

Ajustamento emocional de doentes com Hemorragia Subaracnóidea (HSA) aneurismática tratada cirurgicamente

Emotional adjustment of patients surgically treated for aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage (SAH)

Ajuste emocional de pacientes com hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática tratada quirúrgicamente

Pedro Ricardo Coelho Gonçalves*; Ana Carolina Frias**; Ana Dias da Fonseca***

Resumo

Enquadramento: As sequelas provocadas por uma Hemorragia Subaracnóidea (HSA) aneurismática podem ter um impacto significativo no ajustamento emocional dos indivíduos.

Objetivo: Este trabalho pretendeu caracterizar o ajustamento emocional de doentes com HSA, bem como identificar os fatores de variabilidade desse ajustamento.

Metodologia: Sessenta doentes com uma HSA aneurismática tratada cirurgicamente há pelo menos seis meses preencheram uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos, a Medical Outcomes Study 36 e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

Resultados: Os doentes com HSA apresentaram níveis significativamente superiores de Depressão ($p = 0,002$), mas não de Ansiedade, por comparação à população geral. 19% e 7,1% da amostra apresentaram, respetivamente, níveis de Ansiedade e Depressão merecedores de atenção clínica. A presença de complicações pós-HSA e a perceção de qualidade de vida baixa estão associadas a níveis acrescidos de Ansiedade e Depressão. O Apoio Social está negativamente associado apenas aos níveis de Depressão.

Conclusões: Estes resultados sugerem o impacto emocional, a longo prazo, da ocorrência de uma HSA aneurismática tratada cirurgicamente. O estudo dos fatores de variabilidade permite não só identificar os doentes com maior risco de dificuldades de ajustamento, bem como algumas estratégias para melhorar o seu ajustamento emocional.

Palavras-chave: ansiedade; depressão; hemorragia subaracnóidea; qualidade de vida.

Abstract

Theoretical Framework: The sequelae caused by an aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage (SAH) may have a significant impact on patients' emotional adjustment.

Objective: This study aimed to characterise the emotional adjustment of patients with SAH, and identify the factors influencing this adjustment.

Methodology: Sixty patients surgically treated for aneurysmal SAH for at least six months filled out a socio-demographic and clinical data sheet, the Medical Outcomes Study 36 and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results: Patients with SAH showed significantly higher levels of Depression ($p = 0,002$), but not Anxiety, than the general population. In this sample, 19% and 7.1% of patients showed clinically relevant levels of Anxiety and Depression, respectively. The presence of post-SAH complications and perception of low quality of life are associated with increased levels of Anxiety and Depression. Social Support is only negatively associated with levels of Depression.

Conclusions: These results support the long-term emotional impact of a surgically treated aneurysmal SAH. The study of the variability factors allows for the identification of not only patients at higher risk for adjustment difficulties, but also some strategies to improve their emotional adjustment.

Keywords: anxiety; depression; subarachnoid haemorrhage; quality of life.

* Estudante do Curso de Pós-especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Enfermeiro no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, 3000-075 Coimbra, Portugal [pedrico_goncalves@hotmail.com]. Morada: Urbanização Quinta das Lágrimas, 2.ª Fase, Lote 9, R/c C 3040-387 Coimbra, Portugal.

** Mestrado em Educação e Desenvolvimento Social - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutoranda em Didática - Universidade de Aveiro. Enfermeira no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, 3000-075 Coimbra, Portugal [ana.frias@ua.pt].

***Doutoramento em Psicologia Clínica: Psicologia da Família e Intervenção Familiar - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 3001-802, Coimbra, Portugal [ana.fonseca77@gmail.com].

Resumen

Marco contextual: las secuelas provocadas por una hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática pueden tener un impacto significativo en el ajuste emocional de los individuos.

Objetivo: este trabajo pretende caracterizar el ajuste emocional de los pacientes con HSA e identificar los factores de variabilidad de este.

Metodología: sesenta pacientes con una HSA aneurismática tratada quirúrgicamente hace, por lo menos, seis meses cumplimentaron una ficha de datos sociodemográficos y clínicos, la Medical Outcomes Study 36 y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Resultados: los pacientes con HSA presentaron niveles significativamente superiores de depresión ($p = .002$), pero no de ansiedad, en comparación con la población general. El 19 % y 7,1 % de la muestra presentó, respectivamente, niveles de ansiedad y depresión que merecen atención clínica. La presencia de complicaciones pos-HSA y la percepción de calidad de vida baja están asociadas a niveles más altos de ansiedad y depresión. El apoyo social está negativamente asociado solo a niveles de depresión.

Conclusiones: estos resultados muestran el impacto emocional, a largo plazo, de la aparición de una HSA aneurismática tratada quirúrgicamente. El estudio de los factores de variabilidad permite no solo identificar a los pacientes con mayor riesgo de dificultad de ajuste, sino también algunas estrategias para mejorar su ajuste emocional.

