



**Ansiedade e Depressão em Cuidados  
Paliativos:  
A Realidade de uma Equipa Intra-Hospitalar da  
Região Centro do País**

**Joana Rita Grilo Matias**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(mestrado integrado)

Orientadora: Dra. Carina Alexandra Martins dos Santos

**abril de 2022**



# **Dedicatória**

Aos meus pais.



## Agradecimentos

A concretização desta dissertação de mestrado contou com a ajuda e o apoio de diversas pessoas.

À Dra. Carina Santos, pela sua orientação e total disponibilidade na realização deste trabalho, pela sua colaboração na resolução dos contratemplos que foram surgindo e por todas as palavras de encorajamento e apoio ao longo do processo.

Aos profissionais da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, pela sua ajuda e contributo na recolha de dados.

Aos utentes, pela sua participação neste estudo.

Ao João, pela sua amizade e por todas as horas que disponibilizou ao meu lado na concretização deste trabalho.

Aos meus amigos da Covilhã, pilares ao longo destes 6 anos, que me acompanharam nesta jornada e que levarei eternamente no meu coração.

Por fim, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo especial agradecimento à minha família, em particular aos meus pais, ao meu irmão e à minha madrinha, por terem sido, ao longo desta caminhada, o meu apoio incondicional e os meus modelos de coragem.

A todos eles, o meu muito obrigada!



*"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida."*  
Cicely Saunders



## Resumo

**Introdução:** A sintomatologia ansiosa e depressiva é frequente em doentes com patologia médica, em especial nos Cuidados Paliativos. Tal influencia negativamente o processo de ajustamento da doença, reduz a qualidade de vida e a adesão ao tratamento, provocando enorme sofrimento ao paciente e ao seu cuidador. Assim, é fulcral diagnosticar e tratar a ansiedade e a depressão a fim de estruturar o correto suporte dos cuidados ao utente.

**Objetivos:** Estudo delineado com o objetivo de avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva nos utentes seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde da Guarda.

**Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal. Recolha de dados efetuada entre agosto de 2021 e março de 2022, através de um questionário anónimo fornecido aos utentes acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde da Guarda. O questionário foi composto pelas seguintes partes: Dados Sociodemográficos, Dados Clínicos e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Esta escala foi utilizada como instrumento de triagem de ansiedade e depressão.

**Resultados:** A investigação contou com 81 participantes, 31 do sexo feminino (38,27%) e 50 do sexo masculino (61,73%), com uma média de idades de 71,22 anos, maioritariamente casados/união de facto (67,90%), com 1º ciclo do ensino básico (59,26%) e com bom apoio familiar (95,06%). A doença oncológica verificou-se em 93,83% dos indivíduos, com prevalência do cancro do intestino (15,79%), cancro da próstata (14,47%) e cancro do pâncreas/vias biliares (13,16%). Constatou-se que 41,98% dos utentes referia ter apoio psicológico.

Usando a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, verificou-se uma pontuação média de 11,25 ( $\pm 3,10$ ) para a subescala de ansiedade e 9,31 ( $\pm 2,56$ ) para a subescala de depressão. No que se refere à ansiedade, a maior parte dos utentes apresentou sintomatologia moderada (49,38%), seguindo-se a sintomatologia leve (27,16%). A sintomatologia depressiva foi maioritariamente leve (45,68%), seguindo-se a moderada (32,10%). Sintomatologia ansiosa e depressiva severa observou-se em 12,35% e 1,23% dos indivíduos, respetivamente.

O sexo masculino apresentou um maior valor de ansiedade ( $M=12,20\pm 2,96$ ) relativamente ao feminino ( $M=9,71\pm 2,73$ ), com uma diferença estatisticamente muitíssimo

significativa ( $p < 0,001$ ). Os utentes de maior idade, não casados/união facto, com baixa escolaridade e com bom apoio familiar, apresentaram maior ansiedade, não sendo este resultado significativamente estatístico. Quanto ao diagnóstico de doença (oncológica vs não oncológica), os utentes apresentaram valores de ansiedade semelhantes, não se observando diferença significativamente estatística em relação com o tipo de tumor. Os indivíduos que não possuíam apoio psicológico exibiram maiores níveis de ansiedade ( $M=11,74 \pm 2,77$ ) comparativamente aos que possuíam ( $M=10,56 \pm 3,44$ ), não se verificando, porém, diferença estatisticamente significativa.

Na avaliação da subescala de depressão, esta foi mais elevada no sexo masculino, no grupo etário dos 50-75 anos, não casados/união facto, com baixa escolaridade e sem apoio familiar. Não se observou diferença no que diz respeito ao diagnóstico de doença (oncológica vs não oncológica) e tipo de tumor. Estes resultados não apresentaram significância estatística. Em relação à existência ou não de apoio psicológico, os utentes expressaram valores médios de depressão semelhantes, não se verificando diferença estatística.

Por fim, ao analisar a relação entre a ansiedade e a depressão, observou-se uma correlação negativa, muito fraca, estatisticamente não significativa.

**Conclusão:** A sintomatologia ansiosa e depressiva é um problema psicossocial frequente. Neste estudo observou-se sintomatologia ansiosa moderada/severa em 61,73% dos utentes e sintomatologia depressiva moderada/severa em 33,33%. Perante estes resultados, torna-se imperativo definir novas políticas e estratégias de rastreio aos utentes seguidos em Cuidados Paliativos, de modo a identificar precocemente aqueles que necessitam de avaliação e tratamento adicionais.

## **Palavras-chave**

Ansiedade; Depressão; Cuidados Paliativos; HADS; Doença Oncológica

## Abstract

**Introduction:** Anxious and depressive symptoms are frequent in patients with medical pathology, especially in Palliative Care. This negatively influences the disease adjustment process, reduces the quality of life and treatment adherence, causing enormous suffering to the patient and the caregivers. Thus, it's essential to diagnose and treat anxiety and depression in order to structure the correct support of patient care.

**Objectives:** The study was designed with the objective of evaluating anxious and depressive symptoms in patients of the Intra-Hospital Support Team in Palliative Care of the Local Health Unit of Guarda.

**Materials and Methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study. The data collection was carried out between August 2021 and March 2022, through an anonymous questionnaire provided to patients of Intra-Hospital Support Team in Palliative Care of the Local Health Unit of Guarda. The questionnaire included the Sociodemographic and Clinical Data, and the Hospital Anxiety and Depression Scale. This scale was used as a screening tool for anxiety and depression.

**Results:** 81 patients participated, 31 female (38.27%) and 50 male (61.73%), with an average age of 71.22 years old, mostly were married or common-law (67.90 %), with just elementary education (59.26%), and with good family support (95.06%). 93.83% of the individuals had oncological disease, higher prevalence of the bowel cancer (15.79%), prostate cancer (14.47%) and pancreas/bile duct cancer (13.16%). A total of 41.98% of patients reported having psychological support.

Using the Hospital Anxiety and Depression Scale, there was a mean score of 11.25 ( $\pm 3.10$ ) points for the anxiety subscale and 9.31 ( $\pm 2.56$ ) points for the depression subscale. With regards to anxiety, most users had moderate symptoms (49.38%), followed by mild symptoms (27.16%). Depressive symptoms were mostly mild (45.68%), followed by moderate (32.10%). Severe anxious and depressive symptomatology were observed in 12.35% and 1.23% of patients, respectively.

Males had the higher anxiety value ( $M=12.20\pm 2.96$ ) compared to females ( $M=9.71\pm 2.73$ ), with a statistically significant result ( $p<0.001$ ). The groups of older patients, single, widowed, low education level, and with good family support showed greater anxiety however the results weren't statistically significant. The patients showed similar anxiety values independently of the diagnosis (oncological vs non-oncological) and cancer

type, without being statistically significant. The patients who did not have psychological support exhibited higher levels of anxiety ( $M=11.74\pm 2.77$ ) compared to those who did ( $M=10.56\pm 3.44$ ), without being statistically significant.

In the evaluation of the depression subscale, it was found that the groups of 50-75 years old patients, males, single, widowed, low education level, and with low family support showed greater depression symptoms, no significant difference was observed with regard to the diagnosis (oncological vs non-oncological) and cancer type. These results did not show statistical significance. Regarding the existence or not of psychological support, patients expressed similar mean values of depression, with no statistical difference.

Finally, when analysing the relationship between anxiety and depression, a negative and very weak correlation was observed, without being statistically significant.

**Conclusion:** Anxiety and depressive symptoms are a frequent psychosocial problem. In this study, moderate/severe anxious symptoms were observed in 61.73% of the patients and moderate/severe depressive symptoms in 33.33% of the patients. In view of these results, we recommend to define new screening policies and strategies for the Palliative Care patients, in order to identify early results of those who need additional assessment and treatment.

## **Keywords**

Anxiety; Depression; Palliative Care; HADS; Oncological disease

# Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	ix
Palavras-chave.....	x
Abstract.....	xi
Keywords.....	xii
Lista de Gráficos.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Símbolos e Acrónimos.....	xix
1. Introdução.....	1
1.1. Hipóteses a testar.....	3
1.2. Objetivo Principal.....	3
1.3. Objetivos Específicos.....	3
2. Materiais e métodos.....	5
2.1. Tipo de estudo.....	5
2.2. Amostra.....	5
2.3. Método de recolha de dados.....	5
2.4. Variáveis.....	6
2.5. Tratamento estatístico dos dados.....	6
2.6. Considerações éticas e legais.....	7
3. Resultados.....	9
3.1. Análise descritiva.....	9
3.1.1. Contexto sociodemográfico.....	9
3.1.2. Contexto clínico.....	10
3.1.3. Níveis de ansiedade e depressão.....	11
3.2. Análise Inferencial.....	13
3.2.1. Análise da relação entre os valores de ansiedade e as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	13
3.2.2. Análise da relação entre os valores de ansiedade e o tumor primário.....	15
3.2.3. Análise da relação entre os valores de depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	16
3.2.4. Análise da relação entre os valores de depressão e o tumor primário.....	18
3.2.5. Análise da relação entre os valores de depressão e os níveis de ansiedade.....	18
3.2.6. Análise da relação entre os valores de ansiedade e os níveis de depressão.....	19
4. Discussão.....	21
4.1. Contexto sociodemográfico e clínico.....	21

