

Henrique Souza Barros de Oliveira<sup>1</sup>, Renata Rego Lins Fumis<sup>1</sup>

1. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Sírio-Libanês - São Paulo (SP), Brasil.

# Influência do sexo e condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges

*Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os efeitos do sexo e da condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges.

**Métodos:** Estudo prospectivo conduzido em uma unidade de terapia intensiva mista com 22 leitos em um hospital terciário, localizado na capital do Estado de São Paulo. Os pacientes e respectivos cônjuges foram inscritos 2 dias após a admissão à unidade de terapia intensiva. Foram entrevistados durante a permanência na unidade com utilização da ferramenta Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Após 30 e 90 dias da alta da unidade de terapia intensiva, os participantes foram avaliados em entrevista realizada por telefone com utilização das ferramentas Escala do Impacto do Evento e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

**Resultados:** No período compreendido entre março de 2011 e março de 2013, avaliamos 118 pacientes e seus respectivos cônjuges. O sexo feminino se associou com pontuações mais elevadas que a dos homens na subescala de ansiedade ( $p = 0,032$ ) e de depressão ( $p = 0,034$ ). Não se observou associação entre o sexo e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático. No entanto, os cônjuges tiveram pontuações mais elevadas do que os pacientes ( $p = 0,001$ ).

**Conclusão:** O sexo feminino se associou com ansiedade e depressão, enquanto os cônjuges foram mais vulneráveis que os pacientes aos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático. Idade mais avançada e avaliações mais tardias também se associaram com pontuações mais baixas na Escala do Impacto do Evento.

**Descritores:** Ansiedade; Depressão; Cônjuges; Transtornos de estresse pós-traumáticos; Unidades de terapia intensiva; Feminino

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Este estudo foi realizado com suporte financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 11/05672-1, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 159573/2015-7.

Submetido em 18 de agosto de 2017

Aceito em 24 de novembro de 2017

### Autor correspondente:

Renata Rego Lins Fumis  
Hospital Sírio-Libanês  
Rua Dona Adma Jafet, 91  
CEP: 01308-050 - São Paulo (SP)  
E-mail: regolins@uol.com.br

**Editor responsável:** Márcio Soares

DOI: 10.5935/0103-507X.20180004

## INTRODUÇÃO

A admissão à unidade de terapia intensiva (UTI) expõe o paciente a importantes fatores estressantes, como os desconfortos relacionados à doença, dor, existência de tubos inseridos em nariz e/ou boca, perda de controle, privação de sono, limitação física e impossibilidade de comunicar-se.<sup>(1-3)</sup> Mais ainda, os pacientes e seus familiares comumente experimentam altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, assim como de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) durante e após a alta da UTI.<sup>(4-8)</sup> Estudos prévios também salientam que membros da família do paciente admitido à UTI, particularmente



os cônjuges, apresentam importante sofrimento psicológico, às vezes mais do que seus entes queridos, e precisam de apoio durante o tempo de permanência na UTI e no período de acompanhamento após a alta.<sup>(8)</sup> É importante ressaltar que estudos de acompanhamento sugerem que os pacientes e seus familiares podem ter diferentes níveis de sintomas de ansiedade, depressão e TEPT em períodos variados da recuperação em relação à UTI.<sup>(9,10)</sup>

Alguns fatores podem contribuir para o aumento da incidência desses sintomas, como o sexo feminino, a condição de cônjuge, menos idade, necessidade de ventilação mecânica, severidade da doença, entre outros.<sup>(6-10)</sup> Embora a literatura ofereça a identificação de alguns fatores de risco para ansiedade, depressão e TEPT em pacientes críticos e seus familiares, há poucos estudos com avaliação dos efeitos do sexo feminino no desenvolvimento desses sintomas em uma população específica, como a de pacientes admitidos à UTI e seus cônjuges. Girard et al. observaram que níveis elevados de sintomas de TEPT após doença crítica com necessidade de ventilação mecânica têm maior probabilidade de ocorrer em pacientes do sexo feminino. Segundo os autores, é muito importante compreender estes fatores de risco, pois isto pode facilitar a utilização de estratégias preventivas e orientar a busca de sintomas de TEPT após a doença crítica.<sup>(11)</sup>

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos do sexo e da condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes e em seus respectivos cônjuges durante a permanência na UTI e em avaliações realizadas 30 e 90 dias após a alta da UTI.

