

BRUNA VANESSA MEDEIROS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE ANSIEDADE E
APOIO SOCIAL EM PACIENTES INTERNADOS
DEVIDO A DOENÇAS FÍSICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

BRUNA VANESSA MEDEIROS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE ANSIEDADE E
APOIO SOCIAL EM PACIENTES INTERNADOS
DEVIDO A DOENÇAS FÍSICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro.

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto.

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2012

Medeiros, Bruna Vanessa

Associação entre sintomas de ansiedade e apoio social em pacientes internados devido a doenças físicas. / Bruna Vanessa Medeiros. – Florianópolis, 2012. 35p.

Orientador: Letícia Maria Furlanetto.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina
– Curso de Graduação em Medicina

1. Sintomas de ansiedade 2. Apoio social 3. Pacientes internados 4. Clínica Médica. I. Título.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jonas e Maria Helena, por aliar amor, ética e educação de forma tão harmônica.

Às minhas irmãs Larissa e Patrícia, pela amizade, carinho, companheirismo e exemplo de vida.

Ao meu namorado Rafael, pelo carinho, companheirismo e apoio incondicional.

Aos amigos, em especial Aline, Janaína, Luciana e Maíra, pela rica amizade.

À minha orientadora, Leticia Furlanetto, pelos ensinamentos e exemplo de dedicação.

Aos integrantes do grupo de pesquisa, pelo aprendizado do trabalho em grupo.

Aos pacientes, pelos sábios ensinamentos.

RESUMO

Objetivo: Verificar se existe associação entre os níveis de ansiedade e o apoio social relatado pelos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Método: Em um estudo transversal, todos adultos consecutivamente admitidos nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foram elegíveis (N=7733). Através de randomização foram selecionados 1683 pacientes, e, destes, excluídos 511. Os restantes foram avaliados durante a primeira semana de internação. Utilizaram-se os instrumentos: Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Índice Charlson de Comorbidade Física e Subescala Cognitivoafetiva do Inventário Beck de Depressão. Foram considerados “ansiosos” aqueles com sintomas moderados a graves (BAI>15). Investigou-se apoio social através de pergunta direta: “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre tudo ou quase tudo?”. Aqueles que relataram ter menos que 4 confidentes foram definidos como tendo “falta de apoio social”.

Resultados: Na amostra (N=1172), 433 pacientes (36,9%) apresentavam sintomas de ansiedade moderados/graves. Os ansiosos apresentavam significativamente as características: mulheres (p<0,001), jovens (p=0,05), falta de apoio social (p<0,001), menor gravidade física objetiva (p=0,05), maior gravidade física percebida (p<0,001), dor (p<0,001) e sintomas depressivos (P<0,001). Na regressão logística, associaram-se a ser “ansioso”: sexo feminino (Risco Relativo [RR]:1,57;Intervalo de Confiança[IC]:1,20-2,06;p=0,001), maior gravidade física percebida (RR:1,09;IC:1,04-1,15;p<0,001), dor (RR:1,10;IC:1,06-1,14;p<0,001), falta de apoio social (RR:1,48;IC:1,12-1,96;p=0,006) e sintomas depressivos (RR:4,43;IC:3,29-5,98;p<0,001).

Conclusão: Pacientes ansiosos internados em enfermarias de clínica médica relataram mais falta de apoio social, mesmo após controlar para variáveis confundidoras. Estudos longitudinais podem ajudar a elucidar a natureza desta associação.

Palavras-chave: Sintomas de ansiedade, apoio social, pacientes internados, Clínica Médica.

ABSTRACT

Objective: To assess the association between levels of anxiety and social support reported by medical inpatients in the General Medical Wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Method: In a cross-sectional study, all adults consecutively admitted to the General Medical Wards of the HU-UFSC were eligible (N=7733). After randomization, 1683 patients were selected and, of these, 511 were excluded. The Beck Anxiety Inventory (BAI), the Charlson Comorbidity Index (Charlson) and the Cognitive-affective Subscale of the Beck Depression Inventory were used. Patients with moderate to severe anxiety symptoms (BAI > 15) were considered “anxious”. Social support was evaluated with a direct question, which was: "How many relatives or friends you feel comfortable and can talk about everything or almost everything?". Patients who answered having less than four confidants were defined as having “lack of social support”.

Results: In the sample (N=1172), 433 patients (36.9%) had moderate to severe anxiety symptoms. Anxious patients had significantly more of the following characteristics: women (p<0.001), younger (p=0.05), lack of social support (p<0.001), lower objective physical illness severity (Charlson) (p=0.05), higher perceived physical illness severity (p<0.001), pain (p<0.001) and depressive symptoms (p<0.001). In the logistic regression, female gender (Relative Risk[RR]:1.57;Confidence Interval[CI]:1.20-2.06;p=0.001), higher perceived physical illness severity (RR:1.09;CI:1.04-1.15;p<0.001), pain (RR:1.10;CI:1.06-1.14;p<0.001), lack of social support (RR:1.48;CI:1.12-1.96;p=0.006) and depressive symptoms (RR:4.43;CI:3.29-5.98;p < 0.001) were associated to being “anxious”.

Conclusion: Anxious inpatients in general medical wards reported more lack of social support, even after adjusting for confounders. Longitudinal studies may help elucidate the nature of this association.