4.2. Níveis de ansiedade e depressão .....	22
4.3. Análise da relação entre os valores de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas .....	23
4.4. Análise da relação entre os valores de ansiedade e depressão e o tumor primário ..	25
4.5. Análise da relação entre ansiedade e depressão .....	26
4.6. Forças e limitações .....	26
5. Conclusão e perspetivas futuras .....	27
6. Bibliografia .....	29
7. Apêndices .....	33
7.1. Consentimento informado, live e esclarecido para os utentes .....	33
7.2. Questionário para utentes de dados sociodemográficos e clínicos .....	34
8. Anexos .....	37
8.1. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) .....	37
8.2. Autorização do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE.....	38

## Lista de Gráficos

Gráfico 3.1: Valores de ansiedade por sexo. ....	15
Gráfico 3.2: Valores de ansiedade segundo a existência de apoio psicológico.....	15
Gráfico 3.3: Relação entre os valores de depressão e os níveis de ansiedade. ....	19
Gráfico 3.4: Relação entre os valores de ansiedade e os níveis de depressão. ....	19
Gráfico 3.5: Relação entre depressão e ansiedade. ....	20



## Lista de Tabelas

Tabela 2.1: Variáveis do estudo. ....	6
Tabela 3.1: Distribuição da amostra segundo o contexto sociodemográfico. ....	10
Tabela 3.2: Distribuição da amostra segundo o contexto clínico.....	11
Tabela 3.3: Consistência interna pelo Teste <i>Alfa</i> de Cronbach.....	12
Tabela 3.4: Estatística descritiva relativa aos valores da ansiedade e depressão. ....	12
Tabela 3.5: Distribuição da amostra segundo os níveis de ansiedade e depressão.....	12
Tabela 3.6: Medidas descritivas de ansiedade segundo as variáveis/grupos considerados .....	14
Tabela 3.7: Medidas descritivas de ansiedade segundo o tumor primário. ....	16
Tabela 3.8: Medidas descritivas de depressão segundo as variáveis/grupos considerados .....	17
Tabela 3.9: Medidas descritivas de depressão segundo o tumor primário. ....	18



## Lista de Símbolos e Acrónimos

CP	Cuidados Paliativos
CV	Coeficiente de Variação
DP	Desvio-Padrão
$E_0$	Erro amostral tolerável
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
F	Teste ANOVA
HADS	Do inglês, Hospital Anxiety and Depression Scale
HSM	Hospital Sousa Martins
IBM	Do inglês, International Business Machines Corporation
IPO	Instituto Português de Oncologia
M	Média
N	Tamanho da amostra
N'	Tamanho da população
$n_0$	Primeira aproximação do tamanho da amostra
$p$	Significância estatística
QDV	Qualidade de vida
RSL	Revisão Sistemática de Literatura
SPSS	Do inglês, Statistical Product and Service Solutions
t	Teste t
ULS	Unidade Local de Saúde
<i>vs</i>	<i>versus</i>
Z	Valor crítico para o grau de confiança desejada



## 1. Introdução

As mudanças de estado emocional, acompanhadas por sintomatologia ansiosa e depressiva, são problemas psicossociais muito frequentes nos doentes com patologia médica. Estas poderão portar repercussões negativas no processo de ajustamento da doença, diminuindo a qualidade de vida (QDV), a adesão ao tratamento e prolongando o tempo de recuperação (1). A ansiedade e depressão podem hiperexpressar alguns sintomas como a dor, a falta de apetite e sonolência, dificultando o seu controle e contribuindo para a diminuição do funcionamento físico, emocional e social do doente (2-5).

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que pretende melhorar a QDV dos pacientes (crianças e adultos) e das respetivas famílias, que se deparam com problemas associados a doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais (6).

A depressão é um dos diagnósticos mais prevalentes em CP. Esta provoca enorme sofrimento tanto para os pacientes, que veem a sua angústia e sofrimento agravados, com redução da QDV e conseqüente aumento do risco de suicídio e desejo de morte antecipada, quanto para os seus cuidadores. Atualmente continua pouco investigada e, dessa forma, sub-diagnosticada e sub-tratada (7-9).

A literatura mostra que, em CP, a patologia oncológica continua a ser a mais prevalente (10-14). Muitas vezes, a depressão é considerada uma reação normal ao cancro (8). À medida que a doença evolui, alterações do estado emocional podem dever-se ao medo da doença e da sua evolução, aos tratamentos associados, à perda de autonomia e ao luto precoce, dada a perda iminente de vida (15).

O limiar do nível de ansiedade e depressão na doença médica não é conhecido e é diferente do limiar das perturbações psiquiátricas. Assim, na investigação da interferência da ansiedade e depressão relacionada com os fatores de saúde, deverá ser usado um instrumento que avalie as mesmas numa perspetiva dimensional e não taxonómica, recorrendo para isso, a instrumentos de auto ou hetero-avaliação e instrumentos específicos ou não para uma determinada população (16). Os critérios utilizados no diagnóstico e classificação da depressão noutros contextos, como o Manual De Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, são pouco pertinentes em CP, dado que os sintomas somáticos poderão dever-se à doença física (17).

A aplicação de escalas comprova ser uma ferramenta útil na avaliação da mudança do estado emocional do utente, da mesma forma que avalia a presença ou ausência de níveis clinicamente consideráveis de ansiedade e depressão. Não obstante, um dos notáveis problemas na avaliação destas questões, reside na influência que a doença física poderá ter

nos resultados. Tendo em conta esta preocupação, Zigmond e Snaith desenvolveram um questionário de autoavaliação, “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS), em 1983, no qual foram excluídos os sintomas que se relacionavam com a perturbação física (sintomas vegetativos como vertigem, cefaleias, insónia, anergia, fadiga), baseando-se apenas nos sintomas psíquicos (7, 18). Até à data, é o único instrumento de avaliação da ansiedade e depressão desenvolvido e validado para utilização pela população médica, em ambiente hospitalar, comunitário e cuidados de saúde primários. A escala HADS foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2007 (1). Esta ferramenta de triagem mostrou-se válida em ambiente de CP (19).

Uma vez que a escala HADS é apenas uma ferramenta de triagem, apontado alterações emocionais e não um transtorno depressivo *per se*, nos casos de pontuação mais alta, deve-se realizar uma entrevista clínica por profissionais de saúde da área da psicologia e psiquiatria (8).

Posto que há vários conceitos de ansiedade e depressão, diferentes critérios para as definir e diferentes populações e metodologias de abordagem entre os diversos estudos, a sua prevalência varia substancialmente, sendo difícil comparar resultados.

Na Revisão Sistemática de Literatura (RSL) de Julião *et al.*, foram analisados os principais estudos que usaram a escala HADS, tendo-se observado uma prevalência média de depressão em CP de 29%. Na grande parte dos estudos, a idade configura-se como um fator de risco para depressão, sendo mais elevada em indivíduos mais novos. A mesma RSL indica que, na população oncológica, não existe diferença significativa entre pacientes do sexo masculino e feminino (7). Outros estudos indicam valores de ansiedade e depressão mais elevados no sexo feminino (20, 21).

Avaliando pacientes elegíveis para CP, verificou-se que quanto menor o apoio social, pior é a qualidade de vida global e maiores os sintomas de depressão (22).

Vários estudos na área da oncologia tentam associar a prevalência de depressão ao tipo de tumor. Massie, numa RSL, usando diversas formas de metodologia, indica que a depressão é mais prevalente no cancro da orofaringe (22%–57%), do pâncreas (33%–50%), da mama (1,5%–46%) e do pulmão (11%–44%) e menos prevalente no cancro do cólon (13%–25%), ginecológico (12%–23%) e linfoma (8%–19%) (23). No entanto, ainda que poucas investigações usando a escala HADS tenham sido feitas em doentes oncológicos em CP, estas mostraram não haver correlação com o tipo de tumor (20, 21).

A literatura configura-se mais limitada no que concerne à investigação da ansiedade nos CP. Assim, a sua identificação torna-se fulcral para estruturar o correto suporte dos cuidados ao utente.

À data deste trabalho, são escassos os estudos publicados em Portugal acerca deste tema em contexto de CP, que adquire especial importância quando nos deparamos com esta população.

### **1.1. Hipóteses a testar**

Na presente investigação, espera-se encontrar elevada sintomatologia ansiosa e depressiva nos utentes acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, nomeadamente em utentes mais novos, do sexo feminino, sem companheiro e com alta escolaridade. Antecipa-se que menor apoio familiar e psicológico, predisponha a maior sintomatologia ansiosa e depressiva. Relativamente ao diagnóstico de doença, prevê-se que seja mais prevalente a patologia oncológica e que não se encontrem diferenças relevantes quanto à ansiedade e depressão e os diferentes tipos de tumor. Espera-se ainda não haver relação entre a ansiedade e a depressão.

### **1.2. Objetivo Principal**

Considerando a relevância da temática exposta, este estudo foi delineado com o objetivo de avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva nos utentes seguidos pela EIHSCP da ULS da Guarda.

### **1.3. Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemograficamente os utentes seguidos em Cuidados Paliativos na ULS Guarda quanto ao sexo, idade, estado civil e escolaridade;
- Avaliar a existência de um bom apoio familiar, segundo a perspetiva do utente;
- Caracterizar a amostra de acordo com o diagnóstico da doença (oncológica *vs* não oncológica);
- Avaliar a existência de apoio psicológico aquando do preenchimento do questionário;
- Aferir a percentagem de sintomatologia ansiosa e depressiva dos utentes acompanhados pela EIHSCP da ULS da Guarda;
- Relacionar a sintomatologia ansiosa e depressiva com os dados sociodemográficos e clínicos;
- Analisar a relação entre a ansiedade e a depressão.



## 2. Materiais e métodos

### 2.1. Tipo de estudo

Estudo observacional, descritivo e transversal realizado entre agosto de 2021 e março de 2022, nos Cuidados Paliativos da ULS da Guarda.

### 2.2. Amostra

Utentes acompanhados pela EIHSCP da ULS da Guarda. Como critério de inclusão delineou-se utentes com idade igual ou superior a 18 anos e mentalmente aptos para fornecer o Consentimento Informado (Apêndice 7.1). Foram excluídos pacientes com idade inferior a 18 anos, incapazes de fornecer Consentimento Informado ou que recusaram participar no estudo.

À data do cálculo da amostra, a EIHSCP apresentava um seguimento ativo de 100 utentes. De forma a selecionar uma amostra representativa e obter um grau de confiança de 95% e erro de 5%, foi calculado um número mínimo de 80 participantes.