## MÉTODOS

Esta é uma análise secundária de um estudo prospectivo conduzido em hospital terciário de ensino privado, o Hospital Sírio-Libanês, localizado na capital do Estado de São Paulo.<sup>(8)</sup> O estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Beneficente de Senhoras do Hospital Sírio-Libanês, protocolo número HSL 2010/44. Todos os pacientes e respectivos cônjuges com permanência de mais do que 48 horas na UTI foram convidados para tomar parte e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi realizado em uma unidade clínico-cirúrgica com 22 leitos em quartos privativos. É permitido que um familiar permaneça com o paciente em seu quarto privativo 24 horas por dia (apenas um paciente por quarto) e que ele alterne com outros visitantes a qualquer momento durante o dia ou noite. Também é permitido dormir no quarto do paciente (que

contém um sofá-cama ou uma poltrona confortável, banheiro e aparelho de televisão). Além disto, a UTI tem dois períodos de visita, nos quais é permitido que até dois visitantes permaneçam no quarto do paciente ao mesmo tempo. Durante procedimentos invasivos (intubação e cateterização, por exemplo), pede-se os familiares que permaneçam fora do quarto.

As proporções profissional-leito na UTI são de 1:4 para enfermagem; 1:2 para assistente de enfermagem; 1:6 para médicos no horário diurno e 1:10 no horário noturno. Esta UTI tem uma política de visitação 24 horas por dia, e os familiares permanecem com os pacientes, em média, 12 horas por dia.<sup>(8)</sup>

Os critérios de inclusão para os pacientes foram: idade acima de 18 anos e tempo de permanência na UTI superior a 48 horas. Os critérios de exclusão para os pacientes foram: transtornos psiquiátricos, doença neurológica grave, condição muito grave para responder na primeira avaliação ou com dificuldade de acompanhamento em razão de comprometimento físico ou limitações (por exemplo, auditiva, incapacidade de falar, barreiras de linguagem, idade muito elevada para tomar parte, por exemplo, nos casos em que a idade causasse limitações para ler, compreender e falar ao telefone). Também convidamos o cônjuge do paciente (esposa, marido ou parceiro), caso envolvidos nos cuidados do paciente (visitando o paciente pelo menos duas vezes ao dia). Os critérios de exclusão foram a presença de transtornos psiquiátricos. Para pacientes e cônjuges, os transtornos psiquiátricos incluíram ansiedade e depressão em tratamento medicamentoso por ocasião da admissão à UTI. Após 48 horas de permanência na UTI, abordaram-se tanto o paciente quanto seu respectivo cônjuge. Se o paciente não fosse capaz de tomar parte na primeira avaliação em razão de suas condições clínicas (por exemplo, ventilação mecânica, *delirium*), ele era excluído. Os pacientes foram avaliados e entrevistados durante a permanência na UTI, quando em condições de participar. Após 30 e 90 dias da alta da UTI, só se entrevistaram os pacientes que tomaram parte durante o período de permanência na UTI.