Palabras clave: ansiedad; depresión; hemorragia subaracnoidea; calidad de vida.

Recebido para publicação em: 02.04.13

Aceite para publicação em: 14.01.14

Introdução

A Hemorragia Subaracnóidea (HSA), provocada pela ruptura de um aneurisma cerebral, é uma condição de alta morbidade e mortalidade, com apenas um terço dos sobreviventes a apresentarem um *bom resultado* funcional (Greenberg, 2003). Os recentes avanços no tratamento da HSA têm possibilitado um aumento significativo do número de sobreviventes e com um menor número de sequelas. No entanto, quando ocorrem, por exemplo, parésias, afasias, estas são múltiplas e graves, reduzindo a qualidade de vida e aumentando o risco de problemas psiquiátricos como a depressão (Hedlund, Zetterling, Ronne-Engstrom, Ekselius, & Carlsson, 2010). Apesar de a maioria das investigações com estes doentes se ter focado em indicadores objetivos de avaliação, como a taxa de sobrevivência, complicações subsequentes e nível de funcionalidade (King, Kassam, Yonas, Horowitz, & Roberts, 2005), quer a experiência clínica, quer alguns estudos previamente realizados (e.g., Berry, Jones, West, & Brown, 1997; Katati et al., 2007) demonstram que os doentes com HSA apresentam dificuldades ao nível do ajustamento emocional (sintomatologia ansiosa e depressiva). Conhecer a natureza destas dificuldades é essencial para delinear estratégias eficazes para promover a adaptação emocional, após a ocorrência de uma HSA tratada cirurgicamente. Por este motivo, o presente trabalho teve como objetivos: 1) Caracterizar o ajustamento emocional de doentes com HSA tratada cirurgicamente, há pelo menos seis meses; e 2) Identificar os fatores de variabilidade (sociodemográficos, clínicos, qualidade de vida e apoio social) do ajustamento emocional de doentes com HSA tratada cirurgicamente.

Fundamentação Teórica

Alguns estudos demonstraram que, no primeiro ano após uma HSA tratada cirurgicamente, os doentes apresentavam níveis significativamente superiores de sintomatologia ansiosa e depressiva, por comparação a um grupo de controlo (Berry et al., 1997; Katati et al., 2007). Hedlund et al. (2010) verificaram que 20% dos doentes com HSA apresentavam perturbações afetivas e 27% apresentavam perturbações ansiosas, sete meses após a ocorrência da HSA. Cerca de um ano após a HSA, Kreitschmann-Andermarh et al. (2007) verificaram

que 27,5% dos doentes apresentavam níveis médios a moderados de depressão, enquanto 10% apresentavam níveis de depressão clinicamente significativos. Cerca de dois anos após a HSA, Fertl et al. (1999) constatarem que 28% dos doentes apresentavam depressão leve a moderada. No que respeita ao impacto a longo prazo da HSA, Wermer, Kool, Albrecht, Rinkel, e Aneurysm Screening after Treatment for Ruptured Aneurysms Study Group (2007) verificaram que, cerca de oito a nove anos após a HSA, os doentes apresentavam níveis significativamente superiores de sintomatologia depressiva, mas não ansiosa, por comparação à população geral. Num outro estudo transversal, verificou-se que 30,2% dos doentes que tiveram HSA nos últimos cinco anos e meio apresentavam níveis de ansiedade e 23% apresentavam níveis de depressão, indicadores de possível perturbação emocional, necessitando, pelo menos, de especial atenção clínica (Solheim, Eloqayli, Muller, & Unsgaard, 2006).

Finalmente, num outro estudo com doentes com diferentes tipos de aneurismas, verificou-se que a história prévia de HSA não se revela isoladamente como um preditor de níveis acrescidos de ansiedade ou depressão; no entanto, a conjugação de história prévia de HSA e a existência de um aneurisma não tratado está associada a níveis acrescidos de ansiedade (King et al., 2005).

Do nosso conhecimento, a grande maioria dos estudos que se foca no ajustamento emocional de doentes com HSA tem uma natureza predominantemente descritiva, isto é, procura comparar os níveis médios de sintomatologia ansiosa e depressiva dos doentes com HSA e da população geral, e identificar a prevalência de sintomatologia clinicamente significativa. Deste modo, está por explorar a influência de fatores sociodemográficos (e.g., género, idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional) e clínicos (e.g., tempo decorrido desde a HSA, complicações pós-HSA) na sintomatologia ansiosa e depressiva de doentes com HSA. Uma exceção é o estudo de Powell, Kitchen, Heslin, e Greenwood (2004), que não encontrou relações significativas entre o género, a idade e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Conhecer a influência destas variáveis é relevante, por permitir identificar antecipadamente os doentes que terão maior risco de apresentar dificuldades de ajustamento emocional.