Keywords: Anxiety symptoms; social support; medical inpatients.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------------|---|
| BAI | Beck Anxiety Inventory |
| BDI | Beck Depression Inventory |
| BDI-13 | Cognitive-affective Subscale of the Beck Depression Inventory |
| BHS | Beck Hopelessness Scale |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças, Décima revisão |
| DP | Desvio-padrão |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition |
| Duke-UNC-11 | Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire |
| GHQ | General Health Questionnaire |
| GMS | Geriatric Mental Schedule |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| HSC | Hopkins Symptom Checklist |
| HU | Hospital Universitário |
| IC | Intervalo de Confiança |
| ISF | Indices of Social Functioning |
| LSNS | Lubben Social Network Scale |
| MMSE | Mini-mental State Exam |
| RR | Risco Relativo |
| SAHD | Schedule of Attitudes toward a Hastened Death |
| SII | Severity of Illness Index |
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences |
| SSNT | Social Support Network Type |
| SSQ | Social Support Questionnaire |
| SSRS | Social Support Rating Scale |
| STAI | State Trait Anxiety Inventory |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| RESUMO | v |
| ABSTRACT | vi |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | vii |
| | |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 OBJETIVO | 5 |
| 3 MÉTODOS | 6 |
| 3.1 Desenho | 6 |
| 3.2 Local | 6 |
| 3.3 Amostra | 6 |
| 3.4 Procedimentos | 7 |
| 3.5 Medidas | 7 |
| 3.6 Análise Estatística | 9 |
| 3.7 Aspectos Éticos | 10 |
| 4 RESULTADOS | 11 |
| 5 DISCUSSÃO | 16 |
| 6 CONCLUSÃO | 18 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 19 |
| NORMAS ADOTADAS | 23 |
| APÊNDICE | 24 |
| ANEXO | 26 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças mentais, sobretudo depressão e ansiedade, são frequentes nos pacientes internados com doenças físicas.¹⁻⁴ Apesar de bem documentado na literatura, na maioria das vezes esses transtornos mentais passam despercebidos, visto que os clínicos direcionam mais atenção à doença física que motivou a internação.⁵ Assim, os transtornos psiquiátricos nem chegam a ser reconhecidos ou não são tratados adequadamente.⁶ Outro agravante é a idéia equivocada de que sintomas depressivos e de ansiedade são passageiros e de resolução espontânea.⁷ Dentre os pacientes internados em enfermarias de clínica médica com sofrimento psíquico (transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes), cerca de metade persiste com o transtorno mesmo após três meses da alta hospitalar.⁸ A presença de doenças mentais pode agravar a doença física, retardando sua recuperação.⁹⁻¹¹ A comorbidade entre doenças físicas e mentais prejudica a qualidade de vida,¹²⁻¹⁵ aumenta a utilização dos serviços médicos, acarreta aumento nos custos com saúde, além de comprometer a produtividade do indivíduo,^{12, 15} e aumentar a mortalidade.^{2, 15-18} A associação entre doenças físicas e depressão já está bem estabelecida, entretanto os dados referentes a ansiedade são mais escassos e conflitantes.¹⁹

Os achados acerca dos sintomas de ansiedade variam consideravelmente nas diferentes pesquisas devido às características da amostra, aos tipos de estudo, e principalmente aos métodos de avaliação.¹⁹ A mesma amostra submetida a duas escalas indicou taxas de prevalência de 34% e de 49%, e quando questionados sobre “*serem ansiosos*”, 58% desses responderam afirmativamente.¹⁹ A maioria das análises em população idosa, por exemplo, mostrou alta prevalência dos sintomas de ansiedade, variando entre 15% a 52,3%.⁵ Outro estudo revelou que a prevalência de sintomas ansiosos em idosos varia de 5% a 68%.²⁰ Já ao considerar uma amostra composta por jovens as taxas de prevalência variam entre 8% a 20%.²¹⁻²³ Além disso, não há uniformidade na nomenclatura, o que acaba por confundir se o termo “*ansiedade*” refere-se a transtornos de ansiedade ou a sintomas de ansiedade, não esclarecendo a prevalência exata dos sintomas e dos transtornos, apenas que ansiedade é muito comum.¹² Transtornos de ansiedade são mais específicos, necessitam preencher critérios para tal, sendo, portanto, mais restritivos. Já os sintomas de ansiedade, por sua vez, são bem mais prevalentes, pois não precisam respeitar critérios de classificação rígidos, abrangendo desde um nível mínimo aceitável, que a maioria das pessoas apresenta em alguma circunstância da vida, até sintomas graves que comprometem a qualidade de vida.

Esclarecemos que o objeto do presente estudo foi avaliar os sintomas ansiosos e não os transtornos de ansiedade. Diante disso, seguem alguns dos sintomas que a pesquisa avaliou: medo de acontecimentos ruins, tremor nas pernas, incapacidade de relaxar, insegurança, sensação de sufocamento, tremor nas mãos, medo de perder o controle, sudorese (não devido ao calor), dentre outros.

