

Luciana Maciel de Souza¹, Kátia Santana Freitas^{1,2},
Aloísio Machado da Silva Filho², Jules Ramon Brito
Teixeira², Geysimara Santos Silveira Souza¹, Elaine
Guedes Fontoura¹, Alyne Henri Motta Coifman³,
Pollyana Pereira Portela²

1. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana (BA), Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana (BA), Brasil.

3. Universidade Federal da Bahia - Salvador (BA), Brasil.

Prevalência e fatores associados a sintomas de depressão em familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva

RESUMO

Objetivo: Avaliar prevalência e fatores associados à depressão em familiares de pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva.

Métodos: Estudo transversal, desenvolvido com 980 familiares de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva de um hospital público de grande porte no interior da Bahia. A depressão foi mensurada pelo *Patient Health Questionnaire-8*. O modelo multivariado foi composto pelas seguintes variáveis: sexo e idade do paciente, sexo e idade do familiar, escolaridade, religião, residir com o familiar, problema psíquico prévio e ansiedade.

Resultados: A depressão apresentou prevalência de 43,5%. Na análise

multivariada, o modelo com melhor representatividade indicou que fatores associados à maior prevalência de depressão foram ser do sexo feminino (39%), idade menor que 40 anos (26%) e problema psíquico prévio (38%). A maior escolaridade se associou a uma prevalência de depressão 19% menor em familiares.

Conclusão: O aumento na prevalência de depressão esteve associado a sexo feminino, idade menor de 40 anos e problemas psíquicos prévios. Tais elementos devem ser valorizados nas ações direcionadas aos familiares de pessoas internadas na terapia intensiva.

Descritores: Depressão; Família; Transtornos mentais; Saúde mental; Hospitalização; Assistência hospitalar; Prevalência; Unidades de terapia intensiva

INTRODUÇÃO

Ao pensar na família como um grupo de pessoas ligadas por vínculo afetivo e sentimento de pertença e que pode sofrer um desequilíbrio funcional diante do adoecimento crítico de um membro, surgiu o termo *Postintensive Care Syndrome - Family* (PICS-F), que envolve os transtornos psíquicos (ansiedade, depressão e transtorno por estresse pós-traumático) que acometem familiares durante a internação e podem se estender por até 12 meses após a alta.⁽¹⁻³⁾

Entre os transtornos componentes da PICS-F, a depressão é a que possui maior potencial incapacitante. Sua prevalência pode chegar a 90% e diminuir entre 5 a 36% após seis meses de alta da unidade de terapia intensiva (UTI).⁽⁴⁾ Em familiares de pessoas hospitalizadas em UTI, registram-se prevalências de 60%⁽⁵⁾ e 71,8%.⁽⁶⁾

Fatores associados à PICS-F incluem desconfortos relativos à hospitalização e sentimentos relativos à pessoa internada, capacidade pessoal de enfrentamento e fatores provenientes do ambiente,⁽⁷⁾ bem como severidade da doença crítica, idade, sexo e condições clínicas, como necessidade de ventilação mecânica pelo paciente e histórico de ansiedade pelo familiar.^(8,9)

Nos primeiros 30 dias após a alta da UTI, os sintomas de depressão podem ser identificados de forma semelhante entre familiares e indivíduos hospitalizados. Aos 90 dias, os familiares apresentam prevalências mais elevadas do que em pessoas internadas. Os familiares cujos pacientes evoluíram a óbito apresentam níveis de depressão maiores do que os familiares de pessoas sobreviventes.⁽¹⁰⁾

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 28 de fevereiro de 2022

Aceito em 1 de setembro de 2022

Autor correspondente:

Luciana Maciel de Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana
Avenida Transnordestina, S/N - Novo Horizonte
CEP: 44039-900 - Feira de Santana (BA), Brasil
E-mail: e-mail@e-mail.com

Editor responsável: Antonio Paulo Nassar Jr.

DOI: 10.5935/0103-507X.20220080-pt



Os determinantes do desenvolvimento da depressão incluem fatores relacionados ao paciente, ao familiar e ao ambiente da UTI e demandam um olhar sensível da equipe assistencial e intervenções preventivas.

