

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI E SEU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

ZGODA, Izabella¹
MAGNAGNAGNO, Odirlei Antonio²
LISE, Andrea Maria Rigo³
MEIRA, Rafael Zielinski Cavalheiro⁴
REOLON, Luiza Trevisan⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como também observar a correlação entre suas características e a ocorrência dos sintomas. **Métodos:** estudo prospectivo realizado com familiares de pacientes internados em uma UTI com 20 leitos, em um hospital misto da cidade de Cascavel - Paraná (Brasil). As ferramentas de pesquisa consistiram em dois questionários direcionados aos familiares, sendo um para análise das características sociodemográficas e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) para avaliar a presença de sintomas ansiosos e depressivos entre mesmos. Para a coleta de dados do paciente, o prontuário médico eletrônico foi utilizado. **Resultados:** um total de 111 familiares de 83 pacientes foram entrevistados, sendo maioria do sexo feminino, com uma idade média de 45,9 anos. A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão encontrada foi de 54,9% e 22,5%, respectivamente, sendo que 23 (20,7%) familiares apresentavam ambos os sintomas. Nenhuma associação estatística significante foi encontrada correlacionando as características dos familiares e os sintomas. **Considerações finais:** a grande prevalência de sintomas de ansiedade e depressão constata que deve-se ter um olhar atento aos que os apresentam, demonstrando que a forma de cuidado do familiar deve ser vista de outro modo e que eles necessitam de cuidado tanto quanto os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: UTI, familiares, ansiedade e depressão.

SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN ICU PATIENTS' RELATIVES AND THEIR SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE

ABSTRACT

Objective: to evaluate the prevalence of depressive and anxious symptoms in relatives of Intensive Care Unit (ICU) patients, as well as to observe the correlation between their characteristics and the occurrence of symptoms. **Methods:** a prospective study conducted with family members of patients admitted to a 20 - bed ICU in a mixed hospital in the city of Cascavel - Paraná (Brazil). The research tools consisted of two questionnaires directed at family members, one for analysis of sociodemographic characteristics and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to assess the presence of anxious and depressive symptoms among them. For patient data collection, the electronic medical record was used. **Results:** a total of 111 relatives of 83 patients were interviewed, most of them female, with an average age of 45.9 years. The prevalence of anxiety and depression symptoms was 54.9% and 22.5%, respectively, with 23 (20.7%) relatives had both symptoms. No significant statistically associations were found correlating family characteristics and symptoms. **Conclusion:** the high prevalence of anxiety and depression symptoms shows that one should take a close look at those who present them, demonstrating that family members' care should be viewed differently and that they need care as much as patients.

KEYWORDS: ICU, relatives, anxiety and depression.

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Av. das Torres, 500 – Loteamento FAG, e-mail: izabellazgoda@gmail.com

² Professor orientador, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG, e-mail: odirlei@fag.edu.br

³ Professora co-orientadora, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG, e-mail: andrealise2094@hotmail.com

⁴ Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Av. das Torres, 500 – Loteamento FAG, e-mail: rafaelz15@hotmail.com

⁵ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Av. das Torres, 500 – Loteamento FAG, e-mail: ltreolon@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos e ansiosos têm um alto índice de prevalência atualmente. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2017 divulgou que em 2015, o último ano do qual se tem dados estatísticos, havia 322 milhões de pessoas no mundo (4,4%) com depressão e a estimativa é de que houve um aumento de 18,4% em dez anos. Com relação à ansiedade, a proporção era de 3,6%, cerca de 254 milhões de indivíduos convivendo com o transtorno, e o aumento em dez anos foi de 14,9%. No Brasil, a prevalência para a depressão é de 5,8% e de 9,3% para a ansiedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ambos os transtornos não se restringem somente ao sentimento de tristeza, estresse ou medo. A característica que predomina na depressão é o humor triste, vazio ou irritável, associado a alterações somáticas e cognitivas, motivos de incapacidade ao indivíduo. Já nos transtornos de ansiedade, há a presença de medo e ansiedade excessivos, superestimados e que persistem por períodos além daqueles considerados adaptativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada como uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010). O conceito da UTI aliado às rotinas do setor, como os vários procedimentos agressivos e invasivos realizados, tornam o ambiente estigmatizado e diversas vezes geram concepções errôneas (PUPULIM *et al*, 2008).