Quadros sobrepostos de ansiedade e depressão são frequentes.²⁴⁻²⁶ A coexistência dos sintomas ansiosos e depressivos com uma doença física é mais relatada do que quando a doença física é acompanhada apenas pelos sintomas de ansiedade ou de depressão isoladamente.²⁷ Isto faz com que muitas vezes a prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos nem seja avaliada separadamente.²⁵ Observou-se que a prevalência de sintomas de ansiedade em idosos com depressão é três vezes maior quando comparada aos que não têm depressão.²⁵ É imprescindível atentarmos para isso visto que indivíduos com transtornos depressivos ou ansiosos são mais propensos a apresentar doenças físicas, como infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, entre outras.⁴

Sintomas de ansiedade são bem mais frequentes do que sintomas de depressão, sobretudo na admissão hospitalar.¹² A conduta diante dos sintomas de ansiedade e depressão muitas vezes é complexa, assim como o manejo dos pacientes portadores de doenças crônicas, que geralmente apresentam tais sintomas.¹⁶ Dentre os fatores que os pacientes podem lançar mão para se proteger contra os sintomas ansiosos está o apoio social.²⁸ O apoio social é a percepção que um indivíduo tem de fazer parte de uma rede complexa na qual se pode dar e receber afeto, ajuda e obrigação.²⁹ Aspectos relacionados ao apoio social, experiências negativas de vida e capacidade de enfrentamento influenciam para que a ansiedade manifestada na infância, persista ou não na vida adulta.^{30,31} A **Tabela 1** salienta como o apoio social é determinante para os indivíduos com doenças físicas e sintomas de ansiedade. Mulheres com câncer de mama já tratado relataram maiores níveis de ansiedade quanto menor o apoio social percebido.³ Pouco apoio social e a percepção da necessidade de cuidados são fatores de risco para ansiedade.³² Paukert et al.²⁴ observaram que a gravidade física objetiva não foi relacionada à ansiedade, apenas a gravidade física percebida. Idosos que relatam necessidade de mais apoio social são duas vezes mais propensos a apresentar sintomas de ansiedade do que aqueles que estão satisfeitos com o apoio social recebido.²⁵ Em contrapartida, observou-se que o apoio social não tem relação com os sintomas físicos de ansiedade (palpitação, sudorese, entre outros), mas sim com sentimentos de preocupação e sintomas depressivos.²⁴ A prevalência dos sintomas ansiosos é maior em mulheres,

especialmente mulheres brancas, do que em homens.²⁵ Maior escolaridade, menor renda, desemprego, isolamento, comorbidade depressão/ansiedade e maior número de doenças físicas predizem pior evolução clínica.³² Já uma história familiar psiquiátrica positiva e menor escolaridade mostraram relação com a persistência dos transtornos ansiosos, depressivos e somatoformes após a alta.⁸ Verificou-se altos níveis de ansiedade e humor depressivo em pacientes com câncer em estágio terminal.¹⁹ No entanto, nesse mesmo estudo não se observou relação da ansiedade com a presença de sintomas físicos, tais como dor, náuseas, anorexia, astenia; e apenas uma discreta relação com a intensidade dos sintomas de insônia e sonolência.¹⁹ Um outro trabalho, entretanto, apontou que ansiedade relacionou-se a queixas musculoesqueléticas e sintomas gastrointestinais, permanecendo sem associação com astenia e sintomas cardiorrespiratórios.³³ Observou-se que indivíduos que relataram ter hipertensão arterial, deficiência auditiva, incontinência urinária e má qualidade de sono, são mais propensos a apresentar sintomas de ansiedade.²⁵

Como visto anteriormente, os sintomas de ansiedade em pacientes com doenças físicas são frequentes, pouco diagnosticados e influenciam o prognóstico. Um dos fatores que podem interferir nesse contexto é o apoio social relatado. Apesar disso, ainda não existem muitos estudos sobre o tema. O conhecimento do assunto pode auxiliar no manejo adequado dos pacientes com doenças físicas que apresentam sofrimento psíquico, refletindo, possivelmente, na melhora do prognóstico e da qualidade de vida destes.

Tabela 1 – Estudos que avaliaram a associação entre os níveis de ansiedade e apoio social em pacientes com doenças físicas

| Autor, Ano | N | Amostra | Instrumentos | Resultados |
|---|----------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Liu et al., 2011 ²⁹ | 401 | Pacientes com câncer de mama | HADS, SSRS | ↑Apoio social – ↓ansiedade |
| Kolva et al., 2011 ¹ | 194 | Enfermaria e ambulatório oncológico | MMSE, HADS, BHS, SAHD, DUKE-UNC-11 | ↓Apoio social – ↑ansiedade |
| McKenzie et al., 2010 ⁸ | 206 | Enfermaria de clínica médica | GHQ, SII, ISF, DSM-IV | Ansiedade na admissão 41,2%; 50,6% persistente 3 meses após alta; ↓apoio social – ↑ansiedade |
| Karakoyun-Celik et al., 2010 ³ | 120 | Ambulatório oncológico | STAI, questionário de apoio social | ↓Apoio social – ↑ ansiedade |
| Lueboonthavatchai, et al., 2007 ³⁴ | 300 | Ambulatório de cirurgia oncológica | HADS, SSQ | Ansiedade: 19%; ↑apoio social – ↓ansiedade |
| Friedmann et al., 2006 ¹⁵ | 153 | Ambulatório de cardiologia | STAI, SSQ | Ansiedade: 45%; ↓apoio social e ↑ansiedade → ↑mortalidade |
| Mehta, et al., 2003 ²⁵ | 3041 | Idosos da comunidade | HSC, LSNS | ↓Apoio social – ↑ansiedade |
| Bond et al., 1998 ³⁵ | 642 | Enfermaria de clínica médica | HADS, SSNT | ↓Contato social – ↑ ansiedade |

Abreviaturas:

HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale;
 SSRS=Social Support Rating Scale;
 MMSE=Mini-mental State Exam;
 BHS=Beck Hopelessness Scale;
 SAHD=Schedule of Attitudes toward a Hastened Death;
 Duke-UNC-11=Duke-UNC Functional social support questionnaire;
 GHQ=General Health Questionnaire;
 SII=Severity of Illness Index;
 ISF= Indices of Social Functioning;
 DSM-IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition;
 STAI=State Trait Anxiety Inventory;
 GMS=Geriatric Mental Schedule;
 SSQ= Social Support Questionnaire;
 HSC=Hopkins Symptom Checklist;
 LSNS= Lubben Social Network Scale;
 SSNT= Social Support Network Type.