A despeito desses aspectos, familiar e paciente ainda vivenciam restrições de visitas nas UTIs diante do cenário mundial da pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19). Tal panorama suscita que esse distanciamento pode trazer impactos ainda mais significativos para familiar e paciente, fator que mobiliza as instituições de saúde a utilizarem estratégias, como videochamadas entre o familiar e o paciente ou com a equipe assistencial, com o objetivo de melhorar a comunicação, reduzir os níveis de estresse e trazer benefícios à saúde mental de pacientes e familiares.⁽¹¹⁾

A atenção centrada na família tem sido priorizada nas UTIs em função da importância do apoio familiar na recuperação do paciente.⁽⁶⁾ Contudo, a lacuna no conhecimento científico relacionada à realidade nacional dificulta a sensibilização de gestores e profissionais para a elaboração de estratégias preventivas. Nessa perspectiva, este estudo objetivou avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão em familiares de pessoas hospitalizadas em UTI.

MÉTODOS

Estudo transversal, que seguiu as orientações da declaração STROBE,⁽¹²⁾ aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 3.527.238). Os dados foram obtidos por entrevistas estruturadas, iniciadas em 2016 e finalizadas em março de 2020, realizadas nas UTIs adulto de um hospital geral de um município do Nordeste brasileiro.

Para calcular a amostra, admitiu-se população finita de 862 admissões nas UTIs por ano no referido hospital; proporção estimada de 0,25 familiar com sintomas de depressão (baseados em estudos de avaliação da prevalência no contexto brasileiro); intervalo de confiança de 95% (IC95%) e erro máximo de 5%, com n total de 218 familiares entrevistados anualmente. Considerando-se adicional de 10% de perdas e recusas, foram entrevistados 980 familiares de pacientes internados nas UTIs. Foram incluídos familiares que atenderam aos critérios: ter visitado o paciente na UTI pelo menos uma vez; idade a partir de 18 anos; ser um dos familiares mais próximos e tempo mínimo de internação do paciente na UTI de 48 horas. Elegu-se para o estudo apenas um representante por pessoa hospitalizada e considerou-se como família “um grupo de pessoas ligadas por vínculo afetivo e sentimento de pertença”.⁽¹⁾

A abordagem aos familiares ocorreu na sala de espera das UTIs. Aquele que atendeu aos critérios e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) participou da entrevista, com questionário composto de informações do familiar e do parente internado (dados sociodemográficos, clínicos e relativos à internação em UTI); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-A; utilizou-se a subescala de sete itens cada para mensurar ansiedade; considerou-se a pontuação >10 como casos positivos para ansiedade);⁽¹³⁾ PHQ-8, aplicado para o rastreamento da depressão, por meio de oito itens que capturam os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5), cujas opções de respostas variam de zero a três pontos. Consideraram-se casos positivos para depressão indivíduos com escore ≥ 10 pontos.^(14,15)

A ausência de registros de índices de gravidade na unidade levou à classificação do nível de gravidade do paciente entre baixo (estáveis ou compensados hemodinamicamente) e elevado (instáveis hemodinamicamente).⁽¹⁶⁾ As variáveis investigadas foram selecionadas a partir do levantamento na literatura científica e esquematizadas, conforme modelo teórico exposto na figura 1.

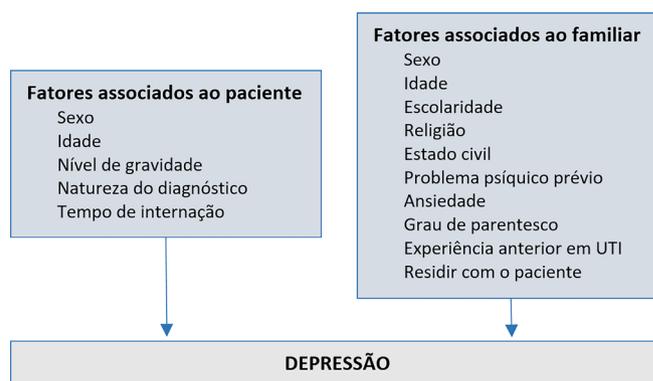


Figura 1 - Modelo conceitual de análise dos fatores associados à depressão em familiares em unidade de terapia intensiva.

UTI - unidade de terapia intensiva.

A coleta de dados e a digitação foram realizadas por equipe de bolsistas dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia, que foram treinados para a padronização dos procedimentos de coleta, armazenamento e proteção das informações. Os dados foram retidos no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. A estatística descritiva analisou as características da população por meio de frequências absolutas e relativas. Para análise bivariada, as variáveis foram dicotomizadas, e foram estimadas as razões de prevalência e os respectivos IC95%.