Para estes cálculos recorremos às seguintes equações:

$$no = \frac{Z^2}{4 \times E_0^2} \quad (\text{Eq. 1})$$

$$N = \frac{N' \times no}{N' - 1 + no} \quad (\text{Eq. 2})$$

Onde  $N$  é o tamanho da amostra,  $no$  é a primeira aproximação do tamanho da amostra,  $Z$  é o valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejada e assume o valor 1,96,  $E_0$  é o erro amostral tolerável e assume o valor 0,05 e  $N'$  é o tamanho da população ( $N'=100$ ).

Durante o tempo de recolha de dados, 15 utentes não cumpriram os critérios de inclusão e 8 recusaram participar no estudo, sendo as razões apontadas o facto de se sentirem cansados e debilitados e/ou não terem interesse em participar. Assim, obtivemos uma amostra não probabilística por conveniência.

### 2.3. Método de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento com tempo estimado para o seu preenchimento de 10 minutos, entregue no momento da consulta. O questionário incluía uma componente de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice 7.2) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Anexo 8.1).

A escala HADS é um instrumento de auto-avaliação que analisa como o utente se sentiu na última semana, através de perguntas de escolha múltipla. É constituída por duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra que mede a depressão, composta cada uma

por sete itens. Cada pergunta é pontuada isoladamente, numa escala de 4 pontos (0 – 3), sendo cada uma das subescalas pontuada de 0 a 21.

Inicialmente a escala HADS foi desenvolvida e classificada com os seguintes critérios para cada subescala: pontuações entre 0-7 normal, 8 -10 caso possível e  $\geq 11$  caso provável de ansiedade ou depressão, dependendo da subescala pontuada (18).

Com o aprofundamento do conhecimento, casos com pontuação  $\geq 11$ , foram subdivididos em sintomatologia moderada e sintomatologia severa. Assim, iremos adotar esta classificação, sendo ela: 0-7 “sintomatologia ausente”, 8-10 “sintomatologia leve”, 11-14 “sintomatologia moderada” e 15 -21 “sintomatologia severa”.

Os questionários foram entregues pelos investigadores e/ou profissionais dos Cuidados Paliativos da ULS Guarda, entre agosto de 2021 e março de 2022.

## 2.4. Variáveis

As variáveis analisadas são apresentadas na Tabela 2.1.

Tabela 2.1: Variáveis do estudo.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>
Sexo: Masculino / Feminino
Idade: anos
Estado civil: Solteiro(a) / Casado(a) ou União de facto / Divorciado(a) ou Separado(a) / Viúvo(a)
Escolaridade: Sem escolaridade / 1º Ciclo do ensino básico (4ª ano) / 2º Ciclo de ensino básico (6º ano) / 3º ciclo do ensino básico (9º ano) / Ensino Secundário (12º ano) / Bacharelato ou Licenciatura / Mestrado ou Doutoramento
Bom apoio familiar: Sim / Não
<b>Variáveis clínicas</b>
Diagnóstico da Doença: Doença Não Oncológica / Doença Oncológica
Localização do tumor primário: Cabeça e Pescoço, Mama, Pulmão, Intestino, Estômago, Pâncreas/ Vias biliares, Bexiga, Próstata, Outra
Apoio psicológico: Sim / Não
<b>Questionário HADS</b>
Subescala de Ansiedade: pontos
Subescala de Depressão: pontos

## 2.5. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico iniciou-se com a colheita de dados e culminou com a análise e interpretação dos mesmos. Na análise estatística utilizaram-se procedimentos de natureza descritiva e analítica inferencial, tendo sido usado, para tal, o programa da *International*

*Business Machines Corporation (IBM), Statistical Product and Service Solutions (SPSS) Statistics 28* ®.

A estatística descritiva incluiu as frequências absolutas e relativas (percentuais), medidas de tendência central ou de localização (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão, coeficiente de variação e amplitude de variação).

A verificação das distribuições, nas variáveis de natureza quantitativa, foi efetuada através das medidas de assimetria (*Skewness* (Sk) – calculada através do quociente entre o valor de Sk e do erro padrão), de achatamento (*Curtose* (K) – quociente entre curtose e o erro padrão), e quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk. Para verificação da homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) recorreu-se ao teste de Levene.

Relativamente à estatística inferencial, utilizaram-se os testes paramétricos t para amostras independentes e ANOVA, para comparar as médias entre os grupos, e teste correlação de Pearson, estabelecendo-se o nível de significância de 5%.

Para avaliação da consistência interna do instrumento de colheita de dados, escala HADS, foi utilizado o coeficiente *Alpha* de Cronbach. Para verificação da magnitude de efeito, grau de associação entre as variáveis, utilizou-se o *d* de Cohen.

Considerando a natureza dos dados, os valores são apresentados em tabelas e gráficos, com o objetivo de facilitar a sua visualização, interpretação e análise.

## **2.6. Considerações éticas e legais**

A aplicação dos questionários nos Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, foi precedida do pedido de autorização ao conselho de administração da Unidade Local de Saúde da Guarda e submissão à comissão de ética hospitalar. O parecer favorável encontra-se em anexo (Anexo 8.2). Foi também aceite pela coordenadora e pelo enfermeiro gestor dos CP da ULS da Guarda.

Aos utentes foi garantido a voluntariedade, anonimato e confidencialidade das respostas, através de um Consentimento Informado assinado, respeitando os princípios deontológicos de investigação em ciências sociais (Apêndice 7.1).



## 3. Resultados

Procede-se, neste capítulo, à apresentação e análise dos resultados obtidos com o instrumento de colheita de dados, após o seu tratamento estatístico, encontrando-se dividido em duas partes: 1) Análise descritiva dos dados gerais da amostra, quanto às características sociodemográficas e clínicas e valores de ansiedade e depressão; 2) Análise inferencial dos resultados, nomeadamente das relações existentes/comparação de médias entre as variáveis dependentes, ansiedade e depressão, e as variáveis sociodemográficas e clínicas, seguindo a verificação dos objetivos de investigação formuladas.

### 3.1. Análise descritiva

No presente estudo de investigação recorreu-se a uma amostra constituída por 81 utentes seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos da ULS Guarda.

#### 3.1.1. Contexto sociodemográfico

Na observação da Tabela 3.1 constata-se que a amostra foi constituída por 50 utentes do sexo masculino (61,73%) e 31 do sexo feminino (38,27%).

A média de idades foi de 71,22 ( $\pm 13,95$ ) anos, com coeficiente de variação de 19,60%. A moda encontrou-se nos 67 anos e a mediana situou-se nos 72, numa amplitude de variação entre os 18 e 100 anos.

Por grupos etários, o mais frequente compreendeu idades entre 50 e 75 anos (n=48; 59,26%), seguido pelo grupo acima dos 75 anos (n=27; 33,33%).

Quanto ao estado civil, os utentes eram maioritariamente casados ou em união de facto (n= 55; 67,90%).

No que respeita à escolaridade, a maioria possuía o 1º Ciclo do ensino básico (4º ano) (n=48; 59,26%).

Relativamente à qualidade de apoio familiar, a maioria dos utentes referiu possuir bom apoio (n=77;95,06%).

Tabela 3.1: Distribuição da amostra segundo o contexto sociodemográfico.

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	50	61,73
Feminino	31	38,27
Total	81	100,00
<b>Idade</b>		
<50 anos	6	7,41
50-75 anos	48	59,26
>75 anos	27	33,33
Total	81	100,00
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	7	8,64
Casado(a)/União de facto	55	67,90
Divorciado(a)/Separado(a)	2	2,47
Viúvo(a)	17	20,99
Total	81	100,00
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	11	13,58
1º Ciclo do ensino básico (4º ano)	48	59,26
2º Ciclo do ensino básico (6º ano)	7	8,64
3º Ciclo do ensino básico (9º ano)	8	9,88
Ensino Secundário (12º ano)	6	7,41
Bacharelato/Licenciatura	1	1,23
Total	81	100,00
<b>Tem bom apoio familiar?</b>		
Sim	77	95,06
Não	4	4,94
Total	81	100,00

N: Tamanho da amostra

### 3.1.2. Contexto clínico

Os dados da Tabela 3.2 reportam o contexto clínico dos utentes. A grande maioria encontrava-se em situação de doença oncológica (n=76; 93,83%) sendo mais frequentes os cancros do intestino (n=12; 15,79%), próstata (n=11; 14,47%) e pâncreas/vias biliares (n=10; 13,16%).

Relativamente à existência de apoio psicológico, a maioria respondeu negativamente (n=47; 58,02%).

Tabela 3.2: Distribuição da amostra segundo o contexto clínico.

	N	%
<b>Diagnóstico</b>		
Doença Oncológica	76	93,83
Doença Não Oncológica	5	6,17
Total	81	100,00
<b>Doença Não Oncológica</b>		
Neurodegenerativa	2	40,00
Respiratória	1	20,00
Digestiva	1	20,00
Endócrina	1	20,00
Total	5	100,00
<b>Doença Oncológica/Tumor Primário</b>		
Intestino	12	15,79
Próstata	11	14,47
Pâncreas/Vias biliares	10	13,16
Pulmão	8	10,53
Mama	6	7,89
Bexiga	4	5,26
Mieloma Múltiplo	4	5,26
Estômago	3	3,95
Fígado	3	3,95
Leucemia	3	3,95
Rim	3	3,95
Outra	9	11,84
Total	76	100,00
<b>Tem apoio psicológico neste momento?</b>		
Sim	34	41,98
Não	47	58,02
Total	81	100,00

N: Tamanho da amostra

### 3.1.3. Níveis de ansiedade e depressão

Antes de se proceder à análise dos resultados do instrumento de colheita de dados, foram verificados os valores de consistência interna (*Alfa* de Cronbach ( $\alpha$ )) das subescalas respetivas, ansiedade e depressão (Tabela 3.3). Ambas demonstraram boa consistência interna, sendo a subescala de ansiedade a que apresentou maior valor ( $\alpha=0,814$ ). A subescala de depressão apresentou consistência considerada próxima de bom ( $\alpha=0,739$ ).

Tabela 3.3: Consistência interna pelo Teste *Alfa* de Cronbach.