O fato de ter um ente querido internado no setor, remete em muitas famílias a iminência da morte e tal possibilidade aliada a mudanças na rotina decorrentes disso provocam sentimentos de medo e angústia, além de fazer com que o indivíduo sinta-se sobrecarregado com tudo que está ocorrendo ao seu redor. Associando-se a questões intrínsecas de cada pessoa, pode haver desfechos psicológicos negativos (FILHO *et al*, 2004; FERREIRA; MENDES, 2013; MATT *et al*, 2017).

Nesse sentido, estabelece-se como problema desta pesquisa identificar o sofrimento de familiares de pacientes internados em uma UTI em dados objetivos a partir de sintomas ansiosos e depressivos, descrevendo quais as variáveis mais predominantes entre os mesmos e a correlação com esses sintomas.

O objetivo do presente estudo é demonstrar o quanto o estado do paciente internado na UTI interfere no estado emocional dos familiares.

O artigo está estruturado em resumo, palavras-chave, introdução, fundamentação teórica,

metodologia, resultados e discussões e considerações finais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pacientes graves, com risco de vida e que necessitam de atendimento mais especializado, incluindo monitorização contínua e cuidados altamente complexos, são direcionados à UTI na tentativa de melhorar o seu estado de saúde (URIZZI *et al*, 2008). Sabe-se que este local é visto por muitas pessoas como o “corredor da morte”, e tratando-se de um ente querido essa percepção agregada aos sentimentos de medo da morte, angústia e desespero torna o ambiente extremamente hostil tanto para o paciente quanto para seus familiares (FERREIRA; MENDES, 2013; GOTARDO; SILVA, 2005).

O paciente, quando na UTI, encontra-se num ambiente altamente tecnológico e entregue aos cuidados de profissionais da saúde. Nessas condições, sente-se inseguro e debilitado, além de isolado e afastado de seus familiares (BETTINELLI *et al*, 2007). Assim, a família constitui uma potente força afetiva aos que estão sob o cuidado do intensivista, pois são eles os principais representantes de seu vínculo com a vida, como também são fontes de motivação para enfrentar o sofrimento (GOTARDO; SILVA, 2005).

Levando em consideração que a hospitalização em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, a ansiedade revela-se na família (FILHO *et al*, 2004; URIZZI *et al*, 2008). E sendo uma extensão do paciente, o cuidar deste também requer cuidar de suas pessoas queridas e dar o suporte em suas necessidades emocionais (GOTARDO; SILVA, 2005).

A partir do momento da internação no setor, o familiar do paciente passa a vivenciar novos sentimentos, percebendo sua fragilidade e suas necessidades. Ao menor sinal de que algo saiu do contexto da normalidade, esses sentimentos intensificam-se (FRIZON *et al*, 2011). O desequilíbrio é notado pela diminuição das horas de sono, problemas relacionados à alimentação e aumento no uso de medicamentos para aliviar a ansiedade (URIZZI *et al*, 2008).

Mesmo com todos esses sentimentos deflagrados, os familiares tentam manter a esperança diante da situação, sendo uma forma de “sustentação emocional”, o que permitirá que eles possam visitar seus entes e não se deparar somente com o pensamento da morte, aliviando o sofrimento. É como se a esperança fosse um suporte, um “onde se segurar”, para conseguir estar presente até os últimos momentos (FERREIRA; MENDES, 2013).

Fatores como aparelhos diferenciados e altamente tecnológicos e sons a todo momento, contribuem para gerar tensão e estresse para todos aqueles que frequentam o ambiente, incluindo os que trabalham no local, paciente ou família (URIZZI *et al*, 2008). Destaca-se, ainda, outros motivos

que podem exacerbar tais desequilíbrios para a família, como: o desconhecimento do real estado do seu ente; a idade do paciente; as experiências anteriores; a gravidade do estado do paciente; e o contato reduzido com a equipe da unidade (GOTARDO; SILVA, 2005).

Por outro lado, os profissionais de saúde que trabalham no setor de Terapia Intensiva também relatam dificuldades na comunicação com os familiares, constituindo uma tarefa cansativa em alguns momentos, e um dos motivos é a incompreensão das informações repassadas (SANTOS; SILVA, 2006). Pode-se observar que, na maioria das vezes, o diálogo com os familiares é específico, utilizando-se termos técnicos e jargões de difícil entendimento para leigos (GOTARDO; SILVA, 2005; BETTINELLI; ROSA, 2007).