Os pacientes e seus respectivos cônjuges foram entrevistados durante a permanência na UTI com utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Após 30 e 90 dias da alta da UTI, eles foram também entrevistados por telefone para preenchimento da Escala do Impacto do Evento (*Impact of Event Scale*) e da HADS. O escore HADS para cada subescala (ansiedade e depressão) variou de zero a 21, sendo utilizado o ponto de corte de >10 para cada uma das condições. Os escores para a escala completa (sofrimento

emocional) variou de zero a 42, sendo que escores mais elevados indicam maior sofrimento. O escore pela Escala do Impacto do Evento tem sido utilizado por muitos anos e parece ser confiável em uma variedade de eventos traumáticos; adicionalmente, a escala pode ser facilmente aplicada durante uma entrevista por telefone. A Escala do Impacto do Evento não é uma ferramenta para o diagnóstico do TEPT, porém detecta sintomas que indicam risco de TEPT. Esta escala compreende 15 itens; sete medem sintomas intrusivos (por exemplo, pensamentos intrusivos, pesadelos, sentimentos intrusivos e imagens) e oito medem sintomas de evitação (entorpecimento da responsividade, evitação de sentimentos, situações e ideias). Solicitou-se aos participantes que classificassem os itens em conformidade com a frequência com a qual ocorreu cada um desses sintomas nos últimos 7 dias. O escore da Escala do Impacto do Evento varia de zero a 75 pontos, sendo que escores mais altos indicam sintomas mais graves de estresse pós-traumático. Os pacientes foram classificados como tendo escores baixos ou altos na Escala do Impacto do Evento, utilizando 30 como o ponto de corte, em concordância com relatos prévios de que mais de 30 pontos indica uma reação ao estresse pós-traumático com um risco grave de TEPT. Para assegurar a melhor qualidade dos dados, todas as entrevistas foram conduzidas pela mesma pessoa, uma psicóloga com experiência em entrevistas relacionadas à UTI. Ambas as escalas foram previamente validadas para o Brasil.<sup>(12,13)</sup>

Para cada paciente, colheram-se as seguintes informações: idade, sexo, nível de educação, causa da admissão à UTI, presença de doença oncológica, escore segundo a ferramenta *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) 3, escala de Glasgow, escore pela ferramenta *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), tempo de permanência na UTI, presença de *delirium* (positividade na escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* - CAM-ICU) e desfecho da permanência na UTI. As informações a seguir foram fornecidas pelo cônjuge: sexo, idade, nível de educação, crença religiosa, experiência prévia com UTI e tempo diário despendido com o paciente na UTI.

### Análise estatística

Conduzimos uma análise descritiva das variáveis contínuas com utilização de média e desvio padrão, ou mediana e variação interquartis, e frequências das variáveis categóricas. Para comparar os escores de ansiedade e depressão da HADS nas três avaliações, segundo idade, sexo e condição de paciente ou cônjuge, aplicamos equações de estimativa generalizada com matriz autorregressiva de primeira ordem

entre as avaliações, assumindo distribuição marginal normal e função de conexão de identidade. Para comparação dos escores na Escala do Impacto do Evento nos dias 30 e 90 após a alta, aplicamos equações de estimativa generalizada com matriz de correlação autorregressiva entre as avaliações, admitindo distribuição marginal de Poisson e função de conexão de identidade. As equações de estimativa generalizada constituem um método moderno e poderoso para medidas repetidas, e permitem avaliar variáveis contínuas e categóricas, e contabilizar os desfechos. Com base na literatura, previa-se uma tendência natural de melhora com o tempo nos escores de HADS e Escala do Impacto do Evento; para modelar de forma correta, utilizamos uma matriz de correlação autorregressiva, assumindo que as medidas obtidas mais proximamente são mais correlacionadas do que as obtidas à distância. Assim, em razão da flexibilidade dos fenômenos, que permite a correção das especificações do modelo, e para levar em conta todas as mensurações, utilizamos equações de estimativa generalizada, em vez de Análise de Variância (ANOVA).<sup>(14)</sup>

Testamos as interações entre sexo, condição e ocasião da avaliação. As comparações múltiplas foram ajustadas para multiplicidade com utilização do método de Bonferroni. Consideramos significativo um valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

No total, entre março de 2011 e março de 2013 foram admitidos à UTI, por um período maior ou igual a 48 horas, 1.125 pacientes. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (558 exclusões e 154 casos com recusa de participação), analisamos um total de 118 pacientes e seus respectivos cônjuges.