Na análise multivariada, a análise de regressão confirmatória foi empregada para a identificação de variáveis potencialmente modificadoras de efeito e confundidoras. Para a testagem de variáveis modificadoras, foi realizada a análise do teste de homogeneidade de Breslow-Day, com valor de $p \leq 0,05$, e foram consideradas aquelas que apresentaram evidência de interação estatística na análise estratificada e multivariada. Para a testagem de variáveis confundidoras, foi utilizado o método de Mantel-Haenszel, que considera a variação ($\Delta\%$) entre a razão de prevalência bruta e a ajustada, com significância $\geq 10\%$.

Após a definição de confundimento e modificação de efeito e o posterior afastamento dessas variáveis, foi realizada a análise de regressão multivariada (Poisson com variância robusta), para determinação dos modelos finais. As variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas nessa modelagem. Após a definição do modelo completo, foram excluídas as variáveis com maior valor de p não significativa até a obtenção do menor valor do critério de informação de Akaike (AIC). A variação do AIC foi utilizada para definir a exclusão (diminuição do valor) ou a manutenção (aumento do valor) de cada variável no modelo. Nesse último caso, considerou-se a variável como confundidora, que foi mantida no modelo para ajuste. Repetiu-se esse procedimento até que permanecessem no modelo as variáveis com valor de $p \leq 0,05$.

Ao fim dessa etapa constituiu-se o modelo final dos fatores associados à depressão entre os familiares (Modelo A). Posteriormente, foram avaliados dois modelos estratificados pelo sexo para identificar possíveis diferenças nos fatores associados entre homens (Modelo B) e mulheres (Modelo C). Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. Para as análises multivariadas, utilizou-se o *software* Stata, versão 14.

RESULTADOS

Participaram 980 familiares no período do estudo. Os indivíduos hospitalizados possuíam idade média de 50,3 anos (desvio-padrão - DP de 20,0), eram predominantemente do sexo masculino (59,7%), graves estáveis (47,4%), com diagnóstico clínico (52,8%) e tempo de internação médio de 5,7 dias (DP de 7,2). Os familiares tinham idade média de 40,4 (DP de 13,0), eram do sexo feminino (77%), com Ensino Médio completo (48,4%), casados (41,7%), de religião católica (47,8%), economicamente ativos (37,6%), não moravam com o familiar internado (54,6%) e eram filhos (34,4%) ou irmãos (19,8%). Não possuíam problemas psíquicos prévios 93,5%, e 68,3% não relataram experiência de internação de outros familiares em UTI e tinham realizado cerca de 4,6 visitas (DP de 3,1) até o momento da entrevista. Os sintomas depressivos foram detectados em 43,5% dos familiares.

A depressão apresentou maior prevalência entre familiares de pacientes do sexo masculino, idosos, com nível de gravidade mais elevado e diagnóstico cirúrgico (Tabela 1).

A depressão foi predominante em familiares do sexo feminino, com menor nível de escolaridade, casados ou em união estável, sem religião, economicamente inativos, que residiam com o ente internado, com problema psíquico prévio e com sintomas ansiedade (Tabela 2).

O modelo multivariado foi composto das variáveis sexo do paciente, idade do paciente, sexo do familiar, idade do familiar, escolaridade, religião, residir com o familiar, problema psíquico prévio e ansiedade. No teste de homogeneidade de Breslow-Day, nenhuma variável foi identificada como modificadora de efeito.

Tabela 1 - Prevalência de depressão segundo características sociodemográficas e clínicas de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva

Variáveis	n (%)	Prevalência	Valor de p*	RP	IC95%
Sexo (n = 980)			0,160		0,92 - 1,55
Masculino (585)	265 (27,04)	45,3		1,20	
Feminino (395)	161 (16,42)	40,1			
Nível de gravidade (n = 945)			0,351		0,86 - 1,50
Elevado (640)	285 (30,15)	44,53		1,14	
Baixo (305)	126 (13,33)	41,31			
Natureza do diagnóstico (n = 977)			0,417		0,69 - 1,16
Clínico e clínico que evoluiu para cirúrgico (582)	247 (25,28)	42,44		0,89	
Cirúrgico (395)	178 (18,21)	45,06			
Idade (n = 979)			0,001		1,12 - 1,55
Até 59 anos (645)	305 (31,15)	47,29		1,31	
A partir de 60 anos (334)	120 (12,25)	35,93			
Tempo de internação (n = 971)			0,546		0,84 - 1,39
Acima de 5 dias (469)	208 (21,42)	44,35		10,8	
Até 4 dias (502)	213 (21,93)	42,43			

RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%. * Teste do qui-quadrado de independência de Pearson, considerando $p < 0,20$ para entrada no modelo multivariado.

