

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MEDICINA

Modelos Teóricos e Avaliação

Diogo TELLES-CORREIA, António BARBOSA

RESUMO

A sintomatologia ansiosa e depressiva é muito frequente nos doentes com patologia médica podendo levar a uma redução da qualidade de vida e interferir na evolução clínica. Entre os principais modelos teóricos que baseiam o conceito actual de ansiedade destacam-se o Modelo da ansiedade de Goldstein, o Modelo da Ansiedade Traço/Estado e o Modelo transaccional do stress de Lazarus, enquanto que o conceito de depressão se baseia em modelos teóricos como o Modelo Cognitivo da Depressão (Beck) e o Modelo da Desesperança Aprendida (Seligman).

Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença médica situam-se entre duas tipologias: biológica (factores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação doença física e ansiedade/depressão) e comportamental (ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de factores comportamentais como mecanismos de coping desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros).

Na avaliação da ansiedade e depressão no doente médico pode optar-se por vários tipos de abordagem: Abordagem Taxonómica vs Dimensional; Auto vs Hetero avaliação; Instrumentos específicos para uma população vs Inespecíficos.

São explorados os argumentos que favorecem as várias formas de abordagem.

Entre os vários instrumentos disponíveis para avaliar a ansiedade e depressão apenas a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Beck Depression Inventory (BDI) (BDI) e o State Trait Anxiety Inventory (STAI) estão validados para a população portuguesa, sendo que apenas a HADS está validada especificamente para a população médica. Nenhuma escala à excepção da HADS responde, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da avaliação da ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo.

D.T.C., A.B.: Departamento de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2009 CELOM

SUMMARY

ANXIETY AND DEPRESSION IN MEDICINE

Models and Measurement

Anxiety and depression are very common in patients with medical illness and can be associated to a reduction in quality of life and a poor clinical evolution.

The actual concept of anxiety is based on many theoretical models as Goldstein's anxiety model, State/trate anxiety model, Lazarus' transactional stress model. The concept of depression is based on models such as Beck's Cognitive Model and Seligman's learned helplessness model of depression.

The link between anxiety/depression and medical illness can be of two kinds: biological (immunological, neuroendocrine, inflammatory systems) and behavioural (coping strategies, adherence to medical advice and prescription, etc).

The evaluation of anxiety and depression in medical patient can be done by many ways:

taxonomic VS dimensional approach, auto VS heteroevaluation; specific instruments VS nonspecific instruments.

All of these approaches are explored in this article.

The only instruments used to evaluate anxiety and depression validated to the Portuguese population are: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Beck Depression Inventory (BDI) (BDI) e o State Trait Anxiety Inventory (STAI).

The only scale validated exclusively in the medical population, and that can overcome the influence that medical disease can have in depression and anxiety is HADS.

INTRODUÇÃO

Sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças médicas crónicas, provocando um elevado grau de disfunção pessoal, social e ocupacional^{1,2}.

A prevalência de depressão na doença médica ronda entre os 15% e os 61%^{3,4}.

A sintomatologia depressiva pode influenciar negativamente a evolução das doenças cardiovasculares, da diabetes, do HIV, do cancro, do transplante, entre outros⁵⁻⁸.

A literatura é bem mais limitada no que se refere aos estudos da ansiedade na população médica⁹. Porém, há evidências de que as perturbações de ansiedade se associam (de forma independente) a níveis reduzidos de qualidade de vida e a um pior outcome nos doentes médicos¹⁰⁻¹³. A prevalência das perturbações de ansiedade na doença médica ronda os 18%-35.1%^{9,14,15}.

A discrepância entre os valores de prevalência dos diferentes estudos relaciona-se com as diversas formas de avaliar a depressão e ansiedade^{3,9}.

Os autores propõem-se, no presente artigo, a esclarecer alguns aspectos relacionados com a conceptualização da ansiedade e depressão na doença médica e com a sua forma de avaliação, com base numa extensa revisão bibliográfica.

METODOLOGIA

Foi efectuada uma pesquisa da literatura anglo-saxónica, sem limite temporal, através da MEDLINE utilizando como palavras-chave: models of anxiety and depression, measurement of anxiety and depression, anxiety and depression in medical patients.

Os 43 artigos revistos incluem casos clínicos, revisões e artigos originais (estudos observacionais transversais e observacionais longitudinais).

Também foram consultados 18 livros de texto e outras publicações que contemplavam o tema.