Dentre os pacientes, 96 (81,4%) eram do sexo masculino. A média de idade era de  $58,8 \pm 12,6$  anos para os pacientes e  $54,8 \pm 12,6$  para cônjuges. Os cônjuges foram em média 4,0 anos mais jovens que os pacientes (intervalo de confiança de 95% - IC95%: 2,7 a 5,4 anos;  $p < 0,001$ ). Não houve diferença significativa na proporção de pacientes e cônjuges com idade acima de 60 anos. Dentre os cônjuges, observamos uma proporção significativamente menor de pessoas com educação superior ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

Observamos que 60 (50,8%) pacientes tiveram dor severa durante a permanência na UTI, 67 (56,8%) tinham diagnóstico de câncer e 66 (55,9%) estavam em tratamento clínico (Tabela 1). Durante a permanência na UTI, observamos que 10 (8,5%) pacientes estavam muito dependentes para suas Atividades de Vida Diária, 28 (23,7%) necessitaram de ventilação mecânica, 43 (36,4%)

**Tabela 1** - Características dos pacientes e seus cônjuges

Variáveis	Valores
Pacientes (n = 118)	
Idade	58,8 ± 12 (30 - 84)
Sexo (masculino)	96 (81,4)
Educação Superior	102 (86,4)
Dor moderada a grave na UTI	60 (50,8)
Escore SOFA	1,5 [0 - 5]
SAPS 3 (pontos)	46,5 [36 - 61]
Câncer	67 (56,8)
Atividades de Vida Diária - elevada dependência	10 (8,5)
Vasopressores	43 (36,4)
Ventilação mecânica > 24 horas	28 (23,7)
Terapia de substituição renal	19 (16,1)
Admissão clínica à UTI	66 (55,9)
Tempo de permanência na UTI (dias)	5,63 ± 5,92 (2 - 47)
Cônjuges (n = 118)	
Idade	54,8 ± 12 (24 - 81)
Sexo (masculino)	22 (18,6)
Educação superior	84 (71,2)
Religião católica	86 (72,9)
Sem experiência prévia com UTI na família	28 (23,7)
Tempo de permanência de familiar na UTI (horas/dia)	16,00 [12 - 24]
Escore de satisfação com a UTI (pontos)	13 [12 - 14]

UTI - unidade de terapia intensiva; SOFA - *Sequential Organ Failure Assessment*; SAPS - *Simplified Acute Physiology Score*. Resultados expressos como média ± desvio padrão, n (%) ou mediana [IQR].

utilizaram fármacos vasoativos e 19 (16,1%) necessitaram de terapia de substituição renal. O SOFA mediano foi de 1,5, e SAPS 3 mediano foi de 46,5 pontos, com variação entre 21 e 93 (Tabela 1).

Após 30 dias, acompanhamos 88 (74,6%) pacientes e 103 (87,3%) cônjuges, e, após 90 dias, 77 (65,2%) pacientes e 94 (79,7%) cônjuges. As razões para a diminuição do número de pacientes foram: óbitos (11 após 30 dias e 4 após 90 dias); sem condições de tomar parte (7 pacientes após 30 dias e 90 dias); 2 pacientes se recusaram a tomar parte na avaliação após 30 dias, e perda do acompanhamento em 10 pacientes após 30 dias e 9 após 90 dias.

Os escores de ansiedade, depressão e sintomas de TEPT foram descritos na tabela 2. Observamos que tanto pacientes quanto seus cônjuges experimentaram escores mais altos de sintomas de ansiedade e depressão segundo a HADS, assim como escores totais HADS, durante a avaliação basal (permanência na UTI), do que nas avaliações após 30 e 90 dias da alta. Tinham sintomas de ansiedade 22 (18,6%; IC95%: 12,1% a 26,9%) pacientes, e 8 (6,8%;

IC95%: 3,0% a 12,9%) tinham sintomas de depressão na avaliação inicial. Após 30 e 90 dias, nenhum dos pacientes tinha sintomas de ansiedade, e poucos tinham sintomas de depressão – respectivamente, 1,1% [IC95%: 0,3% a 6,2%] e 1,3% [IC95%: 0,3% a 7,0%]).