Além do mais, o domínio de conhecimentos técnico-científicos exigidos sobre equipamentos, medicamentos e rotinas estimula a equipe a agir de forma calma e fria, contribuindo ainda mais para o não envolvimento emocional com as situações que ocorrem no setor (URIZZI *et al*, 2008; SANTOS; SILVA, 2006).

A priorização dos procedimentos por parte dos que trabalham na UTI, essenciais para o equilíbrio fisiológico do paciente, faz com que outras questões do atendimento à saúde tornem-se secundárias, deixando a família à margem dos acontecimentos (GOTARDO; SILVA, 2005; BETTINELLI; ROSA, 2007).

É essencial que o profissional tenha empatia pelo paciente e sua família, tendo a consciência do valor da vida que cuidam. Sendo assim, é preciso falar com o outro da melhor forma possível, escutar o familiar, entendendo o seu sofrimento, ajudá-lo a sentir-se mais seguro e proporcionar-lhe um ambiente agradável e hospitalero (BETTINELLI; ROSA, 2007). Contudo, é presumível que a relação entre familiares e equipe de saúde permaneça distante caso não houver o reconhecimento de que a experiência de cada indivíduo é única (URIZZI *et al*, 2008; SANTOS; SILVA, 2006).

Assim, faz-se necessário saber sobre as percepções e sentimentos dos familiares e identificar sintomas de ansiedade; corrigir eventuais distorções sobre informações obtidas; integrar, quando possível, os familiares nas decisões de tratamento; mostrar-se disponível para dar informações; explicar os procedimentos realizados e seus benefícios sempre que possível. Então, conhecer a população atendida e os fatores tidos como estressantes para os familiares pode facilitar o atendimento humanizado e reduzir os níveis de estresse e alterações psiquiátricas subsequentes (FILHO *et al*, 2004; DA COSTA *et al*, 2010).

É imprescindível a organização da gestão institucional, objetivando oferecer melhores condições de trabalho, recursos humanos, espaço físico adequado e ocupado por multiprofissionais e um treinamento profissional visando o acolhimento do familiar para que a mudança ocorra e seja efetiva (URIZZI *et al*, 2008; FRIZON *et al*, 2011; SANTOS; SILVA, 2006).

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido a partir da análise de uma pesquisa de campo, transversal, de natureza exploratória e com abordagem quantitativa, com duração de quatro meses, sendo realizada entre os meses de Fevereiro/2019 e Junho/2019.

A pesquisa foi realizada no município de Cascavel/PR, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Lucas, a qual conta com 20 leitos divididos entre o setor privado e público, sendo 7 deles obrigatoriamente para pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Na forma de organização do trabalho há uma divisão da UTI em duas partes, a ilha 1, que abrange os leitos de 01 a 10, e a ilha 2, responsável pelos leitos 11 a 20. Em cada ilha há um médico plantonista, um enfermeiro e cinco técnicos de enfermagem, sendo que cada técnico de enfermagem responsabiliza-se por 2 pacientes, já o médico e o enfermeiro por todos pacientes admitidos em sua parte, a ilha 1 ou a ilha 2. Além disso, a equipe é composta por outros profissionais, sendo: farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

A política do hospital permite um acompanhante das 08:00 às 20:00, sendo possível a troca durante os dois horários de visita (11:00-11:30 e 17:00-17:30). Nesses horários determinados duas pessoas podem visitar o paciente. Na admissão do enfermo são realizadas explicações acerca da internação e da UTI e um panfleto informativo é entregue aos acompanhantes.

As ferramentas de pesquisa consistiram em dois questionários com perguntas direcionadas aos familiares, sendo um para análise das características sociodemográficas, incluindo sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de parentesco e religião, e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) versão validada em português utilizada para avaliar a presença de sintomas ansiosos e depressivos entre mesmos. Com relação ao paciente internado na UTI, o prontuário médico eletrônico foi utilizado para a coleta dos seguintes dados: data de admissão no hospital, data de internamento na UTI, idade, sexo e diagnóstico.

