da vida, concebe-se que a pessoa idosa pode apresentar maior fragilidade emocional e uma diminuição no nível de resiliência para enfrentar o adoecimento.²

1.2. O envelhecimento da população e agravos à saúde

No Brasil, passa a ser considerado como idoso o indivíduo de idade igual ou superior a sessenta anos.⁶ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2002, foi registrado o maior índice de longevidade no país, com média de idade de 68 anos, de tal forma que se espera que no ano de 2050 sejamos quase 2 milhões de pessoas idosas.⁷ A longevidade populacional trouxe o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como consequência, o que, segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável por 62% das causas de morte por motivo conhecido.⁸ De fato, a probabilidade de desenvolvimento de uma doença crônica e não-transmissível tem sido aumentada com o envelhecimento,⁹ de tal forma que a prevalência de doenças cardíacas, câncer, doença vascular encefálica, gripe, pneumonia, diabetes e arteriosclerose têm sido mais frequentemente diagnosticadas entre os idosos.⁹ Já no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 74% das mortes são por doenças crônicas não infecciosas, sendo que o maior índice está entre os idosos.⁸ Nesse sentido, os idosos, em especial os brasileiros, enfrentam mudanças constantes no âmbito biopsicossocial, o que o torna mais vulnerável às

Endereço: Estrada de Itapeceira, nº 1661
Bairro: Vila Maracanã **CEP:** 05.835-005
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3394-7506 **Fax:** (11)3394-7512 **E-mail:** smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL



Continuação do Parecer: 1.928.573

doenças e a fragilidades emocionais.⁷ Entende-se por fragilidade uma maior vulnerabilidade do indivíduo ao enfrentar as diversidades do cotidiano, enfrentando os desafios do próprio ambiente ou na redução da capacidade de enfrentamento.¹⁰ Logo, é comum que o sofrimento emocional decorrente da dificuldade de enfrentamento de uma dada situação cause o aparecimento de comorbidades como ansiedade, depressão e comportamentos agressivos.¹ Entre eles, a depressão frequentemente surge como quadro reativo à situação de hospitalização, independente de predisposição, podendo interferir na adesão ao tratamento e, sobretudo, no prognóstico, uma vez que pode interferir na luta pela vida ou entrega à morte. Já a ansiedade, dependendo de sua intensidade, pode causar variações de frequência cardíaca, de respiração, pressão sanguínea, sudorese, tremores trazendo desconforto e aumentando o nível de insegurança.¹¹ Especificamente entre os idosos, estudos realizados na população brasileira apontam que sintomas depressivos são verificados em 15% dos idosos, de tal forma que chega a uma prevalência de 30% em alguns municípios como Rio de Janeiro e Belo Horizonte.⁷ Quanto à ansiedade, há poucos estudos sobre a prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) para população acima de 65 anos.⁷ Nesse cenário, entende-se que a hospitalização, por exemplo, possa ser entendida como uma situação estressora. Logo, entende-se que, de fato, a situação de estresse é significada subjetivamente, de ta

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a saúde mental dos pacientes idosos internados na enfermaria de clínica médica do Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital Municipal Campo Limpo)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Avaliar a saúde mental geral da população idosa referida, com o intuito final de contribuir para a redução da morbi-mortalidade;
- Estimar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, prevalência de estresse percebido e os recursos de enfrentamento mais comumente

Endereço: Estrada de Itapecerica, nº 1661
Bairro: Vila Maracanã **CEP:** 05.835-005
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3394-7506 **Fax:** (11)3394-7512 **E-mail:** smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL



Continuação do Parecer: 1.928.573

utilizados dentro de saúde mental

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de extrema relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade como preconizado por este comitê de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_820871 E1.pdf	10/11/2016 14:51:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLilianCEP.docx	21/10/2016 15:36:43	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLELilian.docx	11/10/2016 12:53:20	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito
Outros	Questionariosociodemograficoeconomico.docx	07/10/2016 11:18:30	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito
Outros	termolilian.pdf	07/10/2016 11:09:36	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito
Outros	declaracaocoparticipante.pdf	05/10/2016 21:55:10	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoLilian.pdf	05/10/2016 21:41:31	lilian elizabeth cassia leite ladessa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Estrada de Itapecerica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7506

Fax: (11)3394-7512

E-mail: smensouza@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL



Continuação do Parecer: 1.928.573

SAO PAULO, 16 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
CARMEN UHLMANN DOMINGUES
(Coordenador)

ANEXO: 3 - Questionário sócio demográfico econômico

Data da aplicação: ____/____/____

Levantamento de dados do Prontuário:

Dias de internação no PSA _____ Dias de internação no hospital _____

Faz ou fez tratamento psiquiátrico? _____

Quantas internações já teve? _____ Diagnóstico: _____

Se faz ou fez tratamento psiquiátrico? _____

Doença: aguda () crônica ()

Dados Pessoais: Idade: _____ Gênero: Fem. () Masc. ()

1- Qual seu estado civil?