2 OBJETIVO

Verificar se existe associação entre os níveis de ansiedade e o apoio social relatado pelos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo observacional transversal.

3.2 Local

Este estudo foi desenvolvido nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). As Enfermarias de Clínica Médica são divididas em três, compondo 77 leitos no total.

3.3 Amostra

No período de abril de 2006 a novembro de 2011 (excluindo-se os meses de dezembro, janeiro, fevereiro e julho), foram anotados os nomes de todos os pacientes consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Dentre o total de 7733 pacientes, foram selecionados por randomização 1683 pacientes. Compuseram a amostra 1172 pacientes que consentiram e que não preenchiam critérios de exclusão, conforme descrito abaixo:

3.3.1 Critérios de Exclusão

- Incapacidade física que impossibilite a realização da entrevista (por afasia, dispnéia, etc.);
- Prejuízo cognitivo* que impeça a compreensão dos questionários;
- Administrativo (pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital por estarem realizando exames, procedimentos, transferência ou alta hospitalar);
- Idade inferior a 18 anos;
- Recusa.

* *Delirium* e/ou demência de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição – Texto Revisado.

3.4 Procedimentos

Após esclarecimento quanto aos objetivos e natureza do estudo, os pacientes que concordaram e que não preencheram nenhum critério de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados dados sociodemográficos e de história clínica, bem como preenchidos os questionários descritos no item 3.5 abaixo, através de entrevista e dados do prontuário.

3.5 Medidas

3.5.1 Apoio social

Foi avaliado apoio social com as seguintes perguntas: “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?” Esta pergunta foi validada em uma amostra brasileira por Chor e cols, 2001.³⁶ Foram considerados como tendo falta de apoio social aqueles pacientes que relataram ter menos que 4 parentes ou amigos confidentes.³⁷

3.5.2 Prejuízo Cognitivo

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) foi utilizado com a finalidade de rastrear pacientes com prejuízo cognitivo, principalmente *delirium* e demência.³⁸ É composto de onze perguntas e requer somente de 5 a 10 minutos para ser administrado. O ponto de corte sugerido pelos autores da escala é de 23/24 para a suspeita de prejuízo cognitivo.³⁸ Contudo, devido ao fato de que pacientes com baixa escolaridade podem ter pontuação inferior nesta escala, sem que apresentem prejuízo cognitivo,³⁹ quando apropriado, foram utilizados os pontos de corte de acordo com o proposto por Bertolucci e cols. (13 para analfabetos; 18 para aqueles com 1 a 8 anos incompletos e 26 para pacientes com 8 ou mais anos de escolaridade).⁴⁰

3.5.3 Gravidade física e Dor

A gravidade física objetiva foi medida através do Índice Charlson de Comorbidade Física. Este foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico, uma vez

que é capaz de prever mortalidade. No cômputo deste item são avaliados não só o número de doenças, mas também, a gravidade destas.⁴¹

As percepções de gravidade física e de dor foram avaliadas usando escalas numéricas verbais de 11 pontos (0 a 10), sendo perguntados, respectivamente:

De zero a dez, qual número melhor descreve a gravidade de sua doença no momento? Zero (0) seria “sem doença”, e dez (10) seria “doença mais grave possível”.

De zero a dez, qual número melhor descreve sua dor agora? Zero (0) seria “sem dor”, e dez (10) seria “a dor mais forte possível”.

3.5.4 Sintomas de Ansiedade

O Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foi elaborado para medir a gravidade dos níveis de ansiedade em adolescentes e adultos.⁴² Entretanto, vem sendo usado como instrumento para rastrear os sintomas de ansiedade. Constituído por 21 itens é considerado um instrumento de autoavaliação, com fácil aceitação e entendimento dos pacientes. Cada item da escala corresponde a um sintoma de ansiedade e o paciente é questionado se sentiu na última semana algum dos seguintes: dormência ou formigamento, sensações de calor, tremor nas pernas, incapacidade de relaxar, medo de acontecimentos ruins, confuso ou delirante, coração batendo forte e rápido, inseguro, apavorado, nervoso, sensação de sufocamento, tremor nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, assustado, indigestão ou desconforto abdominal, desmaios, rubor facial, sudorese (não devido ao calor). Além disso, o paciente relata se o sintoma expressou-se de forma suave, moderada ou grave. O BAI pode apresentar um escore total de até 63, e seus pontos de corte são 0-7, 8-15, 16-25, 26-63, classificando os sintomas ansiosos em mínimos, leves, moderados e graves, respectivamente. Dessa forma, foram considerados como tendo sintomas de ansiedade moderados a graves aqueles pacientes que pontuaram acima de 15 no BAI.