Da mesma forma, é também importante perceber a relação entre a perceção de qualidade de vida dos

doentes após a HSA e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Katati et al. (2007) demonstraram que uma baixa qualidade de vida interfere com a saúde mental dos doentes com HSA. De forma similar, outros estudos encontraram associações entre a percepção de satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva (Eriksson, Kottorp, Borg, & Tham, 2009; Fertl et al., 1999). Para além disso, o papel do apoio social no ajustamento emocional dos doentes após a HSA deve também ser considerado, na medida em que várias investigações têm revelado que o apoio social fomenta o bem-estar psicológico e a saúde dos indivíduos, em diferentes contextos. Apesar de não serem do nosso conhecimento investigações que examinem a relação entre apoio social e a sintomatologia ansiosa e depressiva de doentes com HSA, esta relação foi encontrada em doentes com outras patologias.

Metodologia

Procedimentos e amostra

O presente estudo é um estudo quantitativo de nível descritivo correlacional. A recolha da amostra decorreu entre janeiro e maio de 2011, no Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Entidade Pública Empresarial (EPE). Os critérios de inclusão para o presente estudo são: 1) ter tido uma HSA aneurismática tratada cirurgicamente, há pelo menos seis meses; 2) estar, aquando da alta clínica para o domicílio, consciente e orientado e sem perturbações de linguagem; e 3) ter idade igual ou superior a 18 anos. A população-alvo deste estudo inclui os doentes que tiveram uma HSA aneurismática tratada cirurgicamente no período de janeiro de 2005 a julho de 2010. A Comissão de Ética para a Saúde e o Conselho de Administração do CHUC, EPE aprovou o estudo.

Todos os doentes que preenchiam os critérios de inclusão foram contactados no final de uma consulta externa de Neurocirurgia, sendo-lhes apresentados os objetivos do estudo. Os doentes que aceitaram participar preencheram o formulário de consentimento informado e disponibilizaram a sua morada para envio do protocolo de avaliação. Os protocolos de avaliação foram enviados por correio aos participantes, bem como um envelope pré-selado para a sua devolução. Foram contactados 109 doentes,

dos quais 60 aceitaram participar e devolveram os questionários preenchidos (taxa de participação: 55%).

Instrumentos de avaliação

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos:

A ficha de dados procurava obter informação sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, zona de residência) e clínica (antecedentes pessoais, terapêutica do domicílio). Foi ainda recolhida informação sobre a percepção de satisfação com o apoio recebido de diferentes fontes (Companheiro(a), Familiares próximos, Amigos, Serviços e técnicos de saúde) após a HSA, numa escala de resposta de 1 (*Nada satisfeito*) a 5 (*Extremamente satisfeito*). A informação sobre a HSA aneurismática, a cirurgia e as complicações pós-HSA foi retirada do processo clínico dos doentes, após o seu consentimento para participar na investigação.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007): avalia a sintomatologia ansiosa e depressiva e é constituída por 14 itens, com quatro opções de resposta (0-3); subdivide-se em duas escalas (Ansiedade – sete itens; Depressão – sete itens), cujas pontuações podem oscilar entre 0 e 21 pontos. Para cada uma destas escalas, os autores da versão original do instrumento consideram que uma pontuação entre 8-10 é sugestiva da possibilidade de presença de sintomatologia clínica, e uma pontuação de 11 ou superior indica a presença dessa sintomatologia; Snaith (como citado por Pais-Ribeiro et al., 2007). Os estudos da versão portuguesa deste instrumento confirmam as suas boas propriedades psicométricas (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na amostra deste estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de 0,86 para a escala de Ansiedade e 0,74 para a escala de Depressão.

Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form - SF 36 (Ware & Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000a, 2000b): é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, composto por 36 itens, que são agrupados em oito domínios (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental). Os oito domínios podem organizar-se ainda em duas componentes: os primeiros quatro

domínios constituem a Componente Física e os últimos quatro constituem a Componente Mental. É também possível calcular a pontuação total da escala. Para a interpretação dos oito domínios, das duas componentes e da pontuação total, as pontuações são estandardizadas, expressando-se de 0 a 100. Pontuações superiores são indicadoras de perceção de melhor qualidade de vida. Na amostra deste estudo, o valor de alfa de Cronbach para a pontuação total da escala foi de 0,94.

Tratamento estatístico

A análise dos dados foi realizada com o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v. 19.0). Para a caracterização da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para variáveis contínuas). Para a caracterização do ajustamento emocional, utilizámos o teste *t one-sample*, tomando como referência os dados obtidos (para a população geral) no estudo de adaptação da versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007). Foram ainda calculadas as frequências absolutas e relativas de participantes nas diferentes categorias de sintomatologia de Ansiedade e Depressão, tendo em conta as categorias propostas pelos autores da versão original da escala.