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar foi desenvolvida como sendo uma ferramenta de rastreamento para pacientes, porém é válida e já foi utilizada em diversos artigos para os familiares de pacientes internados (FUMIS *et al*, 2015; MATT *et al*, 2017; OLIVEIRA; FUMIS, 2018; POCHARD *et al*, 2001; POCHARD *et al*, 2005; MARUITI *et al*, 2008; ANDERSON *et al*, 2008; YOUNG *et al*, ÇELIK *et al*, 2016; KÖSE *et al*, 2016). Ela é composta por 14 itens divididos em duas subescalas, a HADS-A, para ansiedade, e a HADS-D, para depressão. Cada item oferece quatro respostas graduadas de 0 a 3 pontos. Para cada subescala, o resultado varia de 0 a 21 e podem ser enquadrados em três classificações, definidas pelos autores da escala como: improvável (0-7), possível (8-11) e provável (12-21). Para este trabalho utilizou-se o ponto de corte maior que dez (>

10) para cada uma das condições. É importante salientar que essa escala não é feita para o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo, sendo somente para a avaliação dos sintomas (FUMIS *et al*, 2015; ZIGMOND; SNAITH, 1983; BOTEGA *et al*, 1995).

Os familiares elegíveis para a pesquisa deveriam ter mais que 18 anos, ser parentes de primeiro grau de algum paciente internado na UTI e aceitar fazer parte da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes foi entregue. O número total de familiares entrevistados foi de 111.

Durante a abordagem ao familiar, foi realizada uma breve explicação sobre os objetivos da pesquisa, como também sobre o correto preenchimento dos questionários. As entrevistas foram realizadas após o horário de visita vespertino, durante a espera para a conversa com o médico responsável, e duraram cerca de 5 minutos para sua completa realização.

Após a conclusão da coleta de dados, estes foram armazenados em um banco de dados realizado a partir do Numbers Software. Elaborou-se tabelas para a realização das devidas comparações e concretização do estudo.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do software estatístico PAST 3.24. Realizou-se a análise univariada para avaliar a associação entre as variáveis em estudo e o desfecho (sintomas de ansiedade e depressão), utilizando-se o teste qui-quadrado. Foram consideradas diferenças significativas aquelas com nível de significância menor de 5% (valor-p > 0.05).

Para o início da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG e aprovado sob o CAAE n. 02615218.4.0000.5219.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS FAMILIARES E PACIENTES

Todos os indivíduos entrevistados que se enquadravam nos critérios de ter mais que 18 anos e ser parente de primeiro grau de algum paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva estavam aptos a participar da pesquisa, o que resultou em um número de 119 familiares. No entanto, oito responderam a escala HAD de maneira incompleta, acarretando dificuldades para a obtenção do resultado e, portanto, foram excluídos da amostra final total. Desse modo, a amostra final foi composta por 111 familiares de 83 pacientes.

De acordo com a Tabela 1 dentre todos os familiares da amostra, 65 eram do sexo feminino (58,5%) e 46 eram do sexo masculino (41,4%), com idade variando de 19 a 73 anos, alcançando uma

média de 45,9 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria (74,8%) apresentou-se como casado, seguido por solteiros (18%) e, por fim, divorciados e viúvos, ambos com a mesma porcentagem de 3,6%. Em relação ao grau de parentesco, no local de espera para a visita à UTI, 72 filhos (64,9%) estavam presentes, representando a grande parte entre todos os parentes de primeiro grau avaliados.

Também foram verificados dados relacionados à escolaridade, sendo encontrados resultados para primeiro grau completo, segundo grau completo e ensino superior. A grande maioria dos entrevistados (43,2%) possuía primeiro grau completo, seguido de ensino superior (28,8%) e segundo grau completo (27,9%).

Em relação aos pacientes, 47 eram do sexo masculino (56,6%), com uma média de idade de 62,7 (13-88) anos e uma média de 8,1 dias de tempo de permanência no setor, variando de 1 dia a 38 dias.

Tabela 1 - Características dos familiares de pacientes internados em UTI

Familiares, n = 111	N	%
Sexo		
Feminino	65	58,5%
Masculino	46	41,4%
Grau de Parentesco		
Pai/mãe	8	7,2%
Filho (a)	72	64,9%
Irmão (ã)	11	9,9%
Cônjuge	20	18%
Estado civil		
Casado	83	74,8%
Divorciado	4	3,6%
Solteiro	20	18%
Viúvo	4	3,6%
Escolaridade		
Primeiro grau completo	48	43,2%
Segundo grau completo	31	27,9%
Ensino superior	32	28,8%

Fonte: elaborado pelos autores.

