

## Internação em UTI. Variáveis que Interferem na Resposta Emocional

Maria Alice F. P. Novaes, Bellkiss Wilma Romano, Sílvia G. Lage  
São Paulo, SP

**Objetivo** - Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cardiológica geral, durante cinco primeiros dias e verificar sua relação com diferentes variáveis.

**Métodos** - Em 47 pacientes foram aplicadas a escala IDATE para avaliar o grau ansiedade e a avaliação adaptada para diagnosticar depressão segundo critérios do DSM III-R. Os escores encontrados foram relacionados com as variáveis: diagnóstico médico, idade, procedência do paciente, número de internações anteriores.

**Resultados** - Foi encontrada diminuição significativa dos escores de ansiedade e depressão do 1º para o 5º dia. Não foi encontrada correlação positiva entre idade, número de internações anteriores, diagnóstico médico e escores de ansiedade e depressão. Em relação a procedência, foi observada correlação positiva entre ansiedade e depressão para o grupo proveniente do Pronto Socorro (PS).

**Conclusão** - A ansiedade e depressão decrescem nos primeiros cinco dias de internação em UTI e as reações emocionais não são influenciadas pelo diagnóstico médico, idade e número de internações anteriores, porém, a procedência do PS altera emocionalmente o paciente, nos primeiros dias de internação em UTI.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva, ansiedade, depressão

### The ICU Stay. Variables that Influence Emotional Reactions

**Purpose** - To evaluate the anxiety and depression levels during five days of stay in a Clinical Cardiological Intensive Care Unit (ICU) and verify the relation to different variables.

**Methods** - Forty seven patients were submitted to IDATE scale for anxiety and an evaluation for depression. The scores were compared to medical diagnoses, age, local of stay before the ICU, number of hospitalizations.

**Results** - Anxiety and depression scores decrease significant from first to fifth day of ICU stay. No significant correlation was found between age, number of hospitalizations, medical diagnoses and the anxiety and depression scores. Patients admitted from the emergency unit presented a correlation between anxiety and depression scores.

**Conclusion** - Anxiety and depression decrease during the five days of ICU stay. Emotional reactions are not influenced by medical diagnoses, age and number of hospitalizations. The emergency unit stay affects emotionally the patient in the first days of ICU admission.

**Key-words:** Intensive Care Unit, anxiety, depression

Arq Bras Cardiol, volume 67 (nº2), 99-102, 1996

A internação em unidade de terapia intensiva (UTI) promove o desequilíbrio emocional do paciente<sup>1</sup> e de seu núcleo familiar<sup>2</sup>. O estudo das reações emocionais decorrentes do impacto da ameaça à vida, é pouco freqüente na literatura, entretanto, constata-se número crescente de pacientes que recebem cuidados intensivos durante a hospitalização. A UTI tem se destacado por seus recursos tecnológicos e especialização de pessoal, tornando-se imperativa na assistência ao cardiopata.

O paciente em estado grave enfrenta a situação de internação em UTI, através da mobilização de diferentes recursos psicológicos. As respostas de ansiedade e depressão são facilmente observadas e estão entre os principais diagnósticos psicológicos, além do delirium, presentes em diferentes tipos de UTI<sup>3</sup>. Após as primeiras 24h de internação é possível começar a se delinear as reações emocionais dos pacientes que estejam conscientes e orientados e em confronto com a possibilidade de morte.

Cassen e Hackett<sup>4</sup> descreveram uma seqüência hipotética de resposta emocional durante os seis primeiros dias de internação em Unidade Coronariana, a partir de 149 pedidos de interconsulta psiquiátrica durante 15 meses, observando que nos dois primeiros dias de internação, as principais queixas são ansiedade e recusa, com solicitações de alta a pedido. Os pedidos de interconsulta por depressão ou

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP

Correspondência: Maria Alice F. P. Novaes - Incor - Serviço de Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva - Av. Dr. Enéas C. Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP

Recebido para publicação em

Aceito em 28/2/96

desesperança apareceram principalmente após o 4º dia de internação. A ansiedade decresce do 2º para o 6º dia, enquanto a depressão oscila, estando presente principalmente no 3º, 4º e 5º dias.