Devido ao carácter do tema, não foi criado nenhum limite temporal.

RESULTADOS

Modelos Teóricos da Ansiedade e Depressão no doente médico

Em muitos dos modelos a diferença entre ansiedade e depressão não está completamente explícita. Os conceitos são, aqui, separados para uma maior compreensibilidade.

Modelos de Ansiedade e Depressão

Ansiedade

Ao longo da história várias foram as referências a conceitos próximos do constructo actual de ansiedade. Porém, é nalguns autores do século XIX que os modelos teóricos actuais se baseiam.

Em 1813, Landré-Beauvais definiu ansiedade como: *certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva*¹⁶.

Darwin em 1873, enfatizou que a ansiedade estava presente num continuo em todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência¹⁷.

Na viragem do mesmo século, Freud distingue a ansiedade *objectiva*, relacionada com o meio ambiente e a ansiedade *neurótica*, que ele considerou como tendo uma origem exclusivamente intrapsíquica (relacionada com uma predisposição genética importante e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido)¹⁸. O termo neurose de ansiedade, inicialmente trazido por Freud e Janet, foi também utilizado por outros autores como Morel e Krishaber (que referiam ter esta perturbação uma origem predominantemente a nível do sistema nervoso simpático)^{19,20}.

Os modelos actuais da ansiedade têm como ponto de partida uma dicotomia: Ansiedade orientada para o estímulo vs Ansiedade como resposta. Na primeira hipótese, a ansiedade é vista como uma resposta a um estímulo específico (situações, pensamentos, emoções) enquanto que na segunda a ansiedade é explorada como resposta emocional em si, independente do estímulo²¹.

São referidos essencialmente três modelos de ansiedade: A) Modelo da ansiedade de Goldstein, B) Modelo da Ansiedade Traço/Estado, C) Modelo transaccional do stress de Lazarus.

A) Kurt Goldstein, um investigador centrado na hipótese *Ansiedade orientada para o estímulo* que trabalhava com acidentados da 1ª guerra mundial²², focou o seu modelo no que ele referiu como «reação catastrófica». Segundo o autor uma situação catastrófica corresponde a qualquer situação que represente uma ameaça à existência de um indivíduo ou aos valores essenciais à sua existência (considerando a existência física mas também psicológica). A ansiedade correspondia à percepção subjectiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica.

B) O Modelo da Ansiedade Traço/Estado

Foi desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e depois Spielberger (1972). Este modelo distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade^{23,24}.

Segundo este autor não há uma ligação consistente entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo. No entanto, em situações que ponham em causa a adequação pessoal e a autostima os indivíduos com elevada ansiedade-traço estão mais susceptíveis (uma vez que nestes indivíduos estão frequentemente presentes pensamentos relacionados com um medo de falhar). A ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características da pessoa e o estímulo actual.

C) Modelo transaccional do stress de Lazarus

Neste modelo que aceita a hipótese da *Ansiedade orientada para o estímulo*, a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do stress. Lazarus distingue dois estádios de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou stressante, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como stressante) que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os mecanismos de coping. Ansiedade (e outras emoções negativas), surgem quando após a avaliação se conclui que o estímulo é stressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido^{25,26}.

Depressão

O conceito depressão parece ter origem no termo melancolia usado por Hipócrates. Este autor atribuía o estado melancólico ao excesso/alteração de bÍlis negra (humo-

res básicos), tendo particular incidência na primavera e Outono²¹.

Em 1621 Burton publica «anatomia da melancolia», na qual este autor descreve a sua experiência pessoal ao padecer de períodos melancólicos que alternavam com outros de alegria exagerada²¹.

Nos séculos seguintes numerosos autores descreveram a melancolia e outros conceitos nela enxertados até ter sido elaborada uma conceptualização, na viragem do século XIX, mais clara por Kraepelin, que estabelece a fronteira entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce²⁷. A nosologia descrita por este autor serviu de base a muitos dos modelos actuais da depressão, embora alguns aspectos kraepelinianos sejam motivo de grande controvérsia²¹.

Freud na sua publicação *Mourning and melancholia* (1917) clarificou a diferença entre o luto normal que não constitui um problema psiquiátrico e as perturbações depressivas (sendo estas, segundo o autor, predominantemente resultantes de conflitos intrapsíquicos e podendo ter uma predisposição genética)²⁸.