Para examinar os fatores de variabilidade do ajustamento emocional de doentes com HSA tratada cirurgicamente, realizámos testes *t de student* para comparação dos níveis médios de Ansiedade e Depressão, em função de diferentes variáveis categóricas (sexo, estado civil, situação profissional, residência, tempo decorrido desde a HSA, existência de complicações pós-HSA, perceção de qualidade de vida). No que respeita à qualidade de vida, seguimos o procedimento proposto por Yamashiro et al. (2007), que classificaram os doentes em dois grupos: aqueles cujas pontuações de qualidade de vida total era inferior a 50 foram classificados na categoria “Qualidade de vida baixa”, enquanto aqueles com pontuações iguais ou superiores a 50 foram classificados na categoria “Qualidade de vida média-alta”. Procedemos ainda ao cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* ou de *Spearman*, para analisar a associação entre variáveis contínuas (idade) ou ordinais (habilitações literárias, apoio social) e os níveis de Ansiedade e Depressão. Por último, foram realizadas duas regressões logísticas [tendo como variáveis dependentes a Ansiedade e a

Depressão, com 1 significando níveis de Ansiedade ou Depressão merecedores de atenção clínica (>8) e 0 significando níveis de Ansiedade ou Depressão normais]. Foram introduzidas nas regressões logísticas apenas as variáveis estatisticamente significativas na análise relativa aos fatores de variabilidade. Foi considerado o nível de significância estatística de $p < 0,05$, mas os resultados marginalmente significativos ($0,05 < p < 0,10$) foram também reportados.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

A amostra é constituída por 60 participantes, com uma idade média de 52,77 anos ($DP = 14,57$, *Min-Max*: 24-77) e maioritariamente do sexo feminino ($n = 37$; 61,7%). A maior parte dos participantes encontra-se casada/em união de facto ($n = 40$; 66,7%), tem como habilitações literárias o primeiro ciclo do Ensino Básico ($n = 23$; 41,1%) e está atualmente empregada ($n = 24$; 42,8%), apesar de uma parte significativa estar reformada ($n = 21$; 37,5%), de baixa médica ($n = 2$; 3,6%), ou desempregada ($n = 9$; 16,1%). Metade dos participantes que responderam a esta questão vive em zona urbana ($n = 26$; 50%).

No que respeita às características clínicas, a HSA ocorreu, em média, há 40,78 meses ($DP = 14,63$). Para 61,7% ($n = 37$) da amostra, a HSA ocorreu há mais de três anos. No que diz respeito aos antecedentes pessoais de saúde/fatores de risco, 46,7% ($n = 28$) apresenta hipertensão arterial, 35% ($n = 21$) tabagismo, 30% ($n = 18$) dislipidemia e 8,3% ($n = 5$) diabetes *mellitus*. A maior parte dos participantes não apresentou complicações pós-HSA ($n = 28$; 46,7%). Contudo, 33,3% da amostra ($n = 20$) apresentou vasoespasma, que é a principal complicação pós-HSA, e 20% ($n = 12$) da amostra apresentou outras complicações (e.g., hidrocefalia, enfarte cerebral).

Caracterização do ajustamento emocional dos doentes com HSA tratada cirurgicamente

Os doentes com HSA tratada cirurgicamente apresentaram níveis significativamente superiores de Depressão ($M = 4,79$, $DP = 3,59$) por comparação a uma amostra retirada da população geral (estudo

de Pais-Ribeiro et al., 2007; $M = 3,22$; $t_{55} = 3,26$, $p = 0,002$), mas não se distinguiram nos níveis de Ansiedade (amostra HSA: $M = 7,17$, $DP = 4,60$; amostra retirada da população geral: $M = 7,81$; $t_{55} = -1,06$, $p = 0,296$).

Considerando a classificação proposta pelos autores da versão original da escala (Zigmond & Snaith, 1983), verificou-se que 19% ($n = 11$) dos participantes da amostra apresentaram níveis clinicamente relevantes de Ansiedade (>11), enquanto 17,2% ($n = 10$) apresentaram pontuações próximas do limiar de relevância clínica (8-10). No que respeita à Depressão, 7,1% dos participantes apresentaram níveis clinicamente relevantes de depressão ($n = 4$), enquanto 14,3% ($n = 8$) apresentaram pontuações próximas do limiar de relevância clínica. Níveis baixos de Ansiedade e Depressão foram encontrados, respetivamente, em 63,8% ($n = 39$) e em 78,6% ($n = 48$) dos participantes.

Fatores de variabilidade do ajustamento emocional de doentes com HSA tratada cirurgicamente

Fatores sociodemográficos

Não foram encontradas diferenças de género nas pontuações médias de Ansiedade ($t_{56} = 1,07$, $p = 0,289$) ou Depressão ($t_{54} = -0,48$, $p = 0,636$). Verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e os níveis de Depressão ($r = 0,303$, $p = 0,023$), indiciando a tendência dos participantes mais velhos para apresentarem níveis superiores de depressão. A associação entre a idade e os níveis de Ansiedade ($r = 0,111$, $p = 0,405$) não se revelou significativa.