Com relação aos cônjuges, na avaliação inicial, 27 (22,9%; IC95%: 15,6% a 31,5%) tinham sintomas de ansiedade, e 8 (6,8%; IC95%: 3,0% a 12,9%) tinham sintomas de depressão. Estes sintomas tiveram um decréscimo após 90 dias: sete (7,4%; IC95%: 3,0% a 14,7%) tinham sintomas de ansiedade, e cinco (5,3%; IC95%: 1,7% a 12,0%) de depressão.

Em termos gerais, o sexo feminino se associou com escores mais altos do que no sexo masculino na subescala de ansiedade da HADS, após ajuste para idade, ocasião da avaliação e a condição de paciente ou cônjuge (média: +1,00 ponto [IC95%: 0,09 a 1,91];  $p = 0,03$ ). Não houve diferença significativa entre pacientes e cônjuges em termos de ansiedade ( $p = 0,098$ ). Observamos também que, para cada ano de idade, tanto pacientes quanto cônjuges tiveram redução média de 0,05 ponto (IC95%: -0,08 a -0,03;  $p < 0,001$ ) no escore HADS para ansiedade (Tabela 3). Em média, estes sintomas decresceram com o tempo, sem interações quanto a sexo e condição de paciente ou cônjuge. O escore de ansiedade foi, respectivamente, de 4,23 pontos (IC95%: -4,86 a -3,61;  $p < 0,001$ ) e 5,05 (IC95%: -5,76 a -4,33;  $p < 0,001$ ) mais baixo na avaliação realizada 30 dias e 90 dias após alta da UTI, em comparação com a avaliação inicial (Tabela 3). Com relação à depressão, o sexo feminino foi a única variável estatisticamente associada com escores mais altos (0,96 [IC95%: 0,07 a 1,85];  $p = 0,034$ ), enquanto o nível de depressão diminuiu com o tempo (Tabela 3). Os resultados dos modelos para os escores de HADS são apresentados na figura 1.

Não houve associação entre o sexo e sintomas de TEPT. No entanto, os cônjuges tiveram pontuações mais elevadas do que os pacientes (Tabela 3). Além disto, identificamos interação entre sexo, condição e ocasião da avaliação (Figura 1). O aumento da idade e a ocasião mais tardia da avaliação também se associaram com pontuações mais baixas na Escala do Impacto do Evento (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre sexo e condição de cônjuge com sintomas de ansiedade, depressão e de estresse pós-traumático durante o tempo de permanência na UTI e o acompanhamento realizado após 30 e 90 dias da alta da UTI. Observamos que o sexo feminino teve níveis médios mais elevados de