Tabela 2 - Prevalência de depressão segundo características sociodemográficas e clínicas de familiares em unidade de terapia intensiva

Variáveis	n (%)	Prevalência	Valor de p*	RP	IC95%
Sexo (n = 980)			0,000		1,52 - 2,44
Feminino (755)	369 (37,65)	48,87		1,92	
Masculino (225)	57 (5,8)	25,33			
Idade (anos) (n = 979)			0,108		0,77 - 1,02
Menor que 39 (494)	202 (20,63)	40,89		0,88	
A partir de 40 s (485)	223 (22,77)	45,98			
Escolaridade (n = 979)			0,003		0,69 - 0,92
Médio ou superior (654)	263 (26,86)	40,21		0,18	
Até fundamental (325)	163 (16,64)	50,15			
Estado civil (n = 980)			0,507		0,71 - 1,18
Casado ou união estável (573)	244 (24,89)	42,58		0,91	
Solteiro ou divorciado (407)	182 (18,57)	44,72			
Religião (n = 980)			0,080		0,98 - 1,41
Nenhuma (150)	75 (7,65)	50,00		1,18	
Evangélica, católica e outras (830)	351 (35,81)	42,29			
Situação de trabalho (n = 979)			0,329		0,88 - 1,46
Desempregado, aposentado ou dona de casa (440)	199 (20,32)	45,23		1,13	
Ativo, autônomo e outros (539)	227 (23,18)	42,12			
Residir com o paciente (n = 973)			0,005		1,06 - 1,41
Sim (438)	211 (21,68)	48,17		1,22	
Não (535)	210 (21,58)	39,25			
Grau de parentesco (n = 979)			0,497		0,84 - 1,40
Cônjuge ou filho (520)	231 (23,59)	44,42		10,9	
Pai, mãe ou irmão (459)	194 (19,81)	42,27			
Problema psíquico prévio (n = 979)			0,000		1,57 - 2,16
Sim (63)	48 (4,9)	76,19		1,84	
Não (916)	378 (38,61)	41,27			
Experiência de outros parentes em UTI (n = 971)			0,794		0,78 - 1,36
Sim (302)	130 (13,38)	43,05		1,03	
Não (669)	294 (30,27)	43,67			
Ansiedade (n = 980)			0,000		3,94 - 5,26
Sim (481)	343 (35,0)	71,31		4,28	
Não (499)	83 (8,46)	16,63			

RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; UTI - unidade de terapia intensiva. *Teste do qui-quadrado de independência de Pearson.

Na análise de confundimento, identificou-se a variável ansiedade como confundidora ($\Delta = 27,6\%$); portanto, ela foi incluída na análise múltipla apenas para ajuste de todos os modelos. A tabela 3 apresenta o modelo multivariado para os fatores associados à depressão na população em estudo.

Na análise multivariada do Modelo A, acrescentou-se ao ajuste a variável residir com a pessoa internada devido ao aumento do AIC após sua retirada. Nesse modelo, familiares com maior escolaridade apresentaram prevalência de depressão 19% menor do que os que estudaram até o Ensino Fundamental (razão de prevalência - RP de 0,81; IC95% 0,72 - 0,91). Familiares com idade até 39 anos possuíam 26% a mais de prevalência de depressão em relação aos familiares a partir de 40 anos (RP de 1,26; IC95% 1,09 - 1,44). Ter problema psíquico prévio conferiu

aumento de 38% (RP de 1,38; IC95% 1,20 - 1,58) e o sexo feminino conferiu aumento de 39% (RP de 1,39; IC95% 1,13 - 1,73) na prevalência de depressão. Embasado nesse resultado, optou-se por estratificar a análise por sexo, a fim de avaliar os fatores associados por meio de uma perspectiva de sexo.