O estado civil (casado/união de facto vs. viúvo/solteiro/divorciado) não se revelou uma variável com influência significativa nos níveis médios de Ansiedade ($t_{56} = 0,21$, $p = 0,838$) ou Depressão ($t_{54} = 1,63$, $p = 0,109$).

No que respeita às habilitações literárias, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e os níveis de Depressão ($p = -0,376$, $p = 0,006$) e de Ansiedade ($p = -0,272$, $p = 0,047$). Os participantes com mais

habilitações literárias tendem a apresentar níveis de Depressão e de Ansiedade mais baixos. Relativamente à situação profissional, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de Ansiedade ($t_{52} = -0,76$, $p = 0,448$) e Depressão ($t_{50} = -1,09$, $p = 0,281$), em função de os participantes terem ou não ocupação no momento atual.

Por último, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Ansiedade ($t_{48} = 0,85$, $p = 0,401$) e de Depressão ($t_{47} = 0,85$, $p = 0,400$), em função do local de residência.

Fatores clínicos

Não se verificaram diferenças significativas na Ansiedade ou Depressão conforme o tempo de doença (tempo decorrido desde a HSA): os participantes cuja HSA ocorreu há mais de três anos apresentaram níveis superiores de Ansiedade ($M = 8,19$, $DP = 4,45$; $t_{56} = -2,24$, $p = 0,029$) e marginalmente superiores de Depressão ($M = 5,38$, $DP = 3,87$; $t_{54} = -1,76$, $p = 0,085$) do que os participantes cuja HSA ocorreu há menos de três anos (Ansiedade: $M = 5,50$, $DP = 4,45$; Depressão: $M = 3,63$, $DP = 2,71$).

Adicionalmente, foram encontradas diferenças significativas nos níveis de Ansiedade ($t_{56} = -2,04$, $p = 0,047$) e Depressão ($t_{54} = -1,88$, $p = 0,065$), em função da existência de complicações decorrentes da HSA: o grupo de participantes com complicações pós-HSA (incluindo vasoespasmos e outras complicações) apresentou níveis mais elevados de Ansiedade ($M = 8,29$, $DP = 4,65$) e de Depressão ($M = 5,58$, $DP = 3,55$) do que o grupo de participantes sem complicações pós-HSA (Ansiedade: $M = 5,89$, $DP = 4,31$; Depressão: $M = 3,80$, $DP = 3,46$).

Apoio social

Como se verifica na Tabela 1, a perceção de satisfação com o apoio recebido de diferentes fontes após a HSA mostrou-se significativamente associada aos níveis de Depressão, mas não aos níveis de Ansiedade. Os resultados demonstraram a associação bidirecional entre maior satisfação percebida com o apoio recebido e níveis mais baixos de Depressão. De entre as diferentes fontes de apoio, destacou-se a relação entre a satisfação com o apoio recebido pelos Serviços e Técnicos de Saúde e os níveis de Depressão.

TABELA 1 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre a satisfação com o apoio de diferentes fontes e os níveis de Ansiedade e Depressão

	Apoio cônjuge	Apoio familiares	Apoio amigos	Apoio Serviços e Técnicos Saúde
Ansiedade	-0,152	-0,053	-0,155	-0,218
Depressão	-0,285 [†]	-0,279*	-0,300*	-0,395**

[†]0,05 < *p* < 0,10; **p* < 0,05; ***p* < 0,01.

Qualidade de vida

Foram encontradas diferenças significativas nos níveis de Ansiedade e Depressão, em função da percepção de qualidade de vida dos participantes. Os participantes com uma percepção de qualidade de vida baixa apresentaram níveis significativamente superiores de Ansiedade ($M = 11,22$, $DP = 3,99$; $t_{56} = 5,54$, $p < 0,001$) e de Depressão ($M = 7,65$, $DP = 3,60$; $t_{56} = 4,60$, $p < 0,001$) por comparação aos participantes com uma percepção de qualidade de vida média-alta (Ansiedade: $M = 5,35$, $DP = 3,66$; Depressão: $M = 3,54$, $DP = 2,82$).

Preditores dos níveis de Ansiedade e Depressão merecedores de atenção clínica

O modelo de regressão logística para a Ansiedade revelou-se estatisticamente significativo [$\chi^2_3 = 19,38$,

$p < 0,001$; -2 Log Likelihood = 56,55, Pseudo $R^2 = 0,28$ (Cox e Snell), 0,39 (Nagelkerke)]. Como se verifica no Tabela 2, a existência de complicações pós-HSA e a percepção de baixa qualidade de vida atual mostraram-se variáveis com poder preditivo significativo de níveis de Ansiedade merecedores de atenção clínica. Para além disso, o modelo de regressão logística para a Depressão foi marginalmente significativo [$\chi^2_6 = 11,10$, $p = 0,085$; -2 Log Likelihood = 42,56, Pseudo $R^2 = 0,19$ (Cox e Snell), 0,30 (Nagelkerke)]. A baixa percepção de qualidade de vida atual revelou ser a única variável com poder preditivo significativo da existência de níveis de Depressão merecedores de atenção clínica.