**Tabela 2** - Sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático entre pacientes e seus cômjuges

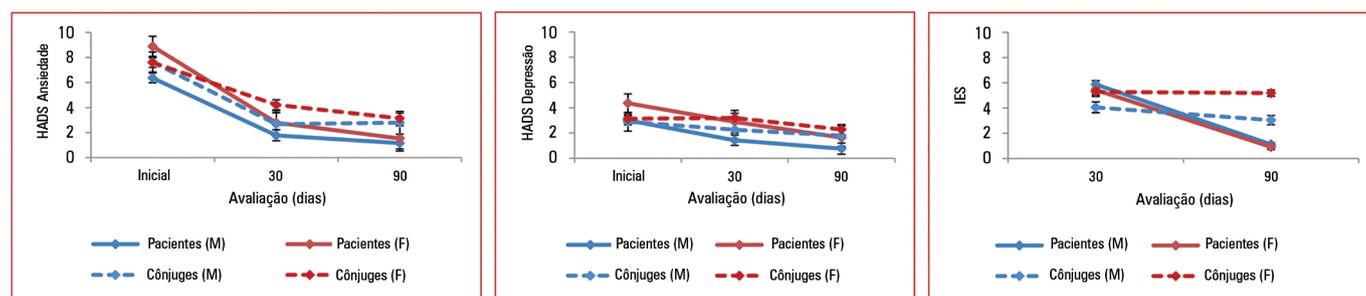
	HADS score total*	Escore HADS Subescala ansiedade*	Escore HADS Subescala depressão*	Escore IES†
Pacientes				
Na UTI (n = 118)	9,9 ± 7,2	6,7 ± 4,4	3,2 ± 3,6	-
30 dias (n = 88)	3,4 ± 4,6	1,8 ± 2,3	1,6 ± 2,6	0,0 [0,0 - 6,0]
90 dias (n = 77)	1,9 ± 3,7	1,0 ± 1,8	0,9 ± 2,2	0,0 [0,0 - 0,0]
Cômjuges				
Na UTI (n = 118)	10,8 ± 7,2	7,7 ± 4,4	3,1 ± 3,7	-
30 dias (n = 103)	7,1 ± 7,8	4,1 ± 4,2	3,1 ± 4,1	5,0 [0,0 - 10,0]
90 dias (n = 94)	5,4 ± 7,6	3,1 ± 4,1	2,2 ± 3,8	0,0 [0,0 - 1,0]

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; IES - Escala do Impacto do Evento; UTI - unidade de terapia intensiva. \* Média ± desvio padrão; † Mediana [IC].

**Tabela 3** - Equações de estimativa generalizada com matriz de correlação autorregressiva de primeira ordem comparando escores de ansiedade e depressão pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e pela Escala do Impacto do Evento ao longo do tempo, segundo a condição de paciente ou cômjuge, sexo e idade

Parâmetros	Ansiedade	Depressão	TEPT
	Coefficiente ± DP [IC95%]; valor de p	Coefficiente ± DP [IC95%]; valor de p	Coefficiente ± DP [IC95%]; valor de p
Feminino <i>versus</i> masculino	1,00 ± 0,46 [0,09 - 1,91]; 0,032	0,96 ± 0,45 [0,07 - 1,85]; 0,034	-0,08 ± 0,11 [-0,29 - 0,13]; 0,472
Cômjuge <i>versus</i> paciente	0,77 ± 0,46 [-0,14 - 1,68]; 0,098	-0,04 ± 0,45 [-0,93 - 0,85]; 0,930	-0,37 ± 0,12 [-0,60 - -0,14]; 0,001
Idade (por unidade de aumento)	-0,05 ± 0,01 [-0,08 - -0,03]; < 0,001	-0,02 ± 0,01 [-0,05 - 0,00]; 0,079	-0,04 ± 0,00 [-0,04 - -0,03]; < 0,001
30 dias <i>versus</i> inicial	-4,23 ± 0,32 [-4,86 - -3,61]; < 0,001	-1,44 ± 0,32 [-2,07; - -0,80]; 0,001	-
90 dias <i>versus</i> inicial*	-5,05 ± 0,37 [-5,76 - -4,33]; < 0,001	-0,67 ± 0,27 [-1,20 - -0,14]; 0,013	-1,66 ± 0,19 [-1,88 - -1,45]; < 0,001

TEPT - transtorno de estresse pós-traumático; DP - desvio padrão; IC95% - intervalo de confiança de 95%. \* Para transtorno de estresse pós-traumático, a referência foi a avaliação após 30 dias.

**Figura 1** - Escores nas subescalas de ansiedade e depressão pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e pela Escala do Impacto do Evento e de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, segundo o sexo e condição de cômjuge. HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; IES - Escala do Impacto do Evento.

ansiedade e depressão do que o sexo masculino, e ausência de associação com TEPT. Por outro lado, a condição de cômjuge ou paciente não teve associação com ansiedade e depressão, embora os cômjuges tenham apresentado associação com sintomas de TEPT.