3.5.5 Sintomas Depressivos

O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos tornando possível quantificar e comparar o nível dos sintomas depressivos em diversos estudos realizados pelo mundo.⁴³ Entretanto, vem sendo usado como instrumento de rastreamento de depressão. Constituído de 21 itens é considerado um instrumento de autoavaliação, com fácil aceitação e entendimento dos pacientes. Foi

utilizada a versão validada em português do Inventário Beck de Depressão em amostras brasileiras.⁴⁴

Cada item desta escala corresponde a um sintoma depressivo: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Após tomarem conhecimento dos quatro enunciados que caracterizam a intensidade de cada sintoma, os pacientes escolheram a opção que melhor descrevia o sentimento que experimentaram desde a semana anterior à internação até o momento da entrevista.

Entretanto, Beck⁴⁵ sugere algumas mudanças quando esta escala for aplicada em pacientes com doenças físicas. Nestes pacientes, os sintomas somáticos da síndrome depressiva (últimos oito itens da escala) podem ser explicados unicamente pela patologia de base. Para evitar confusão diagnóstica, seriam considerados sintomas depressivos, nessa população, os treze primeiros itens, chamados de sintomas cognitivoafetivos da depressão. Assim, tem-se uma escala reduzida, o BDI-13, em que os pacientes que pontuam acima de 10 são considerados deprimidos, ou seja, apresentam sintomas depressivos significativos (moderados a graves). A subescala cognitivoafetiva (primeiros treze itens – BDI-13) mostrou-se válida quando usada em pacientes internados em Enfermarias de Clínica Médica de hospitais brasileiros.⁴⁶ Foram considerados como tendo sintomas depressivos aqueles pacientes que pontuaram acima de 10 nessa subescala.

3.6 Análise Estatística

A análise estatística foi feita utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0 para Windows. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. Quando foram feitas múltiplas comparações foi utilizada a correção de Bonferroni. Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão. Foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes e o teste do Chi-quadrado, conforme apropriado, com o objetivo de comparar os pacientes com sintomas de ansiedade moderados a graves ($BAI > 15$) e aqueles com sintomas de ansiedade mínimos a leves. Aqueles fatores que foram significativamente

diferentes ($p \leq 0,05$) na análise univariada, foram analisados na multivariada, através da Regressão logística, para verificar sua associação independente com a ansiedade.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/06) com o título “Associação entre bem estar, saúde física, mental e fatores psicossociais”. No projeto inicial constava a avaliação de pacientes de postos de saúde, ambulatorios e internados. Optou-se por concentrar o estudo somente nos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Por isso, solicitamos junto ao Comitê de Ética a mudança do título e a ampliação do prazo, que foram aprovados, como consta em adendo que pode ser fornecido se solicitado. O novo título é “Associação entre sofrimento psíquico, variáveis clínicas e sociais em pacientes internados devido a doenças físicas”.

Os pacientes foram orientados sobre o estudo e informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando são detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiar de tratamento específico, seus médicos assistentes são avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxilia no tratamento, caso seja solicitado parecer. Todos os dados são guardados de forma confidencial com a coordenadora do projeto, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos. Todos os dados serão incinerados após dois anos da publicação dos trabalhos.

4 RESULTADOS

Foram selecionados para o estudo 1683 pacientes, no entanto 511 preencheram algum critério de exclusão (30,3%). Desses, 278 (16,5%) apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista, 106 (6,3%) foram excluídos por não estarem no leito (realizando exames, procedimentos, etc.), 101 (6,0%) recusaram-se a participar do estudo e 26 (1,5%) por não terem 18 anos completos.

Assim, a amostra foi composta por 1172 pacientes. Desses, a maioria era do sexo masculino (55,8%), com média de idade \pm Desvio Padrão (DP) de $49,56 \pm 16,06$ anos, era casada ou mantinha união estável (63,6%), com renda familiar média \pm DP de $3,26 \pm 2,88$ salários mínimos e apresentava escolaridade média \pm DP de $6,51 \pm 4,28$ anos. A **Tabela 2** detalha as características sociodemográficas da amostra.

As doenças digestivas (20,1%) e as doenças respiratórias (14,3%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra desse estudo. A maioria deles (20,3%) permaneceu internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes às características clínicas da amostra se encontram na **Tabela 3 e Figura 1**.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra (N = 1172)

| Características | N (1172)* | % |
|---|------------------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 654 | 55,8 |
| Feminino | 518 | 44,2 |
| Idade (anos) | | |
| 18 a 64 | 946 | 80,7 |
| Maior ou igual a 65 | 226 | 19,3 |
| Estado Civil | | |
| Casado(a)/união estável | 745 | 63,6 |
| Solteiro(a) | 168 | 14,3 |
| Separado(a) | 152 | 13,0 |
| Viúvo(a) | 107 | 9,1 |
| Renda familiar (salários mínimos)* | | |
| Menor que 2 | 242 | 22,5 |
| 2 a 4 | 620 | 57,6 |
| 5 a 6 | 110 | 10,2 |
| Maior que 6 | 105 | 9,7 |
| Escolaridade (anos)* | | |
| 0 | 80 | 6,9 |
| 1 a 4 | 423 | 36,5 |
| 5 a 8 | 321 | 27,7 |
| > 8 | 335 | 28,9 |