Um seu contemporâneo, Adolf Meyer propôs o termo depressão para substituir melancolia. Este autor descreve que as perturbações depressivas correspondem a reacções maladaptativas ao stress ambiental, introduzindo o conceito de reactividade na depressão²⁹.

Foram descritos inúmeros modelos teóricos da depressão. São revistos os mais importantes neste contexto.

MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO (BECK)

O modelo cognitivo da depressão evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e confirmação experimental³⁰ e organiza-se sobre três conceitos básicos (em ordem hierárquica descendente): Tríade cognitiva; Pensamentos Automáticos; Esquemas ou crenças centrais.

– Tríade cognitiva: Consiste nos três padrões cognitivos *major*, típicos dos doentes deprimidos: visão negativa de si mesmo (vê-se a si próprio como inadequado ou defeituoso), visão negativa das suas interacções com o meio ambiente (assumindo-se como derrotado nas situações de interacção com o meio ambiente) e visão negativa do futuro (antecipa que o seu sofrimento permanecerá indefinidamente).

– Esquemas/Crenças Centrais: Correspondem a padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações. Os esquemas podem permanecer inactivos por longos períodos e manifestar-se perante estímulos ambientais específicos (por exemplo stress).

- Pensamentos automáticos: Estes pensamentos correspondem a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida e que em conjunto caracterizam os esquemas cognitivos (inferência arbitrária, abstracção selectiva, hipergeneralização, magnificação, personalização, pensamento dicotómico).

MODELO DA DESESPERANÇA APRENDIDA (SELIGMAN)

O modelo da desesperança aprendida foi desenvolvido por Seligman (1974) em cães que, após terem sido expostos a um stress incontornável prolongado, eram expostos a situações superáveis. Estes animais em vez de usarem estratégias adaptativas adoptavam uma postura passiva à qual o autor chamou de «desesperança aprendida». Segundo Seligman este modelo podia ser transposto para os humanos e explicar determinados tipos de depressão³¹. Não se conhecem estudos que comprovem a sua adequação ao ser humano²¹.

a) Modelos de Ansiedade e Depressão na Doença Médica

A relação entre depressão/ansiedade e doença médica é complexa. É difícil separar estes dois factores psicológicos neste tipo de modelos por várias razões. A comorbilidade entre a ansiedade e depressão é amplamente citada na literatura. Alguns autores chamam ainda a atenção para o facto da ansiedade e depressão terem semelhanças em termos fisiopatológicos e terapêuticos, nomeadamente no que se refere ao sistema serotoninérgico, tendo sido encontradas alterações a este nível quer na ansiedade quer na depressão, e constituindo a abordagem farmacológica centrada na serotonina uma das abordagens reconhecidas para o tratamento de ambas as situações³². Kendler et al 1992, chega a afirmar que a ansiedade e a depressão (assim como outras perturbações do humor) podem constituir uma diferente expressão fenotípica de um genótipo comum³³. Por outro lado segundo alguns autores a ansiedade pode estar como base do desenvolvimento da depressão, sendo mediadores entre um e outro estado a exposição continuada a factores de stress como uma hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipofisário³⁴. É este eixo exactamente o principal mediador biológico que medeia o efeito da ansiedade/depressão sobre a doença³⁴.

Uma vez que a literatura é escassa em estudos prospectivos que investiguem o papel da ansie-

dade (isolada) do modelo médico^{9,35}, torna-se ainda mais difícil de delimitar os dois conceitos.

Por todos estes motivos parece adequado juntar estes dois conceitos no que se refere ao seu papel no modelo de doença médica.

Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença médica têm sido e dois tipos: biológico e comportamental.

Segundo o modelo biológico, factores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação doença física e ansiedade/depressão. Hodiernamente, é mais aceite uma correlação bilateral entre os lados, podendo a depressão/ansiedade ser influenciada ou influenciar a doença médica^{34,35}.

De acordo com o modelo comportamental, a ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de factores comportamentais como mecanismos de coping desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros³⁶⁻³⁸. Mais uma vez aqui mais comumente se aceita uma correlação bilateral³⁹.

House 1988 na sua extensa revisão, chama a atenção para o facto de nos modelos médicos, ser essencial considerar outras variáveis da psicologia da saúde, tais como os mecanismos de coping e estilos de personalidade, que podem influenciar a doença médica por intermédio ou não da ansiedade e depressão e ser tão ou mais importantes que estes⁴⁰. Estes factores são incluídos noutros modelos de psicologia de saúde como o modelo de Moos e Schaefer e o modelo de Leventhal⁴¹.