TABELA 2 – Níveis de Ansiedade e Depressão merecedores de atenção clínica: Regressões Logísticas

	B (SE)	F_{Wald}	OR	95% CI
Ansiedade				
Tempo desde HSA ^a	-0,67 (0,73)	0,85	0,51	[0,12 – 2,13]
Complicações pós-HSA ^b	1,18 (0,70)	2,84 [†]	3,24	[0,83 – 12,70]
Qualidade de vida ^c	2,17 (0,69)	9,88**	8,74	[2,26 – 33,78]
Depressão				
Idade	-0,02 (0,04)	0,17	0,98	[0,91 – 1,07]
Habilitações literárias	-0,13 (0,12)	1,13	0,88	[0,69 – 1,12]
Tempo desde HSA ^a	-0,65 (1,03)	0,40	0,52	[0,07 – 3,92]
Complicações pós-HSA ^b	0,56 (0,88)	0,41	1,75	[0,31 – 9,72]
Apoio Social	-0,09 (0,58)	0,03	0,91	[0,29 – 2,85]
Qualidade de vida ^c	1,61 (0,81)	3,89*	4,98	[1,01 – 24,55]

^aTempo desde HSA: 1 = Até há três anos; 0 = Há mais de três anos. ^bComplicações pós-HSA: 1 = Sim; 0 = Não. ^cQualidade de vida: 1 = Percepção de baixa qualidade de vida; 0 = Percepção de qualidade de vida média-alta

[†] 0,05 < *p* < 0,10; **p* < 0,05; ***p* < 0,01.

Discussão

Os resultados mostram que os doentes com HSA apresentam níveis de depressão mais elevados do que a população geral (Pais-Ribeiro et al., 2007), mas não se distinguem nos níveis de ansiedade. Estes resultados não vão totalmente ao encontro dos estudos de Berry

et al. (1997) e Katati et al. (2007), que encontraram diferenças na sintomatologia depressiva, mas também ansiosa. No entanto, estes estudos foram realizados com doentes cuja HSA tinha ocorrido há apenas um ano, avaliando o impacto emocional a curto-prazo da sua ocorrência. Por outro lado, os resultados deste estudo são semelhantes aos descritos por Wermer et

al. (2007), que avaliaram o impacto a longo prazo da ocorrência da HSA, tal como na amostra deste estudo (tempo médio decorrido desde a HSA superior a três anos). É possível hipotetizar que as limitações, habitualmente duradouras, características desta condição de saúde (e.g., cefaleias, cansaço fácil, dificuldades de concentração e memória, problemas de sono, irritabilidade, falta de iniciativa e interesse), que são relatadas frequentemente pelos doentes e que estão, também, associadas a distúrbios emocionais (Fertl et al., 1999; Schuiling, Rinkel, Walchenbach, & de Weerd, 2005), podem ser percecionadas como perdas e, consequentemente refletir-se em níveis acrescidos de sintomatologia depressiva vários anos após a ocorrência da HSA. Apesar de não termos avaliado a variável “sequelas neurológicas” neste estudo, consideramos que esta é uma variável importante a considerar em estudos futuros.

Verificámos ainda que, na amostra, 36,2% e 21,4% dos participantes apresentavam, respetivamente, níveis de ansiedade e depressão merecedores de atenção clínica, sendo estes resultados semelhantes aos resultados do estudo de Solheim et al. (2006). Estes resultados demonstram que há uma proporção importante de doentes com HSA que apresentam dificuldades de ajustamento emocional. Se, por um lado, isto nos indica que a HSA é uma condição de saúde com impacto no ajustamento emocional das pessoas, por outro lado, demonstra que estas pessoas devem ser alvo de cuidados específicos pelos Serviços e Técnicos de Saúde.

No que respeita aos fatores de variabilidade para a depressão, verificámos que os doentes mais velhos e os doentes com menos habilitações literárias apresentam níveis mais elevados de depressão. É possível que, quer as pessoas mais velhas, quer as pessoas com menos habilitações possuam menos recursos e estratégias para se adaptar à condição de saúde, percecionando, por isso, mais perdas e limitações que se refletem em sintomatologia depressiva. Além disso, é possível que as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento conduzam a níveis acrescidos de sintomatologia depressiva; a literatura tem evidenciado que no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e a deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo limita progressivamente a atividade da pessoa, tornando-a cada vez menos apta a suportar o stress.