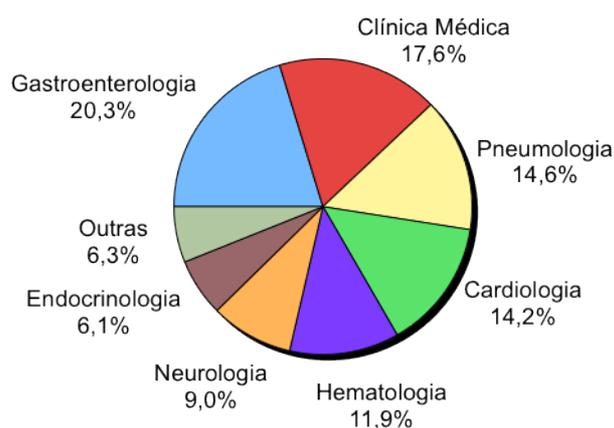
* Os valores que somados não atingirem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

Tabela 3 – Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10*

| Motivo da Internação | N (1172)† | % |
|-------------------------------------|-----------|------|
| Digestivas | 231 | 20,1 |
| Respiratórias | 165 | 14,3 |
| Cardíacas/Circulatórias | 157 | 13,6 |
| Hematológicas/Imunitárias | 147 | 12,8 |
| Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas | 106 | 9,2 |
| Neurológicas | 90 | 7,8 |
| Neoplasias | 61 | 5,3 |
| Mal-definidas | 47 | 4,1 |
| Osteomusculares/Tecido conjuntivo | 43 | 3,7 |
| Infeciosas/Parasitárias | 38 | 3,3 |
| Genitourinária | 36 | 3,1 |
| Pele/Subcutâneo | 12 | 1,0 |
| Causas externas | 10 | 0,9 |
| Lesões/Envenenamentos | 8 | 0,7 |

*CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.

†Os valores que somados não atingirem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

**Figura 1** - Especialidades nas quais os pacientes da amostra estavam internados (N=1172)

Foram considerados “ansiosos” 433 pacientes (36,9%). A porcentagem de pacientes que relatou falta de apoio social (com menos de 4 parentes e amigos íntimos) foi de 33,8% (n=392). A mediana do número de parentes e amigos \pm DP foi de $6 \pm 16,75$.

Conforme mostrado na **Tabela 4**, a comparação entre ansiosos e não ansiosos revelou de forma estatisticamente significativa uma preponderância de mulheres e indivíduos mais jovens. Além disso, estes percebiam menor apoio social, tinham maior gravidade física subjetiva, menor gravidade física objetiva, relatavam maiores níveis de dor e mais sintomas depressivos.

Tabela 4 – Comparação das variáveis sociodemográficas, clínicas e fatores psicossociais em pacientes sem e com ansiedade*, internados nas enfermarias clínicas do HU-UFSC (N=1172).

| VARIÁVEL† | Não Ansiosos (n=739) | Ansiosos (n=433) | P |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------|--------|
| Sexo feminino,% | 38,8 | 53,3 | <0,001 |
| Idade | 50,52 \pm 16,47 | 47,84 \pm 15,20 | 0,05 |
| Escolaridade, anos | 6,52 \pm 4,33 | 6,5 \pm 4,19 | 0,95 |
| Renda familiar‡ | 3,28 \pm 3,03 | 3,23 \pm 2,61 | 0,76 |
| Rede de Apoio Social§, % | 71,1 | 57,6 | <0,001 |
| Variáveis Clínicas | | | |
| Gravidade Física objetiva | 1,18 \pm 1,53 | 1,01 \pm 1,34 | 0,05 |
| Percepção da Gravidade Física ¶ | 5,76 \pm 2,96 | 6,97 \pm 2,87 | <0,001 |
| Dor** | 3,66 \pm 3,73 | 5,57 \pm 3,77 | <0,001 |
| Sintomas depressivos, %†† | 14,1 | 46,0 | <0,001 |

*Foram considerados com ansiedade aqueles pacientes com sintomas de ansiedade moderados a graves, isto é, que pontuaram acima de 15 no BAI (Inventário Beck de Ansiedade).

† Os dados estão expressos em média \pm desvio padrão, exceto quando especificados de outra forma.

‡ Renda familiar em salários mínimos.

§ Responderam um número maior que 3 à pergunta: "Com quantos parentes e amigos você se sente à vontade e pode falar sobre tudo ou quase tudo?"

|| Índice Charlson de Comorbidade Física.

¶ Respondendo: “De zero a dez, qual número melhor descreve a gravidade de sua doença no momento? Zero seria sem doença, e dez seria doença mais grave possível”.

** Respondendo: “De zero a dez, qual número melhor descreve sua dor agora? Zero seria sem dor e dez seria a dor mais forte possível”.

†† Sintomas depressivos: pacientes que pontuaram acima de 10 na subescala cognitivoafetiva (primeiros 13 itens) do Inventário Beck de Depressão.

Na regressão logística foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, apoio social, gravidade física objetiva, percepção da gravidade física, dor e sintomas depressivos. Nessa análise multivariada observou-se que o sexo feminino (Risco Relativo [RR]:1,57;Intervalo de Confiança[IC]:1,20-2,06;p=0,001), a percepção da gravidade física (RR:1,09;IC:1,04-1,15;p<0,001), a maior intensidade de dor (RR:1,10;IC:1,06-1,14;p<0,001), a percepção de falta de apoio social (RR:1,48;IC:1,12-1,96;p=0,006) e ter sintomas depressivos (RR:4,43;IC:3,29-5,98;p<0,001) se associaram independentemente à ansiedade.