O modelo estratificado pelo sexo masculino (Modelo B) foi ajustado pelas variáveis ansiedade e residir com a pessoa internada. A variável escolaridade foi excluída do modelo pelo critério de aumento do AIC. Familiares até 39 anos apresentaram prevalência de depressão 64% maior em relação aos familiares a partir de 40 anos (RP de 1,64; IC95% 1,02 - 2,62), além disso, ter problema psíquico prévio conferiu aumento de 65% (RP de 1,65; IC95% 1,17 - 2,30) na prevalência de sintomas depressivos em homens.

Tabela 3 - Modelos multivariados dos fatores associados à depressão em familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva

Variáveis	Modelo A*		Modelo B*†		Modelo C‡§	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Escolaridade						
Até fundamental	1,00	-	-	-	1,00	-
Médio ou superior	0,81	0,72 - 0,91	-	-	0,80	0,71 - 0,90
Idade do familiar (anos)						
A partir de 40	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Abaixo de 39	1,26	1,09 - 1,44	1,64	1,02 - 2,62	1,23	1,07 - 1,41
Problema psíquico prévio						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,38	1,20 - 1,58	1,65	1,17 - 2,30	1,34	1,17 - 1,54
Sexo do familiar						
Masculino	1,00	-	-	-	-	-
Feminino	1,39	1,13 - 1,73	-	-	-	-
	AIC = 1,398		AIC = 1,056		AIC = 1,506	

RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; AIC - critério de informação de Akaike. * Modelo ajustado por ansiedade e residir com a pessoa internada; † modelo estratificado pelo sexo masculino; ‡ modelo ajustado por ansiedade; § modelo estratificado pelo sexo feminino.

O modelo estratificado pelo sexo feminino (Modelo C) foi ajustado pela variável ansiedade. A variável residir com a pessoa internada foi excluída pelo critério de aumento do AIC. Familiares mulheres com maior escolaridade (Ensino Médio ou Superior) apresentaram 20% a menos de prevalência de depressão em relação aos de menor escolaridade (RP de 0,80; IC95% 0,71 - 0,90). Familiares mais jovens tiveram aumento de 23% da prevalência de depressão (RP de 1,23; IC95% 1,07 - 1,41). Ter problema psíquico prévio aumentou em 34% essa prevalência nas mulheres (RP de 1,34; IC95% 1,17 - 1,54).

Como o Modelo A não foi estratificado, foi considerado como o modelo final para justificar os fatores associados à depressão em familiares de pessoas internadas em UTI na amostra avaliada.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou a sobrecarga psicológica dos familiares durante a hospitalização de um parente em UTI. A prevalência geral de depressão na amostra avaliada foi de 43,5%, taxa elevada se comparada à prevalência da depressão de 5,8% na população geral brasileira em 2015.⁽¹⁷⁾ Os fatores associados à maior prevalência de depressão foram ter idade até 39 anos, sexo feminino e problema psíquico prévio. A maior escolaridade apresentou associação com menor prevalência de depressão.

Em realidades internacionais, altas prevalências de depressão foram identificadas em famílias no contexto da UTI, cerca de 10,3%,⁽¹⁸⁾ 14%,⁽¹⁹⁾ 16%⁽²⁰⁾ e 20%⁽²¹⁾ nos Estados Unidos; 49,1% na Grécia⁽⁵⁾ e 71,8% na Turquia.⁽⁶⁾ As menores prevalências internacionais de depressão podem ser justificadas por altos níveis de satisfação com a assistência prestada, com

a competência da equipe⁽¹⁸⁾ e com o suporte emocional fornecido ao familiar, o que possibilita melhor tomada de decisão e enfrentamento das situações adversas consequentes do adoecimento crítico.⁽¹⁹⁾ As maiores prevalências podem ser atribuídas a características da instituição e diferenças regionais.⁽⁵⁾

No Brasil, a maioria das prevalências identificadas foi abaixo dos valores encontrados neste estudo, variando de 6,5% a 28,9%.^(10,22-25) Essa disparidade pode ser compreendida pela adoção de uma política de encorajamento à presença da família na UTI, como a visita aberta 24 horas,⁽²²⁾ além de outras medidas de apoio à família.