De igual modo, sabemos que cada vez mais as pessoas com mais de 65 anos tomam ansiolíticos e antidepressivos. Na amostra deste estudo verificámos que 20% ($n = 17$) tomava psicofármacos, nomeadamente ansiolíticos, estando dois doentes a tomar antidepressivos. Verificámos ainda que níveis superiores de depressão foram reportados por doentes cuja HSA ocorreu há mais tempo, por doentes que tiveram complicações pós-HSA e por doentes com perceção de baixa qualidade de vida. De forma geral, estes resultados sugerem que as limitações inerentes à condição de saúde e o desgaste provocado por lidar com essas limitações ao longo do tempo parecem estar associadas a níveis superiores de depressão. Neste contexto, Jarvis e Talbot (2004) destacam as dificuldades diárias que as pessoas com HSA tratada enfrentam, entre as quais o retorno ao trabalho, à vida social e a fadiga excessiva. Por outro lado, verificámos que o apoio social recebido de diferentes fontes (cônjuge, familiares, amigos e Serviços e Técnicos de Saúde) se revela como um fator protetor da ocorrência de sintomatologia depressiva nos doentes com HSA, como aliás se verifica noutras condições de saúde. Por último, verificámos ainda que a perceção de baixa qualidade de vida é a única variável que prediz significativamente a ocorrência de sintomatologia depressiva merecedora de atenção clínica. Estes resultados sugerem que, mais do que variáveis sociodemográficas ou clínicas, é a perceção que os sujeitos têm da sua qualidade de vida atual que condiciona o seu ajustamento emocional.

Relativamente aos fatores de variabilidade para a ansiedade, constatámos que apenas os fatores clínicos (HSA ocorrida há mais de três anos e complicações pós-HSA) e a perceção de baixa qualidade de vida influenciaram os níveis de ansiedade. No que respeita ao tempo decorrido desde a HSA, apesar de não termos outros estudos que ajudem a justificar esta hipótese, é possível que o facto de a vigilância, pela especialidade neurocirúrgica, ir progressivamente diminuindo, se reflita numa perceção de maior insegurança por parte dos doentes, resultando em níveis acrescidos de ansiedade. No entanto, esta hipótese necessita de ser melhor investigada em estudos futuros, nomeadamente através de estudos longitudinais que permitam avaliar a evolução da sintomatologia ao longo do tempo. De forma congruente, é possível que os doentes com complicações pós-HSA apresentem mais sequelas, o que interfere significativamente

com os níveis de ansiedade. Estes doentes poderão ter um receio acrescido de que volte a acontecer algo semelhante, sentindo-se mais frágeis por perceberem que o processo curativo não decorreu normalmente; o medo de recorrência da HSA, ainda que seja injustificado, é, aliás, uma preocupação frequente dos doentes (Noble et al., 2011).

Uma explicação semelhante pode ser apresentada para a relação entre qualidade de vida e ansiedade. Como demonstram os resultados, a existência de complicações pós-HSA e a percepção de baixa qualidade de vida predizem significativamente a ocorrência de sintomatologia ansiosa merecedora de atenção clínica. Em suma, consideramos que a percepção de qualidade de vida é uma variável que não deve ser ignorada pelos Profissionais de Saúde na avaliação destes doentes, pelo seu impacto na sintomatologia ansiosa e depressiva, tal como foi, também, verificado noutros estudos (e.g., Fertl et al., 1999). No entanto, não devemos também ignorar a relação biunívoca entre a qualidade de vida e o ajustamento emocional, pelo que a intervenção dos Profissionais de Saúde no ajustamento emocional dos doentes com HSA também terá um impacto positivo na sua qualidade de vida.

Apesar de considerarmos que este trabalho é um contributo importante para o conhecimento nesta área, ele tem também algumas limitações. A primeira limitação é o facto de não termos utilizado um grupo de controlo com características sociodemográficas semelhantes à amostra deste estudo, permitindo uma comparação mais fidedigna dos níveis de ansiedade e depressão. A segunda limitação é o tamanho da amostra que, ao influenciar o poder estatístico, pode ter impedido a identificação de algumas variáveis com influência nos níveis de Ansiedade e Depressão.

Conclusão

O primeiro objetivo do estudo pretendia caracterizar o ajustamento emocional de doentes com HSA tratada cirurgicamente. Neste contexto, verificámos que os doentes com HSA apresentam níveis superiores de sintomatologia depressiva, por comparação à população geral, e uma proporção importante dos doentes apresenta níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva merecedora de atenção clínica. No segundo objetivo, pretendíamos identificar os

fatores de variabilidade da sintomatologia ansiosa e depressiva; os fatores clínicos (tempo decorrido desde a HSA e as complicações pós-HSA) e a percepção de qualidade de vida revelaram-se os fatores com mais influência na sintomatologia ansiosa e depressiva. Os resultados encontrados neste estudo apontam para a importância de melhor investigar esta temática, replicando este estudo com amostras maiores e avaliando os doentes longitudinalmente, de forma a compreender a evolução da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo.