Consistência interna	<i>Alfa</i> de Cronbach ( $\alpha$ )
Ansiedade	0,814
Depressão	0,739

A Tabela 3.4 sintetiza as principais estatísticas para os valores de ansiedade e depressão. A pontuação média dos valores de ansiedade foi de 11,25 ( $\pm 3,10$ ), com pontuação mínima de 3 e máxima de 17. No que concerne à depressão, observou-se um valor médio de 9,31 ( $\pm 2,56$ ), com um mínimo de 4 e máximo de 16.

No que respeita às distribuições, observou-se alguma dispersão nos valores das respostas obtidas, tanto na ansiedade (CV=27,60%) como na depressão (CV=27,50%).

Tabela 3.4: Estatística descritiva relativa aos valores da ansiedade e depressão.

HADS	N	M	DP	CV (%)	Mínimo	Máximo	Intervalo da escala	% Média obtida
Ansiedade	81	11,25	3,10	27,60	3	17	0-21	53,60
Depressão	81	9,31	2,56	27,50	4	16	0-21	44,30

N: Tamanho da amostra; M: Média; DP: Desvio-padrão; CV: Coeficiente de variação (%).

Relativamente à ansiedade, de acordo com a Tabela 3.5, verificou-se que a maioria dos utentes apresentava sintomatologia moderada (49,38%). A sintomatologia ansiosa severa observou-se em 12,35% dos doentes; apenas 9 doentes (11,11%) não apresentava sintomatologia. Em relação à depressão, a maioria dos doentes manifestou sintomatologia leve (45,68%); 20,99% dos doentes não apresentou sintomas depressivo.

Tabela 3.5: Distribuição da amostra segundo os níveis de ansiedade e depressão.

Níveis	N	%
<b>Ansiedade</b>		
Normal/Ausência (0-7)	9	11,11
Leve (8-10)	22	27,16
Moderada (11-14)	40	49,38
Severa (15-21)	10	12,35
Total	81	100,00
<b>Depressão</b>		
Normal/Ausência (0-7)	17	20,99
Leve (8-10)	37	45,68
Moderada (11-14)	26	32,10
Severa (15-21)	1	1,23
Total	81	100,00

N: Tamanho da amostra

## 3.2. Análise Inferencial

A análise constou da obtenção dos valores médios de ansiedade e depressão e respetivos desvios-padrão, dentro de cada categoria/grupo, de acordo com os testes estatísticos utilizados, para aferir a sua relação. Para tal foram verificados os pressupostos de distribuição amostral, quanto à normalidade, curtose e simetria, e homogeneidade das variâncias.

### 3.2.1. Análise da relação entre os valores de ansiedade e as variáveis sociodemográficas e clínicas

Dos resultados obtidos (Tabela 3.6), verificou-se que os utentes do sexo masculino apresentaram maior ansiedade ( $M=12,20\pm 2,96$ ) que os do sexo feminino ( $M=9,71\pm 2,73$ ), com diferença estatisticamente muitíssimo significativa ( $p<0,001$ ), sendo a dimensão/tamanho do efeito, isto é, a magnitude da diferença relativa de valores de ansiedade, elevada ( $d$  Cohen= $0,867$ ) (Gráfico 3.1).

Em relação ao grupo etário, os utentes de maior idade apresentaram maior ansiedade ( $M=11,81\pm 2,82$ ), comparativamente às idades de 50-75 anos ( $M=11,17\pm 3,28$ ) e, de forma ainda mais expressiva, comparativamente às idades inferiores a 50 anos ( $M=9,33\pm 2,34$ ). Contudo, as diferenças observadas não se revelaram estatisticamente significativas ( $p=0,202$ ).

No que respeita ao estado civil, os solteiros expressaram maior ansiedade ( $M=12,14\pm 2,79$ ), não sendo as diferenças de médias estatisticamente significativas ( $p=0,200$ ).

Quanto à escolaridade, atendendo a que apenas existia um elemento com bacharelato/licenciatura, procedeu-se à reoperacionalização da categoria “Ensino Secundário (12º ano)” em “Ensino Secundário (12º ano) ou Superior”, passando esta a integrar o referido elemento. Deste modo, denotou-se que os utentes sem escolaridade ( $M=12,45\pm 1,92$ ) e com o 2º ciclo do ensino básico ( $M=12,14\pm 4,10$ ), revelaram maiores níveis de ansiedade, em relação aos de escolaridade mais elevada ( $M=8,71\pm 3,04$ ), não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $p=0,123$ ).

No respeitante à existência de bom apoio familiar, observou-se valores de ansiedade mais elevados nos doentes que referiram bom apoio ( $M=11,32\pm 3,08$ ), no entanto não se verificou significância estatística ( $p=0,326$ ).

No que concerne ao diagnóstico de doença, não oncológica ( $M=11,40\pm 1,52$ ) e oncológica ( $M=11,24\pm 3,19$ ), os utentes revelaram valores de ansiedade semelhantes, sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,910$ ).

Relativamente à existência de apoio psicológico, os valores de ansiedade foram maiores entre os que não possuíam apoio ( $M=11,74\pm 2,77$ ) comparativamente aos que eram apoiados ( $M=10,56\pm 3,44$ ), não se verificando, porém, diferença estatisticamente significativa ( $p=0,090$ ) (Gráfico 3.2).

Tabela 3.6: Medidas descritivas de ansiedade segundo as variáveis/grupos considerados.

<b>Ansiedade</b>					
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Masculino	50	12,20	2,96		
Feminino	31	9,71	2,73	3,791	<0,001
Total	81	11,25	3,10		
<b>Grupo etário</b>				<b>F(2,78)</b>	<b>p</b>
<50 anos	6	9,33	2,34		
50 a 75 anos	48	11,17	3,28	1,633	0,202
>75 anos	27	11,81	2,82		
Total	81	11,25	3,10		
<b>Estado civil</b>				<b>F(3,77)</b>	<b>p</b>
Solteiro	7	12,14	2,79		
Casado(a)/União de facto	55	11,16	3,22		
Divorciado(a)/Separado(a)	2	7,00	2,83	1,583	0,200
Viúvo(a)	17	11,65	2,62		
Total	81	11,25	3,10		
<b>Escolaridade</b>				<b>F(4,76)</b>	<b>p</b>
Sem escolaridade	11	12,45	1,92		
1º Ciclo do ensino básico (4º ano)	48	11,13	2,89		
2º Ciclo do ensino básico (6º ano)	7	12,14	4,10	1,876	0,123
3º Ciclo do ensino básico (9º ano)	8	11,75	4,10		
Ensino Secundário (12º ano) ou Superior	7	8,71	3,04		
Total	81	11,25	3,10		
<b>Tem um bom apoio familiar?</b>				<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Sim	77	11,32	3,08		
Não	4	9,75	3,77	0,989	0,326
Total	81	11,25	3,10		
<b>Diagnóstico da Doença</b>				<b>t(79)</b>	<b>P</b>
Doença Não Oncológica	5	11,40	1,52		
Doença Oncológica	76	11,24	3,19	0,113	0,910
Total	81	11,25	3,10		
<b>Tem apoio psicológico neste momento?</b>				<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Sim	34	10,56	3,44		
Não	47	11,74	2,77	-1,717	0,090
Total	81	11,25	3,10		

N: Tamanho da amostra; M: Média; DP: Desvio-padrão; t: teste t; F: teste ANOVA; p: significância estatística

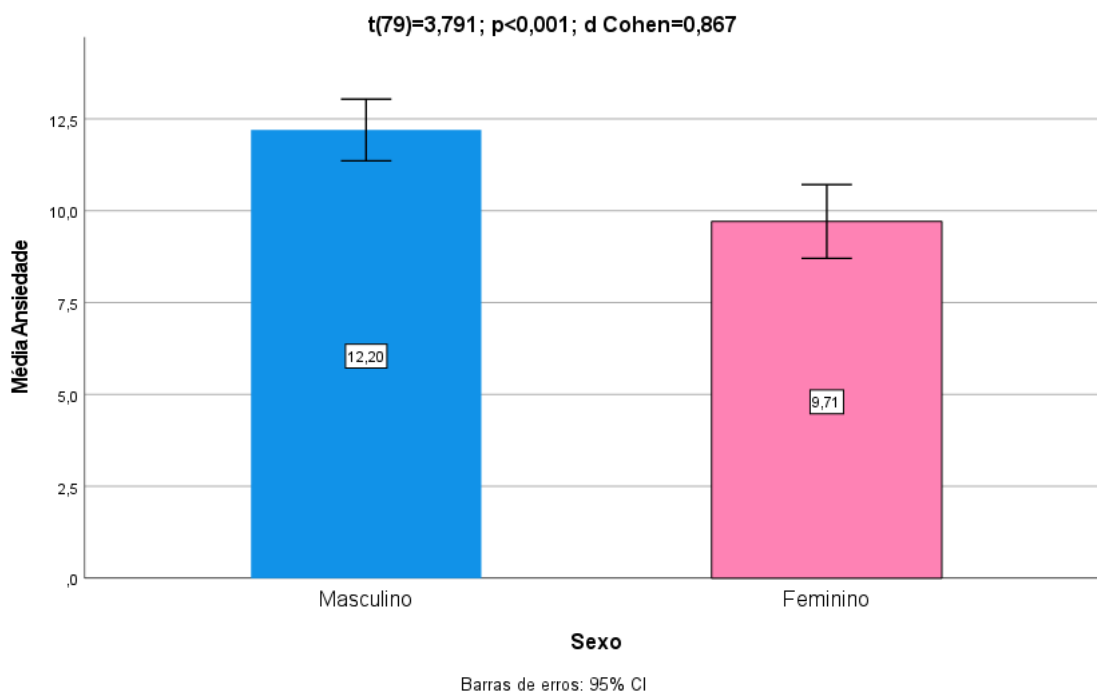


Gráfico 3.1: Valores de ansiedade por sexo.