A) Casado () B) Solteiro () C) Separado () D) União estável () E) Viúvo ()

2- Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos);

3- A casa onde você mora é?

A) Própria () B) Alugada () C) Cedida ()

4) Sua casa está localizada em?

A) Zona rural () B) Zona urbana ()

5) Quantos anos você tem de escolaridade? _____

6) Você tem alguma religião?

A) Não () B) Sim () Qual? _____

7) Frequenta sua religião?

Não () B) Sim ()

8) Você trabalha atualmente?

A) Não () B) Sim ()

9) É aposentado?

Não () B) Sim ()

8) Qual sua renda mensal aproximada em salários mínimos?

9) Você recebe benefício social governamental? _____

qual? _____ valor atual: _____

9) Você contribui na renda familiar?

A) Não () B) Sim ()

ANEXO – 4 - Self Reporting Questionnaire – SRQ-20

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

- | | |
|--|-----------------|
| 1 - Dorme mal? | () sim () não |
| 2 - Tem má digestão? | () sim () não |
| 3 - Tem falta de apetite? | () sim () não |
| 4 - Tem tremores nas mãos? | () sim () não |
| 5 - Assusta-se com facilidade? | () sim () não |
| 6 - Você se cansa com facilidade? | () sim () não |
| 7 - Sente-se cansado (a) o tempo todo? | () sim () não |
| 8 - Tem se sentido triste ultimamente? | () sim () não |
| 9 - Tem chorado mais do que de costume? | () sim () não |
| 10 - Tem dores de cabeça frequentemente? | () sim () não |
| 11 - Tem tido ideia de acabar com a vida? | () sim () não |
| 12 - Tem dificuldade para tomar decisões? | () sim () não |
| 13 - Tem perdido o interesse pelas coisas? | () sim () não |
| 14 - Tem dificuldade de pensar com clareza? | () sim () não |
| 15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida? | () sim () não |
| 16 - Tem sensações desagradáveis no estômago? | () sim () não |
| 17 - Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? | () sim () não |
| 18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | () sim () não |
| 19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento? | () sim () não |
| 20 - Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias? | () sim () não |

ANEXO 5 - ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

Instruções

As pessoas reagem de diferentes maneiras nas situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está fazendo para enfrentar a sua situação familiar de cuidador de _____ (nome do paciente). Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação de cuidador.

1	2	3	4	5
Você nunca faz isso	Você faz isso um pouco	E Você faz isso às vezes	Você faz isso muito	Você faz isso sempre

Item	Alternativas de respostas				
	1	2	3	4	5
1. Você leva em conta o lado positivo das coisas?	1	2	3	4	5
2. Você se culpa?	1	2	3	4	5
3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação?	1	2	3	4	5
4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo?	1	2	3	4	5
5. Procura um culpado para a situação?	1	2	3	4	5
6. Espera que um milagre aconteça?	1	2	3	4	5
7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?	1	2	3	4	5
8. Você reza / ora?	1	2	3	4	5
9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo?	1	2	3	4	5
10. Você insiste e luta pelo que quer?	1	2	3	4	5
11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo?	1	2	3	4	5
12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer?	1	2	3	4	5
13. Desconta em outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Encontra diferentes soluções para o seu problema?	1	2	3	4	5
15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista?	1	2	3	4	5
16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida?	1	2	3	4	5
18. Você desejaria mudar o modo como você se sente?	1	2	3	4	5
19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém?	1	2	3	4	5

20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema?	1	2	3	4	5
21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema?	1	2	3	4	5