As conclusões deste trabalho permitem-nos ainda sugerir algumas implicações para a prática clínica. Em primeiro lugar, a avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva deveria integrar o processo de monitorização dos doentes com HSA, ao longo do tempo. Em segundo lugar, os Profissionais de Saúde devem procurar implementar estratégias de adaptação à condição de morbilidade dos doentes com HSA (e.g., exercícios de memória e concentração, treino de equilíbrio e marcha, uso de equipamentos adaptativos), na tentativa de reduzir o impacto desta condição de saúde nas atividades diárias dos doentes, melhorando o seu ajustamento emocional. Em terceiro lugar, os Profissionais de Saúde devem oferecer espaço e oportunidade aos doentes para a expressão das suas emoções e preocupações, bem como prestar-lhes apoio emocional, na medida em que o apoio dos Serviços e Técnicos de Saúde se revelou uma variável importante na diminuição da sintomatologia depressiva. Por último, os doentes que apresentaram níveis de ansiedade e depressão merecedoras de atenção clínica devem ser encaminhados para acompanhamento especializado.

Referências bibliográficas

- Berry, E., Jones, R. A., West, C. G., & Brown, J. D. (1997). Outcome of subarachnoid haemorrhage. An analysis of surgical variables, cognitive and emotional sequelae related to SPECT scanning. *British Journal of Neurosurgery*, 11 (5), 378-387.
- Eriksson, G., Kottorp, A., Borg, J., & Tham, K. (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (3) 187-194.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fertl, E., Killer, M., Eder, H., Linzmayer, L., Richling, B., & Auff, E. (1999). Long-term functional effects of aneurysmal subarachnoid haemorrhage with special emphasis on the patient's view. *Acta Neurochirurgica*, 141 (6), 571-577.
- Greenberg, M. S. (2003). *Manual de neurocirurgia*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hedlund, M., Zetterling, M., Ronne-Engstrom, E., Ekselius, L., & Carlsson, M. (2010). Perceived recovery after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in individuals with or without depression. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1578-1587.
- Jarvis, A., & Talbot, L. (2004). Multiprofessional follow up of patients after subarachnoid haemorrhage. *British Journal of Nursing*, 13 (21), 1262-1267.
- Katati, M. J., Santiago-Ramajo, S., Pérez-García, M., Meersmans-Sánchez Jofré, M., Vilar-Lopez, R., Coín-Mejías, M. A.,... Arjona-Moron, V. (2007). Description of quality of life and its predictors in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, 24 (1), 66-73.
- King, J. T., Jr., Kassam, A. B., Yonas, H., Horowitz, M. B., & Roberts, M. S. (2005). Mental health, anxiety, and depression in patients with cerebral aneurysms. *Journal of Neurosurgery*, 103 (4), 636-641.
- Kreitschmann-Andermahr, I., Poll, E., Hutter, B. O., Reineke, A., Kristes, S., Gilsbach, J. M., & Saller, B. (2007). Quality of life and psychiatric sequelae following aneurysmal subarachnoid haemorrhage: Does neuroendocrine dysfunction play a role? *Clinical Endocrinology*, 66 (6), 833-837.
- Noble, A. J., Baisch, S., Covey, J., Mukerji, N., Nath, F., & Schenk, T. (2011). Subarachnoid hemorrhage patients' fears of recurrence are related to the presence of posttraumatic stress disorder. *Neurosurgery*, 69 (2), 323-333.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Powell, J., Kitchen, N., Heslin, J., & Greenwood, R. (2004). Psychosocial outcomes at 18 months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75 (8), 1119-1124.
- Schuling, W. J., Rinkel, G. J., Walchenbach, R., & de Weerd, A. W. (2005). Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 36 (3), 578-582.
- Solheim, O., Eloqayli, H., Muller, T. B., & Unsgaard, G. (2006). Quality of life after treatment for incidental, unruptured intracranial aneurysms. *Acta Neurochirurgica*, 148 (8), 821-830.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Wermer, M. J., Kool, H., Albrecht, K. W., Rinkel, G. J., & Aneurysm Screening after Treatment for Ruptured Aneurysms Study Group. (2007). Subarachnoid hemorrhage treated with clipping: Long-term effects on employment, relationships, personality, and mood. *Neurosurgery*, 60 (1), 91-98.
- Yamashiro, S., Nishi, T., Koga, K., Goto, T., Muta, D., Kuratsu, J., & Fujioka, S. (2007). Postoperative quality of life of patients treated for asymptomatic unruptured intracranial aneurysms. *Journal of Neurosurgery*, 107 (6), 1086-1091.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.