A ansiedade pode ser compreendida como uma resposta do ser humano ao desconhecido. Segundo Spielberg e col<sup>5</sup>, deve ser subdividida em ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade-estado é conceituada como estado emocional transitório, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, variando em intensidade e fluuando no tempo e, a ansiedade-traço, a diferenças individuais relativamente estáveis em relação a ansiedade, isto é, diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras para cada indivíduo.

A depressão é a resposta emocional caracterizada pelo abatimento do humor, interesse diminuído, distúrbio do sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga e perda de energia, sentimento de desvalia ou culpa, diminuição da capacidade de pensar e se concentrar, pensamento recorrente de morte<sup>6</sup>.

Ansiedade e depressão variam segundo diversos fatores numa situação de internação em UTI<sup>7</sup>. A observação sugere que quanto mais grave o doente, maior o grau de desesperança e, conseqüentemente, de depressão. Aventa-se a hipótese que quanto mais vezes o paciente já foi hospitalizado, menor a ansiedade frente aos procedimentos médicos. O objetivo deste trabalho é avaliar os níveis de ansiedade e depressão encontrados em pacientes internados em UTI Cardiológica Geral, durante os cinco primeiros dias e verificar a correlação com diferentes variáveis como: diagnóstico médico, idade, número de internações anteriores, procedência do paciente (onde se encontrava no período imediatamente anterior à internação na UTI - hospital, Pronto Socorro (PS) ou em sua residência).

## Métodos

A ansiedade foi medida através da aplicação da escala IDATE de Spielberg e col<sup>8</sup>, instrumento que indica tanto o estado momentâneo de apreensão (ansiedade-estado), como a tendência individual de cada um a reagir as tensões (ansiedade-traço). Cada escala contém 20 frases que devem ser classificadas por intensidade desde 1 (sem ansiedade) até 4 (muita ansiedade). O escore final é encontrado pela soma dos escores das 20 frases. Esta escala foi padronizada e os percentis que foram apresentados neste trabalho são referentes à tabela para pacientes médico-cirúrgicos, encontrada na tradução brasileira. A média de ansiedade-estado para os pacientes médico-cirúrgicos sem comprometimento psiquiátrico, segundo Spielberg e col, é  $42,68 \pm 13,76$ . A classificação adotada foi: percentil até 25, ausência de ansiedade; de 26 até 35, ansiedade leve; de 36 até 65, ansiedade moderada; de 66 até 75, ansiedade elevada, de 76 até 100, ansiedade severa.

A avaliação para depressão foi desenvolvida especial-

mente para esses pacientes hospitalizados, segundo critérios diagnósticos de episódio depressivo maior do DSM-III-R. Foi aplicado questionário com nove questões interrogando sobre a presença e intensidade dos sintomas de depressão descritos no DSM-III-R: humor deprimido; interesse ou prazer diminuído; distúrbio do apetite/alimentação; insônia ou hipersonia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de desvalia ou culpa; diminuição da capacidade de pensar e concentrar; pensamento recorrente de morte. A classificação dos escores de depressão ficou distribuída: 9 até 12 - ausência de depressão; 13 até 25 - depressão leve; 26 até 32 - depressão moderada; 33 até 45 - depressão grave. Foi utilizada também ficha de identificação para o cadastramento das variáveis a serem estudadas.

A entrevista foi realizada em um dos cinco primeiros dias de internação na UTI. Para garantir escolha aleatória utilizou-se como critério o dia da semana em que o paciente foi internado. Assim, paciente internado na UTI terça-feira era entrevistado no 2º dia de internação (quarta-feira); os internados na quarta, entrevistados dois dias após (sexta-feira); os internados na sexta, entrevistados na própria sexta-feira (1º dia); os internados no sábado e domingo, entrevistados na terça e quinta-feira, respectivamente. Cada paciente foi entrevistado uma única vez, obtendo-se 47 pacientes, subdivididos em cinco grupos escolhidos aleatoriamente e assim distribuídos: 10 no 1º dia, 11 no 2º dia, sete no 3º dia, nove no 4º dia e 10 no 5º dia.

A partir da determinação do dia em que seria realizada a entrevista, eram verificados os critérios para inclusão na amostra: estar internado na UTI até o 5º dia, estar consciente e orientado, sem comprometimento neurológico ou psiquiátrico, maior de 18 anos, consentir em participar da pesquisa.