A maior prevalência nacional foi 54,3%, encontrada em estudo realizado na UTI de um hospital público em São Paulo, o que pode ser justificado por fatores relativos: 1) ao ambiente - nível de gravidade, altas taxas de sepse e de mortalidade no setor, estrutura física inadequada (falta de sala de espera e leitos separados por cortinas) e 2) ao familiar - baixa escolaridade, que resultou em maior dificuldade de compreensão do diagnóstico e prognóstico.⁽²⁵⁾ A elevada prevalência de depressão nesses familiares reflete a carência de cuidado fundamentado num olhar sensível às necessidades específicas desse grupo.

Os fatores associados à maior prevalência de depressão foram ter idade até 39 anos, sexo feminino e problema psíquico prévio. A maior escolaridade apresentou associação com menor prevalência de depressão.

Esses resultados corroboram pesquisas recentes, que reforçam o sexo feminino como fator de exposição para desenvolver sintomas de depressão.⁽²²⁾ Os transtornos depressivos em diferentes sexos têm sido investigados em diversos estudos, que apontam prevalência nas mulheres, a qual pode chegar ao dobro da apresentada pelos homens.

As causas dessa disparidade podem ser atribuídas a diversos fatores, a exemplo de fatores hormonais, o que justifica a incidência maior entre mulheres a partir da puberdade e o equilíbrio entre os dois sexos quando as mulheres atingem a menopausa.⁽²⁶⁾ A resposta inflamatória decorrente de estímulos estressores está associada ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Embora apresentem produção de citocinas pró-inflamatórias em quantidade semelhante aos homens, as mulheres são mais sensíveis às situações de estresse e tiveram associação com surgimento de humor depressivo e distanciamento social.⁽²⁷⁾

Questões relativas aos papéis sociais de sexo também podem estar associadas à alta prevalência de depressão entre mulheres, conforme estudo que encontrou prevalência de 26,8% no sexo masculino e 40,4% no sexo feminino. Nessa amostra, participantes que relataram maior insatisfação com papéis de sexo desiguais na política e nos papéis familiares apresentaram associação com índices elevados desse desfecho.⁽²⁸⁾

A relação com o nível de escolaridade foi oposta aos achados na literatura científica, cujos resultados apontam para maior quantidade de sintomas de depressão relacionados ao maior nível de escolaridade em amostra de familiares na UTI de um hospital privado de grande porte no município de São Paulo (SP).⁽²⁹⁾ Na população geral, estudo feito na Alemanha demonstrou relação entre alto nível educacional e desenvolvimento de sintomas depressivos em um período de 2 anos e 6 meses de acompanhamento em amostra que não apresentava sintomas na avaliação inicial.⁽³⁰⁾

A associação entre a menor prevalência de depressão e o maior nível de escolaridade pode ser entendida pela maior compreensão das informações transmitidas pela equipe de saúde, o que reduz a angústia e a incerteza em relação ao estado de saúde do parente; pela facilidade de acesso a informações acerca do diagnóstico e tratamento; e pela maior busca a redes de apoio para incentivar a resiliência diante desse cenário.

Estudos com associação entre problema psíquico prévio ou idade do familiar e prevalência de depressão na UTI não foram identificados. No entanto, estudo recente encontrou associação entre indivíduos mais jovens e estresse psicológico durante a pandemia pela COVID-19,^(31,32) o que pode ser explicado pela maior capacidade de resiliência adquirida ao longo da vida por indivíduos mais jovens. Ainda na população geral no contexto pandêmico, pessoas com história psíquica prévia se apresentaram mais vulneráveis a desenvolver sintomas de depressão.⁽³²⁾

A análise estratificada por sexo permitiu identificar os fatores associados a cada grupo. Para o sexo masculino, o nível de escolaridade não demonstrou associação no desenvolvimento da depressão. Porém, idade do familiar e problema psíquico prévio tiveram associação com esse desfecho e configuraram aumento de 64% e 65%, respectivamente.

Para o sexo feminino, familiares mais jovens tiveram aumento de 23% na prevalência de depressão e a presença de problema psíquico prévio, de 34%. O maior nível de escolaridade para esse grupo atuou como fator de proteção, com redução de 20% na prevalência em relação aos indivíduos com menor escolaridade.