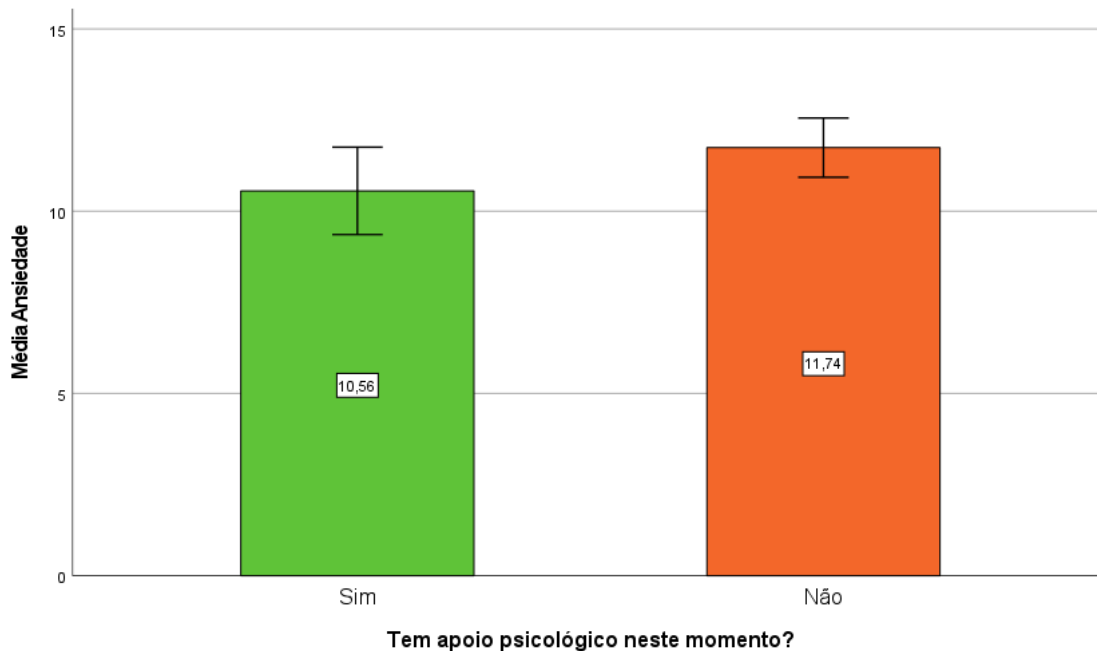


Gráfico 3.2: Valores de ansiedade segundo a existência de apoio psicológico.

### 3.2.2. Análise da relação entre os valores de ansiedade e o tumor primário

Em relação ao tumor primário, não existiram diferenças de valores de ansiedade estatisticamente significativas ( $p=0,054$ ). Ainda assim, ocorreram valores mais elevados no cancro do fígado, leucemia, cancro do estômago, mieloma múltiplo, cancro do rim e cancro do intestino (Tabela 3.7).

Tabela 3.7: Medidas descritivas de ansiedade segundo o tumor primário.

Tumor Primário	N	Ansiedade			
		M	DP	F(11,64)	p
Mama	6	7,83	3,656		
Pulmão	8	11,63	2,066		
Intestino	12	12,17	3,099		
Estômago	3	13,00	4,000		
Pâncreas/Vias biliares	10	9,30	3,831		
Bexiga	4	10,25	0,957		
Próstata	11	11,09	2,166	1,915	0,054
Fígado	3	14,33	2,309		
Leucemia	3	13,67	3,055		
Mieloma Múltiplo	4	12,50	3,109		
Rim	3	12,33	4,726		
Outra	9	11,33	2,598		
Total	76	11,24	3,187		

N: Tamanho da amostra; M: Média; DP: Desvio-padrão; F: teste ANOVA; p: significância estatística

### 3.2.3. Análise da relação entre os valores de depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas

Os resultados expressos na Tabela 3.8 permitem observar que os valores médios de depressão, embora mais elevados nos homens ( $M=9,56\pm 2,51$ ), não foram estatisticamente significativos ( $p=0,264$ ).

Relativamente à idade/grupo etário, observou-se valor médio de depressão ligeiramente mais elevado nos que possuíam entre 50 e 75 anos ( $M=9,60\pm 2,69$ ), não sendo, contudo, as diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,460$ ).

Em relação ao estado civil, os valores médios de depressão foram maiores em divorciados ou separados ( $M=11,50\pm 3,54$ ), seguidos dos viúvos ( $M=10,35\pm 2,87$ ). As diferenças médias observadas não foram estatisticamente significativas ( $p=0,099$ ).

No que se refere à escolaridade, observaram-se valores idênticos de depressão, tendo sido, no entanto, menores nos utentes que possuíam o ensino secundário (12<sup>o</sup> ano) ou superior ( $M=7,86\pm 1,68$ ), não se verificando diferença significativamente estatística ( $p=0,601$ ).

No respeitante à qualidade de apoio familiar, embora o valor médio de depressão tenha sido maior entre os que referiram não possuir bom apoio ( $M=10,75\pm 2,75$ ), as médias de depressão observadas não foram estatisticamente significativas ( $p=0,250$ ).

Relativamente ao diagnóstico de doença, não se verificou diferença significativa de médias de depressão entre aqueles com doença não oncológica ( $M=8,60\pm 2,07$ ) e com doença oncológica ( $M=9,36\pm 2,59$ ) ( $p=0,526$ ).

Em relação à existência ou não de apoio psicológico, os utentes expressaram valores médios de depressão semelhantes entre os que não possuíam apoio ( $M=9,34\pm 2,66$ ) e os que eram apoiados ( $M=9,26\pm 2,44$ ), não se verificando diferença estatística ( $p=0,896$ ).

Tabela 3.8: Medidas descritivas de depressão segundo as variáveis/grupos considerados.

<b>Depressão</b>					
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Masculino	50	9,56	2,51		
Feminino	31	8,90	2,63	1,125	0,264
Total	81	9,56	2,51		
<b>Grupo etário</b>				<b>F(2,78)</b>	<b>p</b>
<50 anos	6	8,83	2,32		
50 a 75 anos	48	9,60	2,69	0,783	0,460
>75 anos	27	8,89	2,37		
Total	81	9,31	2,56		
<b>Estado civil</b>				<b>F(3,77)</b>	<b>p</b>
Solteiro	7	9,71	2,56		
Casado(a)/União de facto	55	8,85	2,35		
Divorciado(a)/Separado(a)	2	11,50	3,54	2,161	0,099
Viúvo(a)	17	10,35	2,87		
Total	81	9,31	2,56		
<b>Escolaridade</b>				<b>F(4,76)</b>	<b>p</b>
Sem escolaridade	11	9,36	3,64		
1º Ciclo do ensino básico (4º ano)	48	9,56	2,44		
2º Ciclo do ensino básico (6º ano)	7	9,14	2,19	0,690	0,601
3º Ciclo do ensino básico (9º ano)	8	9,13	2,59		
Ensino Secundário (12º ano) ou Superior	7	7,86	1,68		
Total	81	9,31	2,56		
<b>Tem um bom apoio familiar?</b>				<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Sim	77	9,23	2,54		
Não	4	10,75	2,75	-1,159	0,250
Total	81	9,31	2,56		
<b>Diagnóstico da Doença</b>				<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Não Oncológica	5	8,60	2,07		
Oncológica	76	9,36	2,59	-0,637	0,526
Total	81	9,31	2,56		
<b>Tem apoio psicológico neste momento?</b>				<b>t(79)</b>	<b>p</b>
Sim	34	9,26	2,44		
Não	47	9,34	2,66	-0,131	0,896
Total	81	9,31	2,56		

N: Tamanho da amostra; M: Média; DP: Desvio-padrão; t: teste t; F: teste ANOVA; p: significância estatística

### 3.2.4. Análise da relação entre os valores de depressão e o tumor primário

Relativamente ao tumor primário, não existiram diferenças de valores médios de depressão estatisticamente significativas ( $p=0,473$ ). Observaram-se, no entanto, valores mais elevados no cancro do fígado, cancro da próstata, cancro do pulmão e leucemia (Tabela 3.9).

Tabela 3.9: Medidas descritivas de depressão segundo o tumor primário.

Tumor Primário	N	Depressão			
		M	DP	F(11,64)	p
Mama	6	8,00	2,83		
Pulmão	8	10,50	3,42		
Intestino	12	8,75	2,38		
Estômago	3	9,00	5,00		
Pâncreas/Vias biliares	10	8,10	1,79		
Bexiga	4	9,50	2,38		
Próstata	11	10,64	2,29	0,981	0,473
Fígado	3	11,00	1,00		
Leucemia	3	10,33	0,58		
Mieloma Múltiplo	4	9,25	2,75		
Rim	3	8,67	3,51		
Outra	9	9,33	2,45		
Total	76	9,36	2,59		

N: Tamanho da amostra; M: Média; DP: Desvio-padrão; F: teste ANOVA; p: significância estatística

### 3.2.5. Análise da relação entre os valores de depressão e os níveis de ansiedade

De forma geral, observaram-se idênticos valores médios de depressão nos utentes com diferentes níveis de ansiedade, tendo sido, no entanto, mais elevados naqueles em que o nível de ansiedade foi leve ( $M=9,82\pm 2,98$ ) (Gráfico 3.3). Esta relação não foi estatisticamente significativa ( $p=0,729$ ).

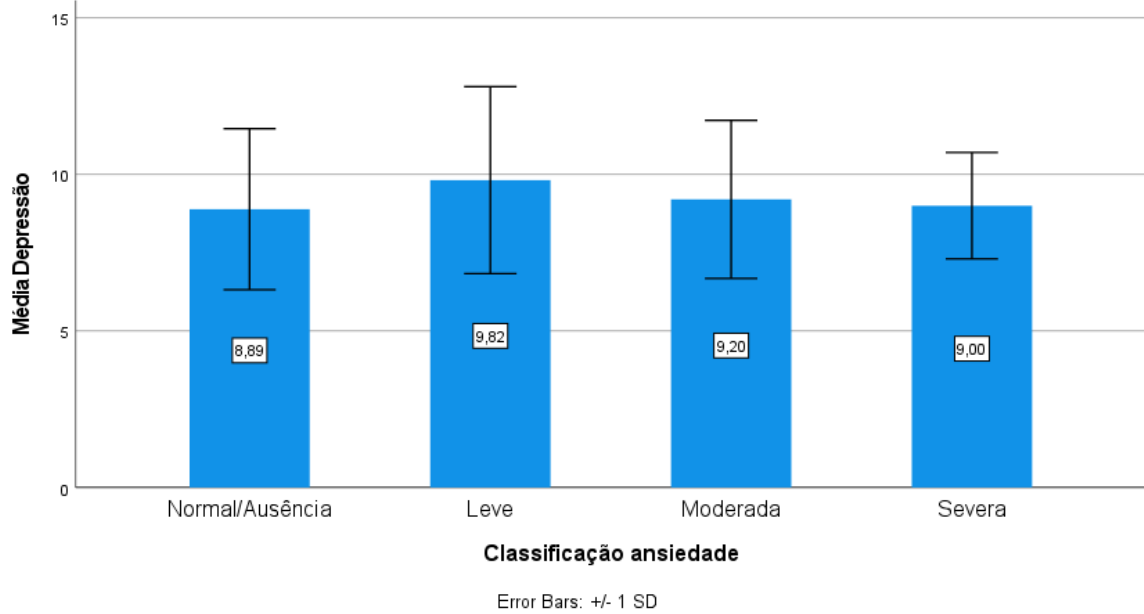


Gráfico 3.3: Relação entre os valores de depressão e os níveis de ansiedade.