4.2 MENSURAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A tabela 2 mostra a análise estatística realizada para as variáveis encontradas entre os familiares

de pacientes internados em UTI com relação aos sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 2 - Análise univariada (Qui-quadrado): Associação dos fatores com o desfecho (sintomas de ansiedade e depressão)

Variáveis	Ansiedade				X ²	Valor-p	Depressão				X ²	Valor-p				
	Sim		Não				Sim		Não							
	N	(%)	N	(%)			N	(%)	N	(%)						
Escolaridade																
Primeiro Grau	28	25,2%	20	18,0%			11	9,9%	37	33,3%						
Segundo Grau	15	13,5%	16	14,4%	0,78	0,67	7	6,3%	24	21,6%	0,01	0,99				
Terceiro Grau	18	16,2%	14	12,6%			7	6,3%	25	22,5%						
Idade																
> 30 anos	14	12,6%	5	4,5%			5	4,5%	14	12,6%						
31 a 40 anos	7	6,3%	9	8,1%			3	2,7%	14	12,6%						
41 a 50 anos	13	11,7%	16	14,4%	5,52	0,23	5	4,5%	24	21,6%	1,41	0,85				
51 a 60 anos	19	17,1%	14	12,6%			8	7,2%	24	21,6%						
>60 anos	8	7,2%	6	5,4%			4	3,6%	10	9,0%						
Estado Civil																
Casado	43	38,7%	40	36,0%			18	16,2%	65	58,6%						
Divorciado	2	1,8%	2	1,8%			0	0,0%	4	3,6%						
Solteiro	14	12,6%	6	5,4%	2,24	0,52	6	5,4%	14	12,6%	1,85	0,60				
Viúvo	2	1,8%	2	1,8%			1	0,9%	3	2,7%						
Grau de Parentesco																
Cônjuge	10	9,0%	10	9,0%			4	3,6%	16	14,4%						
Filho	38	34,2%	34	30,6%	1,96	0,57	17	15,3%	55	49,5%	0,26	0,96				
Irmão	7	6,3%	4	3,6%			2	1,8%	9	8,1%						
Pais	6	5,4%	2	1,8%			2	1,8%	6	5,4%						
Sexo																
Feminino	38	34,2%	27	24,3%	0,77	0,37	15	13,5%	50	45,0%	0,02	0,86				

Fonte: elaborado pelos autores.

*Diferença significativa entre os grupos se p < 0,05. Teste qui-quadrado.

A família pode ser composta por indivíduos que estão ligados por consanguinidade ou não e sua característica principal é o compartilhamento de laços afetivos e vínculos emocionais entre os indivíduos que a compõem, atribuindo o cuidado de uns aos outros (FONSECA *et al*, 2019).

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) nos permitiu analisar a variedade de sintomas ansiosos e depressivos entre 111 familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. A pontuação média nas subescalas foi de 9,9 e 6,7 para ansiedade e depressão, respectivamente.

Dentre todos os familiares, 61 apresentaram sintomas de ansiedade (54,9%) e 25 tinham sintomas de depressão (22,5%), sendo que em 23 evidenciou-se ambos os sintomas (20,7%), corroborando com a literatura, em que verifica-se taxas consideradas altas para os sintomas presentes

nesta população estudada, com uma média de 55,3% para a ansiedade e 42,3% para a depressão entre os artigos encontrados (FUMIS *et al*, 2015; POCHARD *et al*, 2001; POCHARD *et al*, 2005; MARUITI *et al*, 2008; ANDERSON *et al*, 2008; YOUNG *et al*, 2005; ÇELIK *et al*, 2016; KÖSE *et al*, 2016). Embora os números para os sintomas depressivos estejam abaixo da média encontrada, ainda consideram-se altos. Uma pesquisa realizada em 2015, com 471 familiares entrevistados, em uma UTI com uma política que permite a visita aos pacientes 24 horas por dia retratou níveis menores dos sintomas, sendo 34% para a ansiedade e 17% para a depressão (FUMIS *et al*, 2015). Outro estudo conduzido com 350 familiares, em 2016, reportou os maiores índices dentre os artigos pesquisados, com taxas de 81,4% para ansiedade e 94,2% para depressão (ÇELIK *et al*, 2016).

Sentir-se sobrecarregado num ambiente tão hostil e local onde um ente se encontra é um grande fator preditor para alguns desfechos psicológicos, tais como ansiedade e depressão. Os estressores conhecidos são inúmeros, podendo citar a severidade da doença do paciente, o próprio ambiente da UTI, o sentimento de incerteza sobre o que irá acontecer e a falta de informações pelos clínicos (MATT *et al*, 2017). Porém, é visto que nos momentos difíceis, como em um internamento em UTI, as famílias brasileiras unem-se e permanecem juntas (FUMIS *et al*, 2015).