Estes resultados evidenciam a necessidade de suporte efetivo à família diante desse cenário estressante e desafiador. Os fatores associados à depressão identificados podem ser considerados como intrínsecos, pois não estão relacionados diretamente a algum aspecto organizacional da unidade em si. No entanto, isso não isenta a instituição da responsabilidade de planejar e implantar medidas para prevenir esse agravo a saúde mental de familiares.⁽³³⁾ Ao incluir a família no plano assistencial, deve-se considerar que cada família tem especificidades, com funcionamento próprio, e cada membro apresenta manifestações singulares de sofrimento psíquico; assim, considerar esses indivíduos como carentes de atenção profissional faz toda a diferença para uma condução singular e exitosa.

Destaca-se a relevância dos achados deste estudo no cenário pós-pandemia da COVID-19, que provocou uma reestruturação no modo de viver em todo o mundo. A rápida disseminação do vírus e o grande potencial para complicações sistêmicas têm sido desafios às políticas de saúde e continuam exigindo uma reestruturação das equipes e instituições, que precisam repensar formas de lidar com a família. Medidas restritivas severas fazem parte dos novos protocolos de segurança das UTIs e podem levar à exaustão de todo o núcleo familiar, por isso requerem medidas incisivas para evitar o desenvolvimento da depressão.⁽³⁴⁾

Cabe à gestão hospitalar buscar as mais adequadas estratégias para promover um melhor enfrentamento do processo de adoecimento pelo familiar, a partir da percepção dos profissionais de saúde e do levantamento das necessidades dos familiares, bem como fornecer suporte logístico, profissionais qualificados e em número adequado à demanda dos familiares. Intervenções têm apresentado resultados satisfatórios na redução dos níveis de estresse, com melhoria da saúde mental e que podem ser implementadas, a exemplo de grupos de conversa direcionados por profissionais de psicologia e enfermagem, nos quais os familiares compartilham suas experiências, necessidades e recursos utilizados para enfrentamento.⁽³⁴⁾

Permitir que o familiar conheça a equipe responsável pela assistência de seu parente e se sinta à vontade para tirar dúvidas tem sido estratégia efetiva para aumentar a satisfação. Para tanto, deve ser reservado um momento de diálogo com profissionais de cada categoria envolvido na assistência ao paciente. A terapia ocupacional pode estimular o uso de recursos lúdicos, como arteterapia, musicoterapia e estímulo à espiritualidade, para promover maior resiliência.⁽³⁵⁾

A principal limitação deste estudo foi decorrente da pesquisa ter sido unicêntrica, o que compromete a generalização dos achados para diferentes realidades. A avaliação dos entrevistados em um único momento, sem posterior acompanhamento, limitou a compreensão de padrões de desenvolvimento e duração do agravo.

CONCLUSÃO

Sexo feminino, problema psíquico prévio e idade inferior a 40 anos foram associados a um aumento da prevalência de depressão, enquanto maior escolaridade foi associada à menor prevalência. Quanto às diferenças de sexo, a depressão em homens e mulheres esteve associada à menor idade e a problema psíquico prévio. Porém, entre elas, a maior escolaridade atuou como fator de proteção para a depressão.

Esse tema abre espaço para novas pesquisas, principalmente direcionadas a saúde mental em familiares que vivenciam o contexto de unidades de terapia intensiva públicas e privadas e, sobretudo, que considerem a hospitalização de pessoas com COVID-19. O recente surgimento dessa doença causou forte impacto na saúde mental em nível mundial e acentuou a lacuna na literatura existente, reforçando a necessidade de profissionais da terapia intensiva estarem atentos a garantir a inclusão do familiar em seus planos terapêuticos.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio a pesquisa por meio da concessão de bolsa de pós-doutorado.

Ao Hospital Geral Cleriston Andrade e ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil.

Contribuição dos autores

L. M. Souza: planejamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, esboço do manuscrito. K. S. Freitas: concepção e planejamento do estudo, revisão dos resultados e do manuscrito. A. M. Silva Filho e J. R. B. Teixeira: análise e interpretação dos resultados, revisão do manuscrito. G. S. S. Souza: coleta de dados, análise e interpretação dos resultados. E. G. Fontoura e A. H. M. Coifman: interpretação dos resultados, revisão do manuscrito. P. P. Portela: coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Freitas KS, Mussi FC, Menezes IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):704-11.