Numerosos estudos demonstraram elevada prevalência de ansiedade e depressão em pacientes críticos e seus familiares; mas poucos dados discutem as diferenças entre

os sexos em relação a estas condições. Nossos resultados concordam com a literatura atual, na qual o sexo feminino foi associado a sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.<sup>(4-9,11)</sup> Além disto, parentes mais próximos dos pacientes sofreram mais de sintomas pós-traumáticos - às vezes mais do que os próprios pacientes.<sup>(8,15)</sup> As pesquisas a respeito das causas do sofrimento psicológico em mulheres na meia-idade têm se focalizado nas

adversidades atuais e nas alterações hormonais associadas com a menopausa.<sup>(16)</sup> No entanto, fatores psicossociais e não avaliados podem ter um impacto. Enfatizamos, portanto, a necessidade de um monitoramento adequado da ansiedade, da depressão e do TEPT, com maior atenção ao sexo feminino, perante situações de doença crítica durante a permanência na UTI.

O estresse pós-traumático ocorre quando uma pessoa experimenta, testemunha ou é confrontada com um evento que envolve morte ou ameaça. Envolve medo, desesperança ou mesmo intenso terror. O ambiente da UTI é tão ameaçador, que a prevalência destes sintomas foi comparada à experiência de um desastre natural ou mesmo de um estupro.<sup>(9)</sup> Identificamos que os cônjuges são mais vulneráveis aos sintomas de estresse pós-traumático do que os pacientes. É interessante que estes sintomas diminuíram nos pacientes de forma significativa após 3 meses, enquanto em seus cônjuges persistiram mesmo com o decorrer do tempo. No entanto, embora os cônjuges gastem um grande tempo por dia a visitar seus queridos, não encontramos associação da condição de cônjuge com ansiedade e depressão. É interessante que a correlação positiva de sintomas de ansiedade e depressão entre pacientes e familiares foi observada em um estudo prévio realizado por nosso grupo.<sup>(8)</sup> Acrescente-se que ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático nos pacientes tiveram significativa alívio após 3 meses, enquanto em familiares podem persistir apesar do tempo.<sup>(8)</sup>

Embora o desconforto psicológico venha sendo discutido com considerável atenção nos últimos anos, poucos estudos discutiram os sintomas de ansiedade, depressão e de estresse pós-traumático comparando pacientes e respectivos cônjuges, explorando os efeitos do sexo e da condição de cônjuge, incluindo a permanência na UTI e avaliações 30 a 90 dias após alta da UTI.<sup>(17,18)</sup>

Nosso estudo teve alguns pontos fortes, como a avaliação de pacientes e seus respectivos cônjuges em três ocasiões distintas (durante a permanência na UTI, 30 e

90 dias após a alta da UTI) e a avaliação de pares exatos de paciente-cônjuge. Porém, teve também algumas limitações. Primeiramente, este estudo foi conduzido em um único centro e em uma UTI privada com regime aberto de visitação, que não pode ser representativa das UTI brasileiras.<sup>(19)</sup> Em segundo lugar, excluímos diversos pacientes (principalmente em função da severidade e de barreiras para responder às entrevistas), embora tenhamos avaliado um número considerável de casais (paciente/cônjuge). Em terceiro lugar, tivemos uma incidência muito baixa de sintomas de ansiedade e depressão em comparação aos relatos da literatura. Parte disto pode ser atribuída à nossa política aberta de visitação, mas não podemos afastar um viés de seleção pela exclusão dos pacientes mais graves.

## CONCLUSÕES

Em nosso ambiente, identificamos que o sexo feminino teve uma importante associação com ansiedade e depressão, enquanto a condição de cônjuge se associou com sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, que persistiram apesar do tempo. Recomendamos a realização de intervenções proativas durante a permanência na unidade de terapia intensiva, com a finalidade de reduzir o sofrimento dos pacientes e de seus respectivos cônjuges.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos profundamente a Andréia de Fátima Nascimento por suas contribuições, ao compartilhar sua experiência com métodos estatísticos que acrescentaram melhorias a este trabalho.