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO DOENTE MÉDICO

1º Abordagem Taxonómica vs Dimensional

a) Abordagem Taxonómica

Foi desenvolvida pelos profissionais de saúde mental uma classificação taxonómica das doenças mentais com

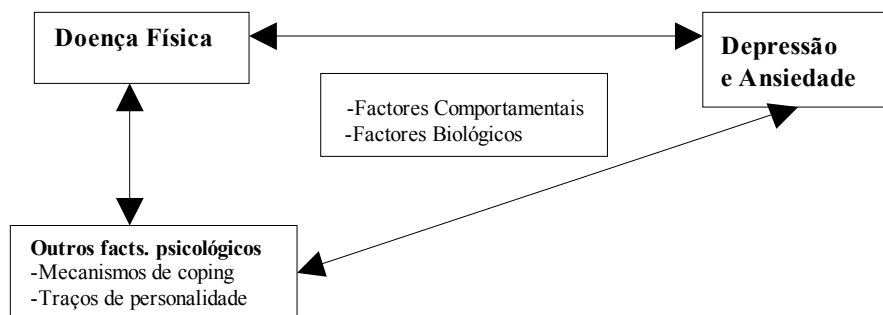


Fig. 1 – Modelo de Ansiedade e Depressão na Doença Médica (adaptado de Steptoe, 2007)

base em formulações mais descritivas e empíricas do que teóricas (no que se refere à etiologia e fisiopatologia). Esta classificação está compilada em manuais como o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Actualmente, e em investigação a classificação mais utilizada é a abrangida no DSM-IV-R⁴².

Nesta classificação, a sintomatologia depressiva e ansiosa está fundamentalmente representada através de três categorias diagnósticas: Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Adaptação.

Para a obtenção dos diagnósticos definidos pelo DSM-IV, podem ser utilizadas entrevistas estruturadas, entre as quais se destacam a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) e a SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)⁴³.

A principal vantagem desta abordagem é a operacionalização, sobretudo no que se refere à selecção dos doentes que podem beneficiar com um tratamento⁴⁰. Nestes casos a abordagem taxonómica pode ser útil para a obtenção de *casos* que beneficiem com uma intervenção (em estudos caso-controlo, por exemplo)⁴⁰.

Entre as desvantagens da utilização da abordagem taxonómica contam-se:

- A presença de sintomas de ansiedade e depressão em múltiplas das categorias diagnósticas⁴⁴.

- A dificuldade com a abordagem taxonómica em incluir níveis subclínicos de ansiedade e depressão (muito presentes na doença médica)^{40,44,45}.

- Há autores que advogam uma relação linear entre as formas mais ligeiras de depressão e aquelas mais graves e que a depressão deve ser considerada como um *continuum*^{40,46,47}.

- A obtenção de variáveis contínuas, ao contrário das nominais ou ordinais (obtidas numa abordagem taxonómica) potencia os testes estatísticos e permite uma melhor comparação dos valores em diferentes tempos de medição⁴⁸.

b) Abordagem Dimensional

Creed (2006) baseado noutros autores, chama atenção para o facto de o limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas⁴⁹⁻⁵³. É necessário o desenvolvimento de novos estudos para identificar o limiar de depressão que se associa à redução da qualidade de vida no doente médico⁴⁹⁻⁵³.

Este argumento parece ser o principal fundamento para a maioria dos autores preferir uma abordagem dimensional na investigação do impacto que a sintomatologia ansiosa e depressiva poderá ter sobre a evolução da doença médi-

ca. Porém, todas as limitações descritas para a classificação taxonómica são também superadas por esta diferente forma de abordagem.

2º Auto vs Hetero-avaliação

Wise e Derogatis chamam a atenção para o facto de nenhuma destas formas de abordagem ser universalmente mais aceite que a outra. Pelo contrário, cada uma tem as suas vantagens e desvantagens⁵⁴.

Entre as principais vantagens dos instrumentos de auto avaliação sublinham-se a sua facilidade de aplicação e o facto de a sua única fonte ser o indivíduo que experimenta o fenómeno que está a ser estudado (sem contaminação de um observador). Entre as desvantagens deste método destacam-se a desiderabilidade social, o facto do indivíduo poder responder algo premeditado na tentativa de um ganho secundário e a impossibilidade de administrar os instrumentos a doentes iletrados^{40,49,54,55}.