2. Souza JG, Chaves WC. Família: pluralidade e singularidade. *Reverso*. 2017;39(74):47-54.
3. Choi J, Donahoe MP, Hoffman LA. Psychological and physical health in family caregivers of intensive care unit survivors: current knowledge and future research strategies. *J Korean Acad Nurs*. 2016;46(2):159-67.
4. Serrano P, Kheir YN, Wang S, Khan S, Scheunemann L, Khan B. Aging and Post-Intensive Care Syndrome-Family (PICS-F): a critical need for geriatric psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(4):446-54.
5. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Av enferm*. 2015;33(1):47-54.
6. Köse I, Zincircioglu C, Öztürk YK, Çakmak M, Güldogan EA, Demir HF, et al. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *J Intensive Care Med*. 2016;31(9):611-7.
7. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-28.
8. Jensen JF, Thomsen T, Overgaard D, Bestle MH, Christensen D, Egerod I. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2015;41(5):763-75.
9. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans FA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Crit Care*. 2016;20:16.
10. Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One*. 2015;10(11):e0115332.
11. Negro A, Mucci M, Beccaria P, Borghi G, Capocasa T, Cardinali M, et al. Introducing the video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102893.
12. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM, et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65.
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
14. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):163-73.
15. Wu Y, Levis B, Riehm KE, Saadat N, Levis AW, Azar M, et al. Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;50(8):1368-80.
16. Rezende E, Réa-Neto A, David CM, Mendes CL, Dias FS, Schettino G, et al. Consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico. Parte I: Método e definições. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17(4):278-81.
17. Gonçalves AM, Teixeira MT, Gama JR, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9.
18. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *J Crit Care*. 2015;30(3):557-61.
19. Torke AM, Callahan CM, Sachs GA, Wocial LD, Helft PR, Monahan PO, et al. Communication quality predicts psychological well-being and satisfaction in family surrogates of hospitalized older adults: an observational study. *J Gen Intern Med*. 2018;33(3):298-304.
20. Beesley SJ, Hopkins RO, Holt-Lunstad J, Wilson EL, Butler J, Kuttler KG, et al. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Crit Care Med*. 2018;46(2):229-35.
21. Petrinc A. Post-intensive care syndrome in family decision makers of long-term acute care hospital patients. *Am J Crit Care*. 2017;26(5):416-22.
22. Oliveira HS, Fumis RR. Influência do sexo e condição de cômputo nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(1):35-42.

23. Fumis RR, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care*. 2015;30(2):440.e1-6.
24. Fonseca GM, Freitas KS, Silva Filho AM, Portela PP, Fontoura EG, Oliveira MA. Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. *Psicol Teor Prat*. 2019;21(1):312-27.
25. Midega TD, Oliveira HS, Fumis RR. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):147-55.
26. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR. Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):447-57.
27. Moieni M, Irwin MR, Jevtic I, Olmstead R, Breen EC, Eisenberger NI. Sex differences in depressive and socioemotional responses to an inflammatory challenge: implications for sex differences in depression. *Neuropsychopharmacology*. 2015;40(7):1709-16.
28. Jaehn P, Bobrova N, Saburova L, Kudryavtsev AV, Malyutina S, Cook S. The relation of gender role attitudes with depression and generalised anxiety disorder in two Russian cities. *J Affect Disord*. 2020;264:348-57.
29. Fumis RR, Ferraz AB, Castro I, Barros de Oliveira HS, Moock M, Vieira Junior JM. Mental health and quality of life outcomes in family members of patients with chronic critical illness admitted to the intensive care units of two Brazilian hospitals serving the extremes of the socioeconomic spectrum. *PLoS One*. 2019;14(9):e0221218.
30. Schlaw J, Jünger C, Beutel ME, Münzel T, Pfeiffer N, Wild P, et al. Income and education predict elevated depressive symptoms in the general population: results from the Gutenberg health study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):430.
31. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedrosa-Chaparro MD, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We are staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(2):e10-6.
32. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4924.
33. Neves L, Gondim AA, Soares SC, Coelho DP, Pinheiro JA. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em unidade de terapia semi-intensiva. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):20170304.
34. Camelo Júnior JS. Pandemia de COVID-19 e a saúde mental de pacientes, famílias e trabalhadores da saúde: oportunidade de transformação. *Rev Qual HC*. 2020;6(1):156-65.
35. Ågren S, Eriksson A, Fredrikson M, Hollman-Frisman G, Orwelius L. The health promoting conversations intervention for families with a critically ill relative: a pilot study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:103-10.