Os escores de ansiedade e depressão estão apresentados em medianas e foram relacionados com as seguintes variáveis: idade (29 a 83 anos); procedência do paciente (PS, outro hospital, residência); número de internações anteriores (0 a +3); diagnóstico médico (coronariopatia ou miocardiopatia não isquêmica).

A análise estatística dos resultados foi realizada através do teste não paramétrico de Kruskal Wallis para a comparação de amostras independentes; e do teste de Dunn para comparações múltiplas. Para a análise de correlação foi utilizado o teste de Spearman. O nível de significância foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Foi observada correlação positiva significativa entre ansiedade traço e ansiedade-estado  $r_s = 0,4326$ ;  $p = 0,008$ , sendo utilizado somente o escore de ansiedade-estado, resposta emocional transitória, para a análise e discussão.

Em relação ao estudo do tempo de internação na UTI e seu impacto nos escores de ansiedade e depressão, foram obtidos os escores medianos (mínimo e máximo): 1º dia de

internação: ansiedade 41 (29-89), depressão 22 (20-33); 2º dia: ansiedade 61 (34-98), depressão 23 (14-31); 3º dia: ansiedade 29 (26-83), depressão 14 (11-30); 4º dia: ansiedade 43 (21-83), depressão 16 (11-27); 5º dia: ansiedade 29,5 (20-83), depressão 16,5 (12-25). Foi observada uma tendência decrescente de ansiedade em relação ao tempo inicial de internação na UTI (fig. 1). Na análise de amostras independentes a diferença entre as medianas dos escores de ansiedade do 2º dia (61) e do 5º dia de internação (29,5) é significativa  $p=0,034$ . Em relação a depressão, há diferença significativa entre as medianas do 1º (22) e do 4º dia (16) de forma decrescente  $p=0,011$ .

Em relação a idade, a média da amostra é de  $54,7 \pm 12,62$  anos. Não foi encontrada correlação positiva significativa entre idade e os escores de ansiedade ou depressão, tanto na correlação direta como em diferentes faixas de idade. Para os pacientes acima de 65 anos em relação ao grupo menor de 40, não foi observada diferença significativa: ansiedade 41 (26-87) e 38,5 (20-98) e depressão 22 (13-30) e 21 (11-36), respectivamente.  $p=0,799$  para comparação dos escores de ansiedade e  $p=0,966$  para comparação dos escores de depressão.

Em relação a procedência do paciente no período imediatamente anterior à internação na UTI, foi observada correlação positiva entre os escores de ansiedade e depressão para o grupo proveniente do PS  $p=0,015$ . Para os pacientes provenientes de outro hospital observou-se uma tendência positiva entre a oscilação da ansiedade e da depressão  $p=0,052$ . Para os que foram internados diretamente da residência não foi encontrada correlação positiva  $p=0,370$ .

Não foi encontrada diferença significativa entre as medianas dos escores de depressão e o número de internações anteriores. Foi encontrada tendência crescente entre os escores de ansiedade dos pacientes que estavam na 1ª internação (34), em relação aqueles que já tinham mais que três internações hospitalares (37,5)  $p=0,055$ , embora essa diferença não seja estatisticamente significativa. O grupo mais ansioso foi aquele que já tinha tido uma ou duas internações anteriores (56)

Não foi encontrada diferença significativa entre as medianas dos escores de depressão entre os dois grupos coronariopatas (18) e miocardiopatas (19)  $p=0,966$ .

Em relação a ansiedade, a mediana dos escores dos coronariopatas (42) é maior que o grupo de miocardiopatas (36), embora esta diferença não seja estatisticamente

significante  $p=0,995$ .

## Discussão

A tendência decrescente de ansiedade e depressão observadas após o 2º dia de internação, é corroborada por outros autores<sup>9,10</sup>. Esta constatação sugere que após a definição diagnóstica e o início do tratamento, o paciente vai diminuindo algumas de suas respostas emocionais frente ao estresse da internação na UTI. Pode-se apresentar como hipótese que, após 48h, o paciente já começa a se apropriar das rotinas da unidade, conhecendo a equipe e promovendo a quebra das fantasias tão comuns a respeito do ambiente da UTI. Após o 2º ou 3º dia de internação, os pacientes frequentemente acreditam que nada mais sério deve acontecer e a preocupação excessiva pode ceder. Elpern e col<sup>11</sup> apontam que a UTI clínica é considerada menos estressante pelos pacientes do que a equipe do hospital presume e que os pacientes toleram a internação e a desejam como forma de restabelecimento da saúde.