As duas primeiras desvantagens podem ser minimizadas quando os instrumentos são dados ao doente por elementos independentes da equipa clínica e se for explicado que o teor das respostas não influencia em nada o seu tratamento.

As principais vantagens e viéses dos instrumentos de hetero-avaliação, relacionam-se com o facto da sua aplicação depender exclusivamente do julgamento do observador. Por um lado, este facto pode oferecer aos instrumentos uma maior flexibilidade que permite, entre outros, que haja o esclarecimento de questões que sejam pouco claras nomeadamente no que se refere à sintomatologia. Por outro, é discutível que a interpretação do observador seja a única fonte do diagnóstico (ainda mais discutível é se o questionário for aplicado por mais do que um observador e em mais do que um momento)^{40,49,54,55}. Creed chama a atenção que este último problema ganha mais peso nos doentes médicos, uma vez que o diagnóstico diferencial entre a sintomatologia da doença médica e a sintomatologia depressiva é muito difícil⁴⁹.

Outras desvantagens dos instrumentos de hetero-avaliação referem-se à sua maior dificuldade de aplicação e necessidade de serem aplicadas por pessoal técnico experiente (este ponto é novamente apontado por Creed como particularmente difícil na população médica)⁴⁹.

c) Instrumentos Específicos vs Inespecíficos

Como referido alguns autores chamam a atenção para o facto do limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas. Por outro lado, há autores que vão

mais longe e referem que a apresentação da depressão no doente médico é diferente daquele que surge no doente psiquiátrico^{54,56}.

Cavanaugh (1983) reportou que cerca de metade a três quartos dos doentes médicos graves experienciavam redução do peso corporal, insónia, fadiga, anorexia e lentificação psicomotora (sintomas que nos sistemas avaliativos clássicos poderiam ser considerados como fazendo parte de quadros depressivos)⁵⁷.

Wise e Derrogatis (1984) chamam também a atenção para o facto de sintomas típicos de quadros de ansiedade como o tremor, a taquicardia, a pré-cordialgia, urgência urinária, náuseas, tonturas, serem frequentes em doentes médicos independentemente da presença de ansiedade ou depressão^{54,57}.

Por estas razões, Endicott (1984) desenvolveu critérios alternativos para o diagnóstico de depressão nos doentes com cancro, onde os sintomas físicos da depressão eram substituídos por factores sintomas cognitivos e emocionais⁵⁸.

Por outro lado, esta preocupação levou a que Zigmond e Snaith desenvolvessem a escala HADS, onde foram eliminados os sintomas que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física (sintomas vegetativos como vertigem, cefaleias, insónia, energia, fadiga), sendo que os itens incluídos na escala se baseiam apenas nos sintomas psíquicos⁵⁹.

d) Que Instrumento escolher para avaliar a ansiedade e a depressão no doente médico?

House, advoga que para fins descritivos é útil considerar variáveis como a depressão e ansiedade como um *continuum*. Para fins operacionais, nomeadamente para encontrar os casos a intervir com um tratamento, poderá ser usado uma classificação taxonómica⁴⁰.

Devido a não haver um instrumento ideal para avaliar este tipo de variáveis, deverá ser escolhido aquele mais adequado à nossa população (médica/psiquiátrica) e ao objectivo (descritivo vs operacional), que seja fácil de utilizar (brevidade de aplicação, aceitabilidade para o investigador e para o doente), que esteja validado para a população em estudo e que seja largamente utilizado por outros autores com a mesma utilidade (para ser possível a comparação dos resultados)^{40,49}. Segundo House, os instrumentos mais utilizados neste campo são os questionários de autoavaliação porque são fáceis de utilizar e geralmente existem validações feitas para as populações alvo⁴⁰. Creed (2007) afirma que a avaliação da depressão através de questionários de auto-administração, obtendo uma variável contínua e sem um *cut-off* definido é a forma mais ade-

quada para se obter uma imagem realista do que acontece na população médica⁴⁹.

e) Escalas de Avaliação da Ansiedade e Depressão Disponíveis:

– Hamilton Anxiety Scale (HAS)

É um instrumento de hetero-avaliação, desenvolvido originalmente por Hamilton (1959) como uma forma de medir as componentes psíquicas e somáticas da ansiedade. Consiste em 14 itens organizados numa escala com cinco pontos (de não presente a muito grave). Nesta escala muitos aspectos somáticos são considerados, tais como cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios e genitourinários. Esta escala pode ser subdividida em duas escalas e duas subscores: ansiedade psíquica e ansiedade somática⁶⁰.