### 3.2.6. Análise da relação entre os valores de ansiedade e os níveis de depressão

O valor médio de ansiedade mais elevado ocorreu em nível severo de depressão (N=1; M=13), seguido do nível leve (M=11,62±3,49), não havendo diferença estatística nesta relação ( $p=0,621$ ).

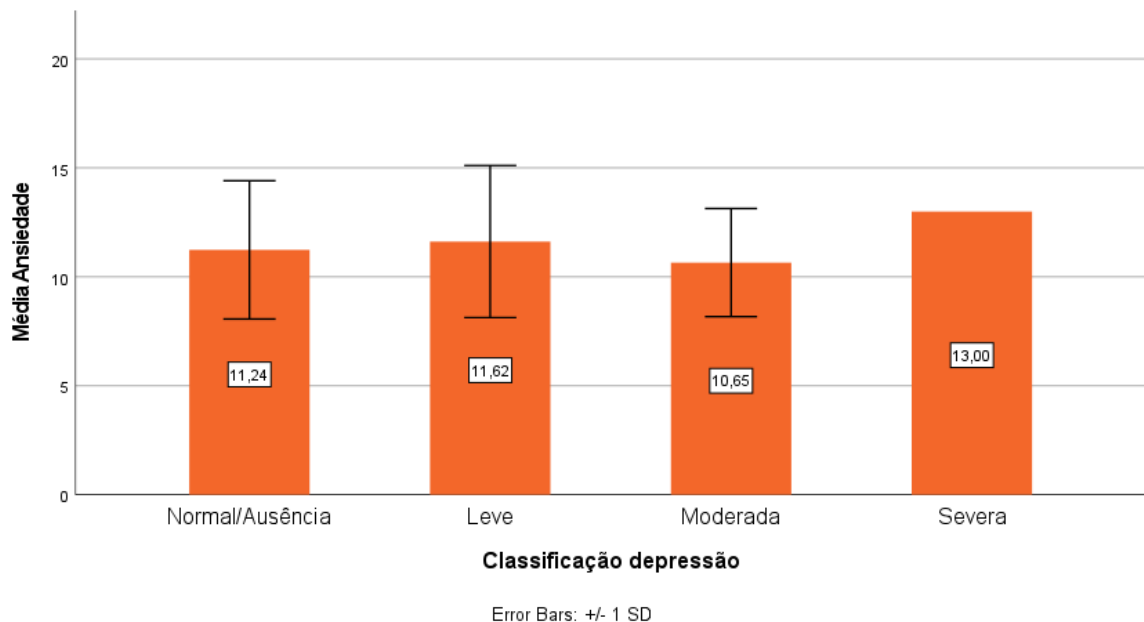


Gráfico 3.4: Relação entre os valores de ansiedade e os níveis de depressão.

Complementando as observações efetuadas, procedeu-se à análise, em geral, da relação entre depressão e ansiedade, através do teste de correlação de Pearson, tendo-se obtido uma correlação negativa, muito fraca, não significativa ( $r=-0,076$ ;  $p=0,501$ ), conforme demonstra o Gráfico 3.5.

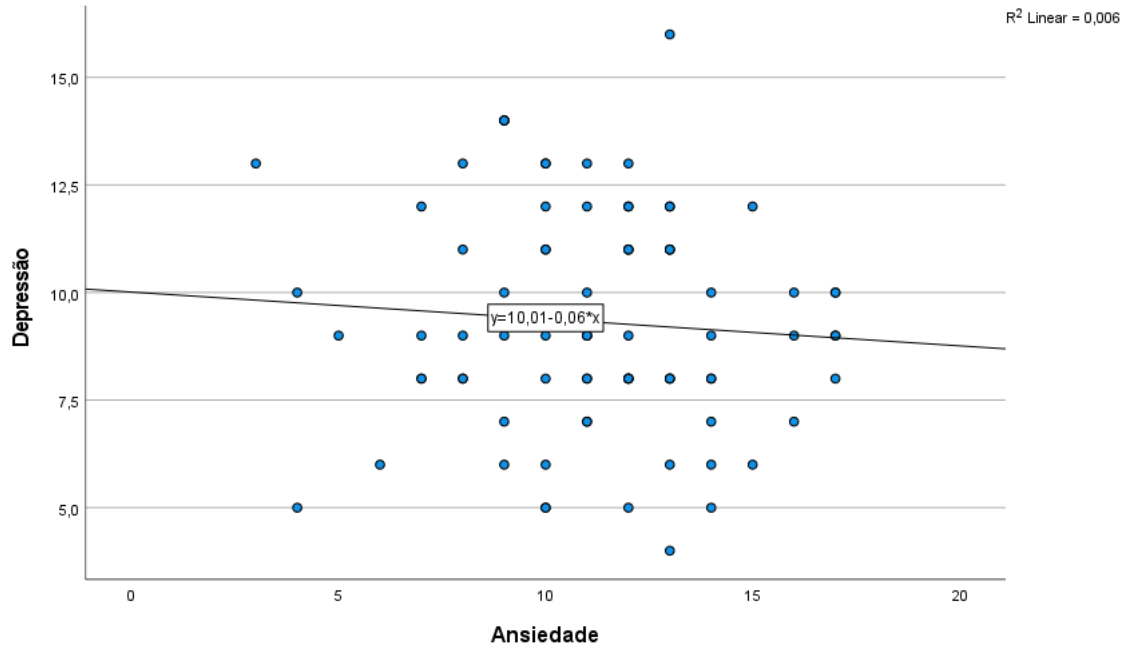


Gráfico 3.5: Relação entre depressão e ansiedade.

## 4. Discussão

### 4.1. Contexto sociodemográfico e clínico

Os utentes apresentaram uma média de idades de 71,22 ( $\pm 13,95$ ) anos e mediana de 72 anos, eram maioritariamente do sexo masculino (61,73%), casados/união de facto (67,90%) e referiam possuir bom apoio familiar (95,06%). Quanto à existência de apoio psicológico, apenas 41,98% referiam a sua ocorrência.

Um estudo anterior realizado nos CP do Hospital Sousa Martins (HSM), onde também foi realizada esta investigação, mostrou dados sociodemográficos similares aos obtidos, no ano de 2017-2018, verificando-se uma média de 76,6 anos e mediana de 79,0 anos, 56,1% dos utentes eram do sexo masculino, 59,5% casados e 63,8% tinham cuidador informal (14). Embora os dados não sejam do presente ano da realização deste estudo, mantendo-se a tendência, constatamos que a nossa amostra foi representativa da população dos CP do HSM. Podemos ainda observar que no nosso estudo, as médias de idade foram inferiores, podendo este facto dever-se ao avanço na medicina, com diagnóstico em idades mais precoces, ou ainda ao facto de os clínicos estarem mais familiarizados com a equipa e referenciarem os doentes mais cedo no curso da doença.

As investigações realizadas em Portugal e consultadas para este trabalho, mostram que os utentes com patologia oncológica são os mais referenciados para os CP. Um estudo realizado num serviço de Medicina Interna do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, que teve como objetivo avaliar a referenciação de doentes para unidades de internamento de CP, constatou que numa amostra de 53 casos, 87% eram doentes oncológicos, sendo as mais prevalentes a neoplasia maligna do aparelho digestivo (43,47%) e do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos (21,73%) (10). Da mesma forma, uma investigação efetuada numa unidade de CP da região norte de Portugal, observou que a maioria dos indivíduos tinha doença oncológica (61,43%) (11). Segundo o relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de 2009, os diagnósticos mais comuns nas unidades de CP, foram as doenças oncológicas (87,3%), seguidos das doenças neurodegenerativas (8,2%), cardiovasculares (2,7%), respiratórias (1,6%) e ortopédicas (0,2%) (12). Analisando os dados auferidos nos CP do HSM, local onde foi realizado este trabalho, observamos que no ano de 2017-2018, os doentes referenciados eram maioritariamente oncológicos (84,5%) (14). Da mesma forma, estudos internacionais comprovam que os utentes com doença oncológica são os mais encaminhados aos CP. Num estudo retrospectivo que avaliou 400 pacientes encaminhados para os Cuidados Paliativos, em Londres, foi observado que 95% tinham doença oncológica (13).

Os resultados supracitados vão ao encontro dos obtidos nesta investigação, onde 93,83% dos indivíduos apresentavam doença oncológica, com maior frequência, cancro do intestino (15,79%), da próstata (14,47%) e do pâncreas/vias biliares (13,16%).

Torna-se essencial, apostar na formação e sensibilização dos profissionais de saúde para a identificação do doente paliativo não oncológico e sua referenciação precoce para os CP.

## **4.2. Níveis de ansiedade e depressão**

A presente investigação obteve uma pontuação média na escala HADS de 11,25 ( $\pm 3,10$ ) para a subescala de ansiedade e 9,31 ( $\pm 2,56$ ) para a subescala de depressão.

No que diz respeito à ansiedade, 49,38% dos utentes, apresentou sintomatologia moderada, 27,16% leve e 12,35% severa. 11,11% não apresentou sintomatologia.

Quanto à depressão, 45,68% manifestou sintomatologia leve, 32,10% sintomatologia moderada e 20,99% sintomatologia ausente. A sintomatologia de depressão severa ocorreu num utente (1,23%).

No seu conjunto, 61,73% dos utentes apresentou sintomatologia ansiosa moderada/severa e 33,33% sintomatologia depressiva moderada/severa.

Num estudo realizado em Portugal, nos CP do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, foram avaliados 70 doentes através da escala HADS, verificando-se, uma média de 10,19 pontos para a subescala de ansiedade e de 10,09 pontos para a subescala de depressão. A maioria dos doentes apresentou ansiedade leve (45,7%) e depressão leve (45,7%), seguindo-se os utentes com ansiedade moderada (28,6%) e depressão moderada (32,9%) (11). Embora os valores médios de pontuação sejam semelhantes, o nosso estudo apresentou maior prevalência de ansiedade moderada (49,38%). No que diz respeito a depressão, os resultados foram semelhantes aos do nosso estudo.