De acordo com a análise estatística, não houve associação entre o sexo do familiar e a presença dos sintomas de ansiedade ($p = 0,37$) e depressão ($p = 0,86$). Porém em outros estudos a prevalência no sexo feminino sobressaía, o que pode ser explicado pela presença de condicionamentos moldados para homens e mulheres na sociedade que perdura até os dias de hoje, sendo que a mulher é caracterizada por assumir um comportamento mais passivo e por externalizar suas emoções, diferentemente dos homens (FUMIS *et al*, 2015; MATT *et al*, 2017; OLIVEIRA; FUMIS, 2018; POCHARD *et al*, 2001; PAPARRIGOPOULOS *et al*, 2006; DELFINI *et al*, 2009).

Sabe-se que alguns hormônios femininos são importantes para a regulação do comportamento das mulheres e, portanto, a maior prevalência no sexo feminino para tais sintomas também explica-se por fatores biológicos (SHEAR, 1997).

Em estudos conduzidos nos anos de 2005 e 2008 foram observadas altas taxas para sintomas de ansiedade e depressão em cônjuges. Isso pode ser comprovado pela intensa relação entre marido e mulher, em que há uma maior troca de experiências afetivas (POCHARD *et al*, 2005; MARUITI *et al*, 2008). Em outro estudo realizado no ano de 2017, no Brasil, taxas menores foram verificadas, porém a UTI avaliada permitia o acompanhamento do paciente por um familiar 24 horas por dia, o que a diferencia das demais UTI's em pesquisa (OLIVEIRA; FUMIS, 2018). No entanto, neste estudo, a análise univariada não demonstrou relação entre as variáveis grau de parentesco e presença de sintomas de ansiedade ($p = 0,57$) e depressão ($p = 0,96$).

Não houve relação neste estudo entre o estado civil do familiar e a presença de sintomas

ansiosos ($p = 0,52$) e depressivos ($p = 0,60$). Em uma revisão de estudos publicada em 2007 na revista *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* constatou que em solteiros na população em geral havia a maior probabilidade de ocorrência de transtornos afetivos 30. Em contraste com estes achados, um estudo realizado no ano de 2016 na Turquia demonstrou associação entre altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão em familiares casados no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (Çelik *et al.*, 2016). Essas diferenças podem ser explicadas pelas diferenças metodológicas das pesquisas, como também por fatores culturais e relacionados ao ambiente em que as pessoas se encontram em algumas situações de suas vidas.

Na correlação entre a escolaridade e a presença de sintomas, obtivemos $p = 0,67$ para a ansiedade e $p = 0,99$ para a depressão, resultados que indicam não haver relação estatística significativa entre as variáveis estudadas. Porém, na literatura há evidências de que familiares com um nível educacional baixo são mais propensos à ansiedade e possuem mais necessidades do que aqueles com mais estudo, podendo refletir numa maior dificuldade de compreensão acerca da doença e da hospitalização de seu familiar (LEACH *et al.*, 2013).

A internação de um ente na UTI é fator para que haja maior exigência psicológica por quem está vivenciando-a. Portanto é necessário que nesses casos as necessidades biológicas, psicossociais e espirituais desses familiares sejam atendidas, visto que se trata de um transtorno ainda não diagnosticado, mas que pode ocorrer a exacerbação de sintomas e evoluir para uma doença (MARUITI *et al.*, 2008; FONSECA *et al.*, 2009).

No *guideline* desenvolvido pelo *American College of Critical Care Medicine* em 2016 pode-se encontrar recomendações para o cuidado com a família baseando-se nas evidências atuais, realçando a importância de permitir a presença de um familiar ao lado do paciente, mesmo nos momentos de esforços para a ressuscitação, estando um profissional responsável pelo seu suporte; a entrega de folhetos aos familiares com informações referentes à UTI e seu funcionamento; a comunicação com empatia; e o treinamento da equipe para um suporte adequado ao familiar, tanto quanto do paciente (DAVIDSON *et al.*, 2017).