5 DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados em nossa comunidade que avalia tanto a comorbidade psiquiátrica, especialmente os sintomas de ansiedade, como fatores psicossociais (apoio social) e clínicos em pacientes internados devido a doenças físicas. Mais de um terço dos pacientes internados devido a doenças físicas no HU-UFSC tinham sintomas ansiosos moderados a graves (36,9%). Associaram-se significativamente à ansiedade os achados: sexo feminino, percepção de falta de apoio social, percepção de maior gravidade física, maior intensidade da dor, e presença de sintomas depressivos, mesmo após ajustar para fatores de confusão. Estes achados estão condizentes com pesquisas anteriores.^{1, 3, 15, 24, 34, 35, 47}

O presente estudo, semelhante a trabalhos anteriores, revelou que quanto menor for a percepção do apoio social, maiores são os níveis de ansiedade.^{1, 3, 15, 25, 29, 34} Suspeita-se que pessoas com níveis elevados de ansiedade podem exibir traços de uma personalidade mais dependente. Dessa forma, relatam maior necessidade de apoio social, pois percebem menos o apoio recebido. É possível que em decorrência da ansiedade moderada a grave, esses pacientes julguem possuir doenças mais graves do que realmente possuem, e conseqüentemente, sintam maior necessidade de cuidados, o que os leva a pensar que o apoio recebido é insuficiente. Notou-se que a gravidade física objetiva não foi relacionada à ansiedade após o controle para variáveis confundidoras, o que está de acordo com achados de estudos recentes.^{1, 24} E embora haja relato de que os sintomas de ansiedade diminuem no decorrer do tempo, independente de serem ou não tratados,³² recomenda-se tratamento precoce pois tais sintomas, se moderados a graves, são persistentes quando associados a doenças físicas.⁸

Diferente do que Teunissen et al.¹⁹ observaram, nossos achados mostraram que os pacientes ansiosos queixaram de maiores níveis de dor. Uma possível explicação para isso, é que foram utilizadas escalas diferentes nos estudos. Visto que ao considerar apenas o simples questionamento “você é ansioso?”, esses autores também encontraram maior prevalência de dor nos pacientes que relataram ser ansiosos.¹⁹

Existem limitações para este estudo, que citamos: 1) O diagnóstico de ansiedade foi feito através de uma escala e não por um psiquiatra. Apesar do BAI não ser uma ferramenta diagnóstica, pela praticidade que oferece é uma importante medida para rastrear ansiedade.⁴⁸ 2) Nossa amostra foi composta por pacientes internados no Hospital Universitário, com nível de atenção terciário. É possível que pacientes na atenção primária ou secundária tenham

padrões diferentes; 3) Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer relação de causa e efeito.

Como significado clínico para esses achados observa-se a alta prevalência de sintomas de ansiedade moderados a graves nos indivíduos com doenças físicas. Ressalta-se a importância de investigar sobre rede de apoio social e sintomas sugestivos de ansiedade,^{1, 29, 49, 50} especialmente em se tratando de pacientes internados, visto que muitos são portadores de múltiplas doenças e encontram-se mais fragilizados durante a internação. Estudos recentes mostraram que esses fatores podem influenciar a evolução clínica dos pacientes:^{15, 29, 51} em um, as taxas de mortalidade, por exemplo, foram maiores nos pacientes mais ansiosos e que tinham menor apoio social;¹⁵ no outro, o apoio social ajudou na criação da atitude positiva frente à doença;²⁹ e no terceiro, a ansiedade aumentou o risco de suicídio em pacientes deprimidos.⁵¹

Dessa forma, a internação constitui um momento privilegiado, possibilitando aos profissionais de saúde investigar rede de apoio social, e detectar precocemente sofrimento psíquico, a fim de ajudar no manejo desses quadros. Faz-se imprescindível lembrar que o apoio social é um fator potencialmente modificável, podendo ser estimulada sua busca, bem como motivada a percepção do apoio ofertado àquele indivíduo. Além disso, é preciso conscientizar os familiares, amigos e profissionais de saúde em geral, sobre sua importância no cuidado do paciente. Vale destacar que em se tratando de apoio social, é fundamental analisar a qualidade, e não apenas a quantidade do mesmo, para que haja satisfação com o apoio recebido e esse represente uma ferramenta efetiva para lidar com estressores. Os médicos, por sua vez, precisam lembrar que muitos dos segredos da excelência na prática clínica diária, não estão em pontos anatômicos, mas sim no alívio das “dores da alma”; devendo reservar um espaço para o paciente perguntar tudo o que gostaria de saber sobre sua doença, sanar suas dúvidas, desfazer mal entendidos; tudo de forma clara e acessível àquele ser sensibilizado, confuso e inseguro diante de um diagnóstico. É talvez nesse momento em que o jaleco e a prescrição são deixados de lado, que o médico irá fazer a diferença na vida daquele indivíduo.

Portanto, esperamos que esses achados auxiliem na melhor detecção dos transtornos mentais e dos aspectos relacionados a rede de apoio social em pacientes com doenças físicas, contribuindo para a abordagem da pessoa que adocece como um todo, e não apenas um órgão ou sistema mais criticamente acometido.