Em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, no Instituto Português de Oncologia (IPO) Francisco Gentil, pretendeu-se avaliar a relação entre a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão, com recurso à escala HADS, obtendo-se uma média de 10,29 e 9,75 pontos, respetivamente. Cerca de 43,0% dos indivíduos apresentou ansiedade e depressão moderada/severa (20). Tal como no estudo anterior, a nossa investigação obteve pontuações médias semelhantes, mas maior percentagem de ansiedade e menor percentagem de depressão.

Analisando estudos noutros países, deparamo-nos com resultados diferentes.

Num estudo em Manchester, com 68 utentes com cancro avançado, acompanhados pelos CP, verificou-se que 25% dos indivíduos apresentou sintomatologia ansiosa moderada/severa e 22% sintomatologia depressiva moderada/severa (4).

Uma investigação realizada na Austrália Ocidental e Nova Gales do Sul, que pretendeu avaliar a ansiedade e depressão em 266 utentes com cancro seguidos em CP, usando a escala HADS, mostrou que 19,8% dos utentes apresentaram sintomatologia ansiosa moderada/severa e 22,7% sintomatologia depressiva moderada/severa (24).

No Hospital Universitário de Ostrava, 225 pacientes oncológicos, a quem o tratamento fora descontinuado dada a progressão incurável do cancro e posteriormente admitidos em CP, a sintomatologia ansiosa moderada/severa, foi observada em 14,3% da amostra, com um valor médio de 6,1 na subescala de ansiedade. Já a sintomatologia depressiva moderada/severa, foi observada em 22,3% dos indivíduos, com um valor médio de 7,2 na subescala de depressão (3).

De um modo geral, os estudos realizados em Portugal apresentam resultados semelhantes entre si, no que diz respeito aos níveis de ansiedade e depressão. Investigações concretizadas noutros países obtiveram resultados substancialmente diferentes, com percentagens de ansiedade e depressão inferiores às encontrados na nossa investigação. Estas diferenças podem dever-se a fatores sociodemográficos e culturais entre os diferentes países.

### **4.3. Análise da relação entre os valores de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas**

Relativamente à variável sexo, no estudo realizado no IPO Francisco Gentil, em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, os níveis de ansiedade foram significativamente mais elevados no sexo feminino (20). Também na investigação de Bužgová *et al.*, em utentes oncológicos incuráveis e a receber CP, usando a escala HADS, tanto a ansiedade quanto a depressão estiveram mais presentes no sexo feminino, embora os dados não fossem significativamente estatísticos (3). Mystakidou *et al.* estudou utentes com cancro avançado numa unidade de CP, concluindo que o sexo feminino apresentou níveis mais elevados de ansiedade e depressão (21). Na investigação realizada nos CP do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, a média da ansiedade foi superior no sexo feminino e a média da depressão foi maior no sexo masculino, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas (11). Já na RSL de Julião *et al.*, onde foram analisados os principais estudos que usaram a escala HADS em CP, foi observado que, na população oncológica, não existiu diferença significativa entre pacientes do sexo masculino e feminino (7).

No presente estudo, observou-se uma diferença estatisticamente muitíssimo significativa de valores de ansiedade, maiores nos utentes do sexo masculino. Os valores médios de depressão foram igualmente superiores nos homens, embora não

significativamente estatísticos. Até onde sabemos, este é o único estudo que demonstrou significância estatística para maiores valores de ansiedade nos homens. Culturalmente, o homem poderá não expressar tanto as suas emoções e sentimentos, levando a um acompanhamento mais deficitário e, conseqüentemente, maiores níveis de ansiedade.

A literatura revela pouco consenso entre os estudos, quando correlacionada a idade e a ansiedade e depressão. Uma investigação com 225 pacientes oncológicos recebendo CP, avaliou a prevalência da ansiedade e depressão usando a escala HADS, sendo que esta não foi influenciada pela idade dos pacientes (3). No entanto, outros estudos usando a escala HADS, indicaram que os utentes em CP, mais jovens, estavam mais vulneráveis à ansiedade/depressão (7, 21, 24, 25). Estes dados mostram-se contrários ao nosso estudo, onde a sintomatologia ansiosa foi mais elevada nos utentes com maior idade e a sintomatologia depressiva maior na faixa etária dos 50 a 75 anos. Dado que, na presente investigação, a média de idades foi de 71,22 anos, com apenas seis indivíduos no grupo etário <50 anos, não foi possível avaliar significativamente a prevalência de ansiedade e depressão na faixa etária mais jovem.

Tal como no nosso estudo, *Mystakidou et al.*, não encontrou associação entre o nível de escolaridade e a ansiedade e depressão (21).

Relativamente ao estado civil, na nossa investigação, os indivíduos solteiros e viúvos expressaram maior sintomatologia ansiosa; os divorciados/separados e viúvos maior sintomatologia depressiva, embora não tenham sido estatisticamente significativas. A literatura corrobora este achado, demonstrando que, não ser casado ou não viver com um companheiro se apresenta como preditor de ansiedade (3, 21, 24). Em utentes casados/união de facto, a probabilidade de terem alguém que os ajude no processo da doença é maior, o que pode levar a que estes apresentem menor sintomatologia.

Numa investigação realizada nos CP do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, não existiram diferenças estatisticamente significativas quando avaliada a relação entre a ansiedade/ depressão e o diagnóstico médico. No entanto, a ansiedade foi maior nos utentes com doença cardíaca e degenerativa e a depressão maior nos doentes que tinham doença degenerativa e oncológica (11). O nosso estudo vai ao seu encontro, obtendo valores de ansiedade/depressão não relacionados com o diagnóstico de doença. No entanto, a amostra engloba uma minoria de doentes com diagnóstico não oncológico, pelo que são necessários mais estudos, com amostra maior, para se confirmar este resultado.

Um estudo realizado em pacientes elegíveis para CP, contando com 115 participantes, verificou que quanto menor o apoio social, pior é a qualidade de vida global e maiores os sintomas de depressão (22). No respeitante à existência de bom apoio familiar, no nosso estudo, não se verificou diferença estatisticamente significativa de valores de ansiedade, observando-se, porém, valores mais elevados nos que referem a sua existência.

Contrariamente, na depressão o valor médio foi maior entre os que referiram não possuir bom apoio, podendo relacionar-se com a vivência do processo de doença sozinhos. Já nos utentes com bom apoio familiar embora apresentem níveis de depressão inferiores, a sintomatologia ansiosa está hiperexpressa podendo relacionar-se com a necessidade de gerir as expetativas individuais e da própria família, em relação à doença.

Num estudo em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, usando a escala HADS, verificou-se, com significância estatística, que os níveis de ansiedade e depressão foram mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico e psiquiátrico (20). Na nossa investigação, observamos que os valores de ansiedade foram maiores entre os que não possuíam apoio ( $M=11,74\pm 2,77$ ), comparativamente aos que eram apoiados. Quanto à depressão, os utentes expressaram valores médios semelhantes. Estes resultados poderão estar relacionados com o acompanhamento e processo de aceitação da doença, com conseqüente melhoria da sintomatologia ansiosa. Contudo, dado que não foi avaliado o tempo de seguimento pela equipa de psicologia, serão necessários mais estudos para confirmar esta hipótese.

#### **4.4. Análise da relação entre os valores de ansiedade e depressão e o tumor primário**

Uma RSL que pretendeu avaliar a prevalência da depressão em doentes oncológicos, através da análise de vários estudos com diferentes métodos de avaliação, demonstrou que esta, estava intensamente associada ao cancro da orofaringe (22%–57%), pâncreas (33%–50%), mama (1,5%–46%) e pulmão (11%–44%). Mostrou-se menos elevada em indivíduos com outros tipos de cancro, nomeadamente cancro do cólon (13%–25%), ginecológico (12%–23%) e linfoma (8%–19%) (23). Corroborando o anteriormente exposto, outra meta-análise em utentes com cancro, combinou estudos usando diversificados instrumentos e métodos de avaliação, observando que existiam taxas mais altas de depressão em pacientes com cancro do pâncreas, orofaringe e mama (26).

Tal como no nosso estudo, *Mystakidou et al.*, aplicando a escala HADS em CP, não observou diferenças estatisticamente significativas na relação entre a ansiedade/depressão e o tipo de tumor (21). Um estudo realizado no IPO Francisco Gentil, embora sem significância estatística, mostrou que os níveis de ansiedade foram mais elevados nos indivíduos com cancro gastrointestinal e mais baixos no cancro urológico; os níveis de depressão foram mais elevados no cancro de cabeça/pescoço e mais baixos no cancro do pulmão (20).

A inexistência de diferença estatisticamente significativa entre o tipo de tumor e a ansiedade/depressão poderá relacionar-se com a evolução relativamente semelhante das

neoplasias, independentemente do local, que apresentam um período de estabilidade clínica apesar da evolução da doença, seguido de um período de declínio rápido que culmina na morte.

#### **4.5. Análise da relação entre ansiedade e depressão**

Até hoje, não existem estudos que relacionam a ansiedade e a depressão em ambiente de CP, como foi proposto nesta investigação. Os resultados obtidos não foram conclusivos, pelo que será necessário fazer um estudo com uma amostra maior e mais diversificada.

#### **4.6. Forças e limitações**

Como forças desta investigação apontamos o facto de ser um estudo inovador em Portugal, onde além de ser possível analisar a prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva em doentes paliativos da região centro do país, foi ainda possível estudar a relação da mesma de acordo com o tipo de tumor primário. Este estudo permitiu alertar para a fragilidade psicológica dos doentes seguidos em CP, frequentemente relevada para segundo plano pelo clínico.

No que concerne à literatura, a pesquisa foi limitada não pela falta de estudos na área da ansiedade e depressão, mas pelo uso de diferentes conceitos para as definir, uso de diferentes instrumentos de avaliação e diferentes populações e métodos de abordagem.

Em relação ao estudo propriamente dito, reconhecemos várias limitações. Uma delas assenta na reduzida dimensão da amostra de pacientes, constituída maioritariamente por pacientes oncológicos, oriundos de um único centro de tratamento, podendo não refletir toda a população de Cuidados Paliativos. Para além disso, não foram avaliados o descontrolo sintomático e o estado funcional, que podem ser causa e consequência da sintomatologia ansiosa e depressiva exibida, nem foram correlacionadas com o tratamento e com os diferentes estádios, tempo e evolução da doença. Ademais, não foi considerado se tinham patologia psiquiátrica prévia e/ou se estavam a fazer medicação.