No que se refere a correlação dos níveis de ansiedade e depressão em relação a idade, seria possível encontrar escores mais elevados de depressão em pacientes idosos, já que a literatura<sup>12</sup> aponta que a demência tão comum em pacientes idosos, confunde-se facilmente com a depressão. Os sintomas psíquicos de comprometimento de memória, dificuldade de pensar e se concentrar e redução da capacidade intelectual, estão presentes tanto na depressão como na demência<sup>13</sup>. O que foi observado nesta pesquisa, confirma o que outros estudos sobre depressão apontam: ela aparece em cerca de 22 a 33% dos pacientes médico-cirúrgicos internados independentemente da idade<sup>14</sup>.

Em relação a ansiedade nas diferentes faixas etárias, o estudo confirma que a internação em UTI pode ser considerado um acontecimento que, apesar de suportado pelo paciente, envolve ameaça a integridade física e a ansiedade decorrente deste impacto emocional está presente nas diferentes faixas etárias. O distúrbio de estresse pós traumático, que tem como principal sintoma a ansiedade e ocorre seguido a um acontecimento psicologicamente doloroso, como traumas que envolvem sérias ameaças a integridade física ou a vida da pessoa, pode também ocorrer em qualquer idade<sup>6</sup>.

Em relação a procedência do paciente, período de internação imediatamente anterior a UTI, aqueles que provêm do PS apresentaram correlação positiva entre ansiedade e depressão, não observada nos doentes provenientes de outro hospital ou de suas próprias residências, significando que foi observada uma relação entre a oscilação dos níveis de ansiedade e os de depressão para os pacientes procedentes do PS. A ansiedade e a depressão oscilaram na mesma intensidade. Aqueles pacientes que apresentaram os maiores níveis de ansiedade, foram os mesmos que obtiveram os maiores escores de depressão. A correlação positiva entre ansiedade e depressão, para os pacientes provenientes do PS, indica que as respostas emocionais destes

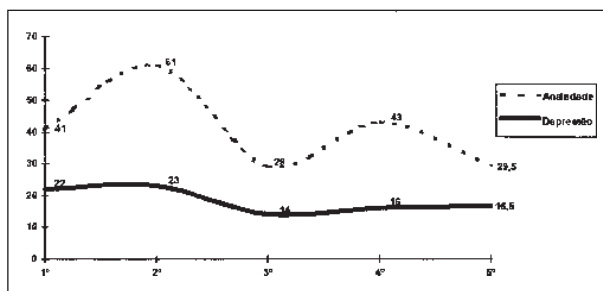


Fig. 1 - Flutuação dos escores de ansiedade e depressão nos primeiros 5 dias de internação na UTI.

foram mais intensas que as dos pacientes provenientes de outro hospital ou de suas próprias residências. A ruptura brusca do ritmo de vida, o confronto com o sofrimento do outro e a quebra do ciclo sono-vigília devido à rotina de um PS, coloca o paciente em confronto com a possibilidade de morte. Aventa-se, como hipótese que, além da angústia de morte observada nos pacientes, as características do ambiente do PS contribuam para o desequilíbrio emocional. Helton e col<sup>15</sup> relatam que a ausência de leitos privativos com janelas e a dificuldade do controle do ruído contribuem para a diminuição das horas de sono e para o desequilíbrio emocional.

Em relação ao número de internações anteriores, supunha-se encontrar níveis menos elevados de ansiedade, para os pacientes que já tivessem tido diversas experiências hospitalares e os resultados demonstraram que os pacientes que tiveram mais que três internações são menos ansiosos que aqueles que não tiveram nenhuma. O grupo mais ansioso é aquele que já teve uma ou duas internações, concluindo que cada nova internação submete o paciente às mesmas pressões psicológicas, nos primeiros dias, e que a capacidade adaptativa de cada doente é observada no decorrer de internações mais prolongadas. Em relação à depressão, quanto mais vezes o paciente ter sido hospitalizado, maior sua tendência à tristeza e desesperança.