6 CONCLUSÃO

Os pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC que apresentavam sintomas ansiosos moderados a graves relataram mais falta de apoio social, mesmo após controlar para variáveis confundidoras sociodemográficas e clínicas. Haja vista a alta frequência de sintomas de ansiedade e a percepção de falta de apoio social coexistindo com doenças físicas, são necessários estudos longitudinais para elucidar a natureza dessa associação e as suas consequências para a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2011;42(5):691-701.
2. Kumar A, Sharma SR, Timalina S, Giri S, Yadav V. High Prevalence of Depression and Anxiety Symptoms among Hospitalized Geriatric Medical Inpatients: A study from a Tertiary Level Hospital in Nepal. *UTMJ* 2010;88(1):32-35.
3. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol* 2010;27(1):108-13.
4. Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT, van Hout HP, de Jonge P, Penninx BW. Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2010;125(1-3):241-8.
5. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord* 2008;109(3):233-50.
6. Koenig HG. Physician attitudes toward treatment of depression in older medical inpatients. *Aging Ment Health* 2007;11(2):197-204.
7. Koenig HG. Recognition of depression in medical patients with heart failure. *Psychosomatics* 2007;48(4):338-47.
8. McKenzie M, Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC. Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *J Psychosom Res* 2010;68(1):21-8.
9. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med* 2010;40(11):1797-810.
10. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009;115(22):5349-61.
11. Frick E, Tyroller M, Panzer M. Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007;16(2):130-6.
12. Bryant C, Jackson H, Ames D. Depression and anxiety in medically unwell older adults: prevalence and short-term course. *Int Psychogeriatr* 2009;21(4):754-63.
13. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J* 2008;31(3):667-77.

14. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(3):208-25.
15. Friedmann E, Thomas SA, Liu F, Morton PG, Chapa D, Gottlieb SS. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J* 2006;152(5):940 e1-8.
16. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 2009;190(7 Suppl):S54-60.
17. Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R. Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosom Med* 2007;69(4):323-31.
18. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Clary GL, et al. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2004;110(22):3452-6.
19. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med* 2007;21(4):341-6.
20. Kvaal K, Macijauskiene J, Engedal K, Laake K. High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(7):690-3.
21. Grover RL, Ginsburg GS, Ialongo N. Childhood predictors of anxiety symptoms: a longitudinal study. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005;36(2):133-53.
22. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14(4):631-48.
23. Muris P, Merckelbach H, Ollendick T, King N, Bogie N. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behav Res Ther* 2002;40(7):753-72.
24. Paukert AL, Pettit JW, Kunik ME, Wilson N, Novy DM, Rhoades HM, et al. The roles of social support and self-efficacy in physical health's impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17(4):387-400.
25. Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BW, Schulz R, Rubin SM, Satterfield S, et al. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):499-504.
26. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the

- literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(2):113-35.
27. Stordal E, Bjelland I, Dahl AA, Mykletun A. Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. The Nord-Trondelag Health Study (HUNT). *Scand J Prim Health Care* 2003;21(3):136-41.
 28. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983;117(5):521-37.
 29. Liu DG, Wang SS, Peng RJ, Qin T, Shi YX, Teng XY, et al. Interaction of social support and psychological stress on anxiety and depressive symptoms in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(10):2523-9.
 30. Gullone E, King NJ, Ollendick TH. Self-reported anxiety in children and adolescents: a three-year follow-up study. *J Genet Psychol* 2001;162(1):5-19.
 31. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *J Adolesc* 2000;23(6):675-91.
 32. van Beljouw IM, Verhaak PF, Cuijpers P, van Marwijk HW, Penninx BW. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry* 2010;10:86-86.
 33. Howren MB, Suls J. The symptom perception hypothesis revised: depression and anxiety play different roles in concurrent and retrospective physical symptom reporting. *J Pers Soc Psychol* 2011;100(1):182-95.
 34. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007;90(10):2164-74.
 35. Bond J, Gregson B, Smith M, Rousseau N, Lecouturier J, Rodgers H. Outcomes following acute hospital care for stroke or hip fracture: how useful is an assessment of anxiety or depression for older people? *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(9):601-10.
 36. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):887-96.
 37. Brugha TS, Weich S, Singleton N, Lewis G, Bebbington PE, Jenkins R, et al. Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychol Med* 2005;35(5):705-14.
 38. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

39. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res* 1989;23(1):87-96.
40. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
41. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
42. Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory Manual* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
43. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
44. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.
45. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
46. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86(1):87-91.
47. Ham L, Hayes SA, Hope DA. Gender Differences in Social Support for Socially Anxious Individuals. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005;34(4):201-206.
48. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006;20(4):444-58.
49. Linden W, Vodermaier A. Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients. *Support Care Cancer* 2011.
50. Lewis KM, Byrd DA, Ollendick TH. Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: relations to negative life events, social support, and coping. *J Anxiety Disord* 2012;26(1):32-9.
51. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Ilgen M, Zivin K, Valenstein M. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. *Depress Anxiety* 2009;26(8):752-7.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

- 1. Nome:**..... **2. Número prontuário:**..... **3. Leito**.....
4. Motivo de Internação (CID-10):..... **5. Idade**.....anos **6. Sexo:** fem masc
7. Renda familiar:.....salários mínimos. **8. Escolaridade:**anos
9. Especialidade: Clínica Médica Cardiologia Gastroenterologia Pneumologia
Endocrinologia Neurologia Hematologia Outras
10. Apoio Social: Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
11. Percepção gravidade física:.....(0 a 10)
12. Percepção de dor:.....(0 a 10)
13. Charlson:.....

14. BAI*

| | |
|-------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| total | |

15.MMSE†

| | |
|-------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 10 | |
| 11 | |
| Total | |

16.BDI-13‡

| | |
|-------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| total | |

*BAI= Inventário Beck de Ansiedade

†MMSE= Mini-Exame do Estado Mental

‡BDI= Subescala cognitivoafetiva do Inventário Beck de Depressão

ANEXO