O estudo possui várias limitações. A primeira explica-se pela avaliação de familiares em apenas uma UTI de um único hospital. Também, não houve verificação daqueles que possuíam transtornos psiquiátricos já diagnosticados, uso de medicamentos e experiência prévia com a terapia intensiva. Além disso, não foi realizado o acompanhamento dos familiares para observar e relatar as possíveis mudanças na prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de nenhuma característica dos familiares se correlacionar significativamente com os sintomas ansiosos e depressivos, pode-se observar neste estudo a grande prevalência de sintomas de ansiedade e um número abaixo da média para os sintomas depressivos, porém, ainda assim, deve-se ter um olhar atento aos que os apresentam. Isso demonstra que a forma de cuidado do familiar deve ser vista de outro modo e que eles necessitam de cuidado tanto quanto os pacientes.

As manifestações dos sinais e sintomas ansiosos e depressivos devem ser notadas e investigadas pela equipe, que deve agir prontamente de modo a aliviá-los. Mudanças devem ocorrer para proporcionar o melhor bem-estar para os que frequentam o ambiente da UTI, ações que podem fazer com que a experiência torne-se menos estressante. Portanto o cuidado da família deve ser integrado à prática diária pelos profissionais.

O reconhecimento precoce de sinais e sintomas de depressão e/ou ansiedade em familiares de pacientes internados em UTI faz-se necessário para tomar medidas de prevenção ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos, como também minimizar a interferência nas condições de saúde do paciente internado.

Acredita-se que os resultados apresentados no estudo colaborem para um aprimoramento da prática profissional e da assistência fornecida aos familiares do paciente internado na UTI, como também guiem futuros estudos que aprofundem o tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2014.

ANDERSON, W. G. *et al* Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 11, p. 1871-1876, 2008.

BETTINELLI, L. A. *et al* Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 377, 2007.

BOTEGA, N. *et al* Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 fev. 2010.

ÇELIK, S. *et al* Genç G, Kinetli Y, Aşılıoğlu M, Sarı M, Madenoğlu Kıvanç M. Sleep problems, anxiety, depression and fatigue on family members of adult intensive care unit patients.

International Journal of Nursing Practice, v. 22, n. 5, p. 512-522, 2016.

Da Costa, J. B. *et al* Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p.182–189, 2010

DAVIDSON, J. *et al* Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 1, p. 103-128, 2017.

DELFINI, A. B. L. *et al* Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Adultos Hospitalizados: Rastreamento em Enfermaria Clínica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 12-22, 2009.

DELVA, D. *et al* Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units. **Social Work in Health Care**, v. 35, n. 4, p. 21-40, 2002.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista SBPH**; v. 16, n. 1, p. 88–112, 2013.

FILHO, W. D. L. *et al* As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Gerais. **Fam Saúde Desenv**, v. 6, n. 2, p. 100–119, 2004.

FONSECA, G. M. *et al* Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 21, n. 1, p. 312-327, 2019.

FRIZON, G. *et al* Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 72–78, 2001.

Fumis, R. R. L. *et al* Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. **Journal of Critical Care**, v. 30, n. 2, p. 440.e1-440.e6, 2015.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v.13, p. 223–228, 2005.

KÖSE, I. *et al* Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 31, n. 9, p. 611-617, 2016.

LEACH, L. S. *et al* Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 48, n. 3, p. 417-425, 2013.

MARUITI, M. R. *et al* Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 636-642, 2008.

MATT, B. *et al* Relatives' perception of stressors and psychological outcomes – Results from a survey study. **Journal of Critical Care**, v. 39, p. 172-177, 2017.

MATT, B. *et al* Relatives' perception of stressors and psychological outcomes - Results from a survey study. **Journal of Critical Care**, v. 39, p. 172-177, 2017.

OLIVEIRA, H.S.B.; FUMIS, R.R.L. Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 1, p. 35-41, 2018.

PAPARRIGOPOULOS, T. *et al* Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, n. 5, p. 719-722, 2006.

POCHARD, F. *et al* Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. **Critical Care Medicine**, v. 29, p. 10, p. 1893-1897, 2001.

POCHARD, F. *et al* Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. **Journal of Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 90-96, 2005.

PUPULIM, J. S. L. *et al* Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 503-508, 2008.

SANTOS, K. M. A. B.; Silva, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 61–76, 2006.

SHEAR, M. K. Anxiety Disorders in Women: Gender-Related Modulation of Neurobiology and Behavior. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 15, n. 01, p. 69-76, 1997.

URIZZI, F. *et al* Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 370–375, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

YOUNG, E. *et al* Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. **Intensive Care Medicine**, v. 31, n. 1, p. 86-91, 2005.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.