Finalmente, em relação ao diagnóstico médico, o estudo mostra que não há diferença na resposta emocional para coronarianos ou miocardiopatas. Os coronarianos foram observados na fase aguda e demonstraram semelhantes respostas emocionais em relação aos miocardiopatas. O estudo sugere que as reações psicológicas variam de acordo com cada estrutura de personalidade e como cada um se

apropria de sua doença, não importando o tipo de problema cardíaco, apesar das diferenças citadas na literatura quanto às típicas reações dos coronarianos e presença da personalidade tipo A<sup>16</sup>. Este grupo de pacientes parece ter recursos defensivos muito bem estruturados para enfrentar as pressões e estresse, suportando a situação de internação em UTI, através da busca de informação e controle. Já os miocardiopatas convivem cronicamente com a doença, mostrando-se mais passivos, mas não diferindo de maneira significativa dos coronarianos em relação ao primeiro impacto da UTI.

Conclui-se que a ansiedade tem dois picos, um no 2º dia e outro no 4º dia de internação, obedecendo uma tendência decrescente até o 5º dia. A depressão decresce nos primeiros cinco dias de internação na UTI. A flutuação das reações emocionais não podem ser correlacionadas com tipo de diagnóstico médico, nem com a idade do paciente. O número de internações anteriores parece interferir na resposta emocional. Observa-se uma tendência ao aumento da depressão e uma diminuição da ansiedade quanto mais vezes o paciente já foi hospitalizado anteriormente. A procedência do PS desequilibra emocionalmente o paciente nos primeiros dias de internação na UTI. Os dados deste trabalho demonstram a importância da assistência integrada médico-psicológica nos primeiros dias de internação na UTI, buscando o equilíbrio emocional paralelamente à restituição física do paciente.

### Agradecimentos

À Creusa Maria Roveri Dal Bo pelo tratamento estatístico.

### Referências

1. Elpern EH, Patterson PA, Gloskey D et al - Patient's preferences for intensive care. *Crit Care Med* 1992; 20: 43-7.
2. Halm MA, Titler MG, Kleiber C et al - Behavioral responses of family member during critical illness. *Clin Nurs Research* 1993; 2: 414-37.
3. Cassen NH - Problemas psiquiátricos dos pacientes gravemente enfermos. In: Shoemaker, William C, eds - *Tratado de Terapia Intensiva*. 2ª ed. São Paulo: Panamericana, 1992: 1384-94.
4. Cassen NH, Hackett TP. The setting of intensive care. In: Hackett TP, Cassen NH, eds - *Massachusetts General Hospital of General Hospital Psychiatry*. St Louis: CV Mosby, 1978; 319.
5. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE - *Inventário de Ansiedade Traço - Estado*. Rio de Janeiro: CEPA, 1970.
6. American Psychiatric Association - *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*. DSM-III-R. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1989.
7. Barnhill GLW - Compreendendo as reações do paciente e da família. In: Civetta JM, eds - *Tratado de Terapia Intensiva*. São Paulo: Manole, 1992; 71.
8. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE - *Inventário de Ansiedade Traço - Estado*. Rio de Janeiro: CEPA, 1970.
9. Cassen NH, Hackett TP. The setting of intensive care. In: Hackett TP, Cassen NH, eds - *Massachusetts General Hospital of General Hospital Psychiatry*. St Louis: CV Mosby, 1978; 319.
10. Froese A, Hackett TP, Cassen N, Silverberg E - Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction patients during hospitalization. *Jor Psychoss Res* 1974; 18: 413-20.
11. Elpern EH, Patterson PA, Gloskey D, Bone RC - Patient's preferences for intensive care. *Crit Care Med* 1992; 20: 43-7.
12. Katon W, Sullivan MD - Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 3.
13. Moreno RA, Moreno DH - Transtornos do humor. In: Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H - *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
14. Schwab JJ, Bialow M, Brown JM, Holzer C - Diagnosing depression in medical inpatients. *Ann Intern Med* 1967; 67: 695-70.
15. Helton MC, Gordon SH, Nunneery SL - The correlation between sleep deprivation and the intensive care unit syndrome. *Heart Lung* 1980; 9: 464.
16. Dongier M - Psychosomatic aspects of myocardial infarction in comparison with angina pectoris. *Psychother Psychosoma* 1974; 12: 123.