Não está publicada a validação/adequação desta escala para a população portuguesa.

– Hamilton Depression Scale (HDS)

Desenvolvida por Hamilton, esta escala de heteroavaliação, foi inicialmente publicada em 1960 e revista pelo mesmo em 1967. Como acontece com a HAS, o autor, considera o uso desta escala importante para quantificar a gravidade da depressão mas não para o seu diagnóstico. Consiste em 21 itens, embora tenha sido aconselhado pelo autor a utilização apenas de 17 (excluindo alguma sintomatologia menos frequente como a despersonalização e as ideias obsessivas).

Nesta escala estão incluídos itens que avaliam parâmetros somáticos da depressão e ansiedade (nomeadamente lentificação psicomotora, hiperactividade autonómica, sintomas gastrointestinais, sintomas somáticos gerais, sintomas uro/genitais, perda de peso)⁶¹.

Não está publicada a validação/adequação desta escala para a população portuguesa.

– Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

Esta escala de heteroavaliação, desenvolvida por Montgomery em 1979, é composta por 10 itens retirados de uma escala maior de 65 itens (Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) e foram seleccionados pelo autor pela sua sensibilidade à mudança. Esta escala também contempla itens para a depressão somatizada (lentificação psicomotora e anorexia).

Os itens estão organizados numa escala com sete pontos (0 – sintoma não presente a 6 – muito grave)⁶².

Não está publicada a validação/adequação desta escala para a população portuguesa.

– Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Esta escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983, como forma de responder, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da avaliação da ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo.

Os autores excluíram propositadamente da sua escala todos os itens que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física (sintomas vegetativos como vertigem, cefaleias, insónia, energia, fadiga), sendo que os itens incluídos na escala se baseiam apenas nos sintomas psíquicos⁶³. Esta escala tem sido utilizada em diferentes populações médicas (cardiologia, oncologia, cirurgia, entre outros)⁶³.

Johnston (2000) demonstrou que a eficácia desta escala em medir a sintomatologia ansiosa e depressiva se prendia em grande parte com o facto de os possíveis factores de confundimento (resultantes da sintomatologia física) estarem controlados⁶⁴.

A HADS consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens. As duas escalas são classificadas separadamente. Cada item é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente, 3 – muito grave).

A escala foi construída com uma base teórica e confirmada por análise estatística psicométrica⁶³.

Foi validada para português por Pais Ribeiro (2006) em doentes com doença médica (*cognitive debriefing*, validade do conteúdo, validade de critério, validade de constructo, fiabilidade, sensibilidade entre populações, sensibilidade à mudança)⁶⁵.

– Beck Depression Inventory (BDI)

O BDI, um inventário de auto-avaliação criado por Aaron Beck em 1961 com base na experiência clínica tomando em conta a opinião de psiquiatras experientes relativamente às manifestações clínicas mais significativas dos quadros depressivos e não considerando nenhuma teoria particular da depressão⁶⁶.

O BDI inclui 21 itens (correspondendo à componente cognitiva da depressão) estando cada item organizado numa escala de três pontos (0 – inexistente, 3 – grave)⁶⁶.

A versão original desta escala foi validada por Vaz Serra em 1973 para a população portuguesa numa amostra de doentes psiquiátricos deprimidos (validade de conteúdo, validade de constructo, validade de critério, sensibilidade à mudança, sensibilidade entre populações)⁶⁷. O BDI original foi revisto várias vezes (1979, 1987, 1996). Das revisões resultaram alterações substanciais na versão em língua inglesa (destas versões não há validação portuguesa)⁶⁷.

– State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Esta escala de auto-avaliação desenvolvida por Spielberger em 1970, como um instrumento de investigação para o estudo da ansiedade.

O STAI avalia a ansiedade-estado (condição transitória caracterizada por tensão, apreensão e hiperactividade do sistema nervoso autónomo) e ansiedade-traço (tendência geral que um indivíduo tem em responder com ansiedade aos estímulos do ambiente).

É composto por 20 itens, sendo a resposta a cada um deles dada numa escala ordinal de quatro pontos⁶⁸.