22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si?	1	2	3	4	5
23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema?	1	2	3	4	5
24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem sucedido?	1	2	3	4	5
25. Você acha que as pessoas foram injustas com você?	1	2	3	4	5
26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está?	1	2	3	4	5
27. Tenta esquecer o problema todo?	1	2	3	4	5
28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente?	1	2	3	4	5
29. Você culpa os outros?	1	2	3	4	5
30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores?	1	2	3	4	5
31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o seu problema?	1	2	3	4	5
32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria idéia?	1	2	3	4	5
33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo?	1	2	3	4	5
34. Procura se afastar das pessoas em geral?	1	2	3	4	5
35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer?	1	2	3	4	5
36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez?	1	2	3	4	5
37. Descobre quem mais é ou foi o responsável?	1	2	3	4	5
38. Pensa em coisas fantásticas ou irreais (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor?	1	2	3	4	5
39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela?	1	2	3	4	5
40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu?	1	2	3	4	5
41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você?	1	2	3	4	5
42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo?	1	2	3	4	5
43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação?	1	2	3	4	5
44. Você se apega à sua fé para superar esta situação?	1	2	3	4	5
45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema?	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação com o cuidador?

ANEXO 6- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO 7 - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD

Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica
Botega, A. T. et al.

Rev. Saúde Pública, 29(5), 1995

ANEXO

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD)

d
o
b
r
a
r

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD*

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você 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 |
| <hr/> | |
| 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 |
| <hr/> | |
| 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 |
| <hr/> | |
| D | Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: |
| 0 | () Do mesmo jeito que antes |
| 1 | () Atualmente um pouco menos |
| 2 | () Atualmente bem menos |
| 3 | () Não consigo mais |
| <hr/> | |
| A | Estou com a cabeça cheia de preocupações: |
| 3 | () A maior parte do tempo |
| 2 | () Boa parte do tempo |
| 1 | () De vez em quando |
| 0 | () Raramente |
| <hr/> | |
| D | Eu me sinto alegre: |
| 3 | () Nunca |
| 2 | () Poucas vezes |
| 1 | () Muitas vezes |
| 0 | () A maior parte do tempo |
| <hr/> | |
| A | Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: |
| 0 | () Sim, quase sempre |
| 1 | () Muitas vezes |
| 2 | () Poucas vezes |
| 3 | () Nunca |
| <hr/> | |
| D | Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: |
| 3 | () Quase sempre |
| 2 | () Muitas vezes |
| 1 | () De vez em quando |
| 0 | () Nunca |
| <hr/> | |
| A | Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: |
| 0 | () Nunca |
| 1 | () De vez em quando |
| 2 | () Muitas vezes |
| 3 | () Quase sempre |

- D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim
- D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca
- A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso
- D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

- A — D —

ANEXO 8 - Formulário de avaliação das atividades de vida diária

Nome:		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal			
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro			
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo	
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)			
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido	
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações			
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	
Transferência			
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama	
Continência			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	Tem "acidentes"* ocasionais * acidentes= perdasurinárias ou fecais	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente	
Alimentação			

<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral
--	---	---

Fonte: Katz, 1963

ANEXO 9 - Escala para avaliação das incapacidades nas AIVDs, desenvolvida por Lawton e Brody e adaptada ao contexto brasileiro.

Nome:

Data: ___/___/_____

Esta entrevista tem como propósito o nível da condição funcional da Sr.. por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades no seu dia - a - dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

Em relação ao uso do telefone.....

a) Telefone

- ()³ recebe e faz ligações sem assistência
- ()² necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- ()¹ não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

Em relação as viagens.....

b) viagens

- ()³ realiza viagens sózinha
- ()² somente viaja quando tem companhia
- ()¹ não tem o hábito ou é incapaz de viajar

Em relação à realização das compras.....

c) compras

- ()³ realiza compras , quando fornecido transporte
- ()² somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo de refeições.....

d) preparo das refeições

- ()³ planeja e cozinha as refeições completas

- ()² prepara apenas refeições pequenas ou quando recebe ajuda
()¹ não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

Em relação ao trabalho doméstico....

e) trabalho doméstico

- ()³ realiza tarefas pesadas
()² realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
()¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação aos medicamentos.....

f) medicações

- ()³ faz uso de medicações sem assistência
()² necessita de lembrete ou de assistência
()¹ é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos

Em relação ao manuseio de dinheiro.....

g) dinheiro

- ()³ preenche cheque ou paga contas sem auxílio
()² necessita de assistência para uso de cheques e contas
()¹ não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas....

Classificação

- () Dependência total = ≤ 5 (P_{25})
() Dependência parcial = $> 5 < 21$ ($>P_{25} < P_{100}$)
() Independência = 21 (P_{100})