Poderia ter sido pertinente correlacionar estes dados com o tempo de seguimento em Cuidados Paliativos, algo que inicialmente não foi previsto.

## 5. Conclusão e perspetivas futuras

A concretização deste estudo, numa equipa de CP da região centro de Portugal, permitiu verificar que alterações psicossociais, nomeadamente sintomatologia ansiosa e depressiva, são frequentes nos utentes (61,73% apresenta sintomatologia ansiosa moderada/severa e 33,33% sintomatologia depressiva moderada/severa). Sabendo que tal leva a repercussões negativas na sua saúde física e emocional, esta foi uma oportunidade para os identificar e melhor orientar e tratar.

Apercebemo-nos que a maioria dos doentes apresentava patologia oncológica (93,83%), sendo escassa a referência de outras patologias que acarretam igualmente elevada morbidade, mas que acabam por ser negligenciadas. É necessária maior formação e sensibilização dos profissionais de saúde para a identificação do doente paliativo não oncológico, de modo a poder assegurar o melhor suporte para si e para a sua família.

Usando a escala HADS, verificou-se uma pontuação média de 11,25 ( $\pm 3,10$ ) para a subescala de ansiedade e 9,31 ( $\pm 2,56$ ) para a subescala de depressão. No que se refere à ansiedade, a maior parte dos utentes, apresentou sintomatologia moderada (49,38%), seguindo-se a sintomatologia leve (27,16%). A sintomatologia depressiva foi maioritariamente leve (45,68%), seguindo-se a sintomatologia moderada (32,10%). Sintomatologia ansiosa e depressiva severa observou-se em 12,35% e 1,23% dos indivíduos, respetivamente.

Observámos uma diferença estatisticamente muitíssimo significativa nos valores de ansiedade, que se revelou mais elevada no sexo masculino. Relativamente às outras variáveis sociodemográficas e clínicas, não se encontrou relação estatisticamente significativa entre estas e a escala HADS.

Posto isto, torna-se fulcral, para os profissionais de saúde, conhecer a prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva nos CP, a fim de compreenderem a necessidade de reconhecer indivíduos particularmente vulneráveis e poderem atuar o mais precocemente possível.

Novas políticas e estratégias devem ser implementadas, com o intuito de rastrear, quanto ao sofrimento psicológico, todos os utentes referenciados aos CP. Em termos sugestivos, seria apropriado a utilização da escala HADS para a identificação de possíveis casos de ansiedade e depressão, de modo a oferecer precocemente apoio e tratamento adequados.

Pesquisas futuras devem incidir num maior número de participantes, incluindo mais utentes não oncológicos, de modo a poder retirar ilações com significância estatística, relacionar a ansiedade com a depressão e ainda correlacionar com história prévia de problemas psicossociais e perturbações psiquiátricas.



## 6. Bibliografia

1. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*. 2007;12(2):225-37.
2. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Cortegiani A, Casuccio A. Symptom hyper-expression in advanced cancer patients with anxiety and depression admitted to an acute supportive/palliative care unit. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(8):3081-8.
3. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(6):667-72.
4. Smith E, Gomm S, Dickens C. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative medicine*. 2003;17(6):509-13.
5. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*. 2009;17(5):573-9.
6. World Health Organization. Palliative Care 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>].
7. Julião M, Barbosa A. Depression in palliative care: prevalence and assessment. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24:807-18.
8. Castelli L, Binaschi L, Caldera P, Mussa A, Torta R. Fast screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS. *European journal of cancer care*. 2011;20(4):528-33.
9. Stiefel F, Trill M, Berney A, Olarte J, Razavi D. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Supportive care in cancer*. 2001;9(7):477-88.
10. Vasconcelos P, Cruz T, Bragança N. Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna. *Revista Clínica do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*. 2015;3:14-9.

11. Ribeiro TGDR. Ansiedade e Depressão em doentes em Cuidados Paliativos, num Centro Hospitalar da Região Norte 2020.
12. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010.
13. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative medicine*. 2003;17(4):310-4.
14. Sousa BSGC. Caracterização da população referenciada à equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, EPE 2019.
15. Jaiswal R, Alici Y, Breitbart W. A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International review of psychiatry*. 2014;26(1):87-101.
16. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port*. 2009;22(1):89-98.
17. Taylor A, Ritchie A, White C. Psychiatric conditions in palliative medicine. *Medicine*. 2020;48(1):29-32.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
19. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*. 1999;13(5):399-407.
20. Milhomens RS. Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva 2015.
21. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer nursing*. 2006;29(5):400-5.
22. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRFd, Zoboli ELCP, Pereira MdG. Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51.

23. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*. 2004;2004(32):57-71.
24. O'Connor M, White K, Kristjanson LJ, Cousins K, Wilkes L. The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. *Medical Journal of Australia*. 2010;193:S44-S7.
25. Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliative & supportive care*. 2011;9(4):393-400.
26. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(2):89-99.



## 7. Apêndices

### 7.1. Consentimento informado, livre e esclarecido para os utentes

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**Título do Estudo:** “ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: A REALIDADE DE UMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DA REGIÃO CENTRO DO PAÍS”

**Enquadramento:** Estudo realizado no âmbito da Tese de Mestrado em Medicina, de Joana Rita Grilo Matias, pela Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, orientada pela Dra. Carina Alexandra Martins dos Santos.

**Explicação do Estudo:** O estudo consiste em avaliar a prevalência de ansiedade e depressão nos doentes acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da ULS da Guarda e possíveis correlações entre estas variáveis e características sociodemográficas e clínicas. O estudo não terá benefícios diretos, mas contribuirá para avaliar esta vertente da saúde mental e a necessidade de intervir mais na mesma, beneficiando futuramente os doentes desta unidade hospitalar.

Para procedermos à realização deste trabalho necessitamos de recolher dados através do preenchimento de um questionário distribuído pela equipa e para o qual pedimos a sua participação. Com este estudo não correrá riscos e a sua participação não lhe trará qualquer custo ou benefício monetário.

**Condições:** A sua participação é voluntária e poderá optar por não participar neste estudo, sem que daí ocorram prejuízos na sua assistência médica ou em qualquer outra. A informação recolhida é anónima e confidencial e o uso dos dados recolhidos destina-se exclusivamente ao presente estudo. A qualquer momento do questionário pode desistir. Os resultados obtidos serão analisados e poderão ser publicados em literatura científica.

Qualquer esclarecimento que necessitar será devidamente prestado antes da sua inclusão no estudo.

Guarda, junho de 2021

Joana Rita Grilo Matias

(+351 967679841)

**Consentimento:**

Declaro ter lido e compreendido este documento. Com isto, sinto-me esclarecido/a e aceito participar neste estudo, autorizando a recolha de informação através do questionário e o tratamento de dados clínicos de forma voluntária, apenas para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato do mesmo.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Guarda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

## 7.2. Questionário para utentes de dados sociodemográficos e clínicos

### Questionário de dados

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz (x) o quadrado que melhor descrever o seu caso:

#### 1. Características Sociodemográficas

a) **Sexo:**

Masculino  Feminino

b) **Idade:** \_\_\_\_\_

c) **Qual o seu estado civil?**

Solteiro(a)   
Casado(a) ou União de facto   
Divorciado(a) ou Separado(a)   
Viúvo(a)

d) **Qual a sua escolaridade?**

Sem escolaridade   
1º Ciclo do ensino básico (4ªano)   
2º Ciclo de ensino básico (6ºano)   
3º ciclo do ensino básico (9º ano)   
Ensino Secundário (12ºano)   
Bacharelato/Licenciatura   
Mestrado/Doutoramento

e) **Tem um bom apoio familiar? (ou seja, alguém em quem confie e que o/a ajude física e mentalmente na gestão da sua doença?)**

Sim  Não

## 2. Características Clínicas

### a) Diagnóstico da Doença:

Doença Não Oncológica

Qual? \_\_\_\_\_

Doença Oncológica

**Localização da Doença Oncológica (se aplicável):**

Cabeça e pescoço

Mama

Pulmão

Intestino

Estômago

Pâncreas/ Vias biliares

Bexiga

Próstata

Outra

Qual? \_\_\_\_\_

### b) Tem apoio psicológico neste momento? (ou seja, tem consultas de psicologia/psiquiatria de forma regular que o ajudem na gestão da sua doença?)

Sim

Não



## 8. Anexos

### 8.1. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

#### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)\*

Assinale em cada uma das perguntas, com uma cruz (X), a opção que melhor descreve como se tem sentido na última semana. Coloque apenas uma cruz em cada pergunta.

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

**3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**6. Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**13. De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

\*Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* [Internet]. 2007 Mar [cited 2021 Jun 6];12(2):225–37. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=24078251&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

## 8.2. Autorização do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE

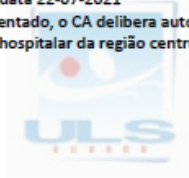


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ata N.º 29/2021, data 22-07-2021

Mediante o apresentado, o CA delibera autorizar a realização do estudo "Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: A realidade de uma equipa intra-hospitalar da região centro do país "



Assinado de forma digital por JOÃO PEDRO ABRANTES PINTO  
BERNARDES BARRANCA  
Dados: 2021-07-22 09:50

Eng.º João Barranca  
Presidente do Conselho de Administração

Assinado de forma digital por Eng.º António Monteirinho  
Vogal Executivo

Assinado de forma digital por JOSÉ FRANCISCO GOMES  
MONTEIRO  
Dados: 2021-07-22 11:55

Eng.º José Monteiro  
Vogal Executivo

Assinado de forma digital por MARIA DE FÁTIMA DOMINGUES  
AZEREDO CABRAL  
Dados: 2021-07-22 10:20

Dra. Fátima Cabral  
Diretora Clínica CSH

Assinado de forma digital por ANTÓNIO LUÍS MIRANDA DOS  
SANTOS SERRA  
Dados: 2021-07-22 12:04

Dr. António Luís Serra  
Diretor Clínico CSP

Assinado de forma digital por NÉLIA PAULA DOS SANTOS FARIA  
Dados: 2021-07-22 11:27

Enf.ª Nélia Faria  
Enfermeira Diretora