## Contribuições dos autores

Concepção e delineamento do trabalho: RR Fumis e HS Oliveira; aquisição dos dados: RR Fumis; análise estatística: RR Fumis; interpretação dos dados: RR Fumis e HS Oliveira; redação do manuscrito: RR Fumis e HS Oliveira; aprovação final da versão a ser publicada: RR Fumis e HS Oliveira.

## ABSTRACT

**Objectives:** To assess the effect of sex and spouse condition on symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress symptoms in patients and their spouses.

**Methods:** A prospective study conducted in a 22-bed adult mixed intensive care unit in a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. Patients and their spouses were enrolled 2 days after intensive care unit admission. They were interviewed while in the

intensive care unit using the Hospital Anxiety and Depression Scale. At 30 and 90 days after intensive care unit discharge, they completed the Impact of Event Scale and Hospital Anxiety and Depression Scale by phone.

**Results:** From March 2011 to March 2013, we analyzed 118 patients and their spouses. We observed that female sex was associated with higher scores than male sex was in terms of the anxiety Hospital Anxiety and Depression Scale - subscale

( $p = 0.032$ ) and depression ( $p = 0.034$ ). There was no association between sex and posttraumatic stress disorder symptoms. However, spouses had higher Impact of Event Scale points compared with patients ( $p = 0.001$ ).

**Conclusions:** Female sex was associated with anxiety and depression, and spouses were more vulnerable to post-traumatic

stress symptoms than the patients were. Increasing age and a later time of assessment were also associated with lower scores on the Impact of Event Scale.

**Keywords:** Anxiety; Depression; Spouses; Stress disorders, post-traumatic; Intensive care units; Female

## REFERÊNCIAS

- Biancofiore G, Bindi ML, Romanelli AM, Urbani L, Mosca F, Filipponi F. Stress-inducing factors in ICUs: what liver transplant recipients experience and what caregivers perceive. *Liver Transpl.* 2005;11(8):967-72.
- Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med.* 1999;25(12):1421-6.
- Skalski CA, DiGerolamo L, Gigliotti E. Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *J Adv Nurs.* 2006;56(1):69-78.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulrout S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay E; French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005;20(1):90-6.
- Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care.* 2010;14(1):R14.
- Fumis RR, Deheinzeln D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med.* 2009;35(5):899-902.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert PE, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goulenok C, Goldgran-Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaidomar M, Laplace C, Larché J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B; FAMIREA Study Group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(9):987-94.
- 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(1):e0115332.
- Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkins RO, Girard TD, Ely EW. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Crit Care.* 2007;11(1):R27.
- Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, Karaiskos D, Ilias I, Kokras N. Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2014;18(1):25-31.
- Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, Gordon SM, Pun BT, Henderson MS, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2007;11(1):R28.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica.* 1995;29(5):355-63. Portuguese.
- Oliveira e Silva AC, Nardi AE, Horowitz M. Brazilian version of the Impact of Event Scale (IES): translation and cross-cultural adaptation. *Rev Psiquiatr Rio Grande Sul* 2010;32(3):86-93.
- Hanley JA, Negassa A, Edwardes MD, Forrester JE. Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation. *Am J Epidemiol.* 2003;157(4):364-75.
- Dithole K, Thupayagale-Tshweneagae G, Mgutshini T. Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(1):30-5.
- Kuh D, Hardy R, Rodgers B, Wadsworth ME. Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Soc Sci Med.* 2002;55(11):1957-73.
- Rosendahl J, Brunkhorst FM, Jaenichen D, Strauss B. Physical and mental health in patients and spouses after intensive care of severe sepsis: a dyadic perspective on long-term sequelae testing the Actor-Partner Interdependence Model. *Crit Care Med.* 2013;41(1):69-75.
- Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M, et al. Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Med.* 2005;31(1):86-91.
- Ramos FJ, Fumis RR, de Azevedo LC, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014;26(4):339-46.