A versão em português, que mantém exactamente a estrutura original, foi validada por Silva 2003⁶⁹.

CONCLUSÃO

– Entre os principais modelos teóricos de ansiedade destacam-se A) Modelo da ansiedade de Goldstein, segundo o qual a ansiedade correspondia à percepção subjectiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica, o Modelo da Ansiedade Traço/Estado, que distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade; e o Modelo transaccional do stress de Lazarus, de acordo com o qual a ansiedade (e outras emoções negativas), surgem quando após a avaliação se conclui que o estímulo é stressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido.

– Entre os modelos teóricos da depressão sobressaem, o Modelo Cognitivo da Depressão (Beck) que se organiza sobre três conceitos básicos (em ordem hierárquica descendente): Tríade cognitiva; Pensamentos Automáticos; Esquemas ou crenças centrais e o Modelo da Desesperança Aprendida (Seligman) no desenvolvimento do qual foram expostos cobais animais a um stress incontornável prolongado, adoptando estes, em determinadas circunstâncias uma postura passiva à qual o autor chamou de *desesperança aprendida*.

– Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença médica têm sido de dois tipos: biológico (factores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação doença física e ansiedade/depressão) e comportamental (ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de factores comportamentais como mecanismos de coping desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros).

– Nos modelos médicos, é essencial considerar outras variáveis da psicologia da saúde, tais como os mecanismos de coping e estilos de personalidade, que podem influenci-

ar a doença médica por intermédio ou não da ansiedade e depressão e ser tão ou mais importantes que estes.

– Na avaliação da ansiedade e depressão no doente médico pode optar-se por vários tipos de abordagem: Abordagem Taxonómica vs Dimensional; Auto vs Hetero avaliação; Instrumentos específicos para uma população vs Inespecíficos.

– Relativamente ao instrumento a utilizar na investigação da ansiedade e depressão na doença médica, deverá ser usado aquele que avalie a depressão e ansiedade numa perspectiva dimensional uma vez que o limiar do nível de ansiedade e depressão relacionado com os factores de saúde não é conhecida (e não é semelhante ao limiar necessário para as perturbações psiquiátricas). Uma excepção são os estudos caso controlo em que um tratamento é testado. Nestes casos poderá ser útil uma abordagem taxonómica para a definição dos *casos*.

No que se refere à forma de avaliação (hetero ou auto avaliação), a maioria dos autores afirma que nenhuma destas formas de abordagem é universalmente mais aceite que a outra, havendo vantagens e desvantagens nas duas.

O factor mais enfatizado pelos vários autores é a adaptação do questionário para a população em estudo. O único instrumento desenvolvido especialmente para avaliar a ansiedade e depressão na população médica é a escala HADS. Este instrumento está validado para a população portuguesa.

– Existem vários instrumentos disponíveis para avaliar a ansiedade e depressão destacando-se entre eles: a Hamilton Anxiety Scale (HAM), a Hamilton Depression Scale (HDS), a Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Beck Depression Inventory (BDI), o State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Apenas a HADS, o BDI e o STAI estão validados para a população portuguesa, sendo que apenas a HADS está validada especificamente para a população médica.

Nenhuma escala à excepção da HADS responde, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da avaliação da ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. KESSLER RC, ORMEL J, DEMLER O, STANG PE: Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003;45:1257-66
2. WANG PS, BECK AL, BERGLGUND P et al: Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 2004;161:1885-91
3. CREED F, DICKENS C: Depression in the medically ill. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007;1:3-18
4. NAZROO JY, EDWARDS AC, BROWN GW: Gender differences in onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychol Med* 1997;27:9-19
5. EVANS DL, CHARNEY DS: Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* 2003;54:178-180
6. KATON W, LIN EH, KROENKE K: The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:147-150
7. STEIN MB, COX BI, AFFI TO, BELIK SL, SAREEN J: Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population based perspective. *Psychol Med* 2006;36:587-596
8. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E: Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. *Acta Med Port* 2006;19:165-180
9. ROY-BYRNE P, DAVIDSON K, KESSLER R et al: Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:208-225
10. SAREEN J, JACOBI F, COX BJ, BELIK SL, CLARA I, STEIN MB: Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med* 2006;166:2109-16
11. KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB, MONAHAN PO, LOWE B: Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and direction. *Ann Intern Med* 2007;146:317-325
12. LUDMAN E, KATON W, RUSSO J et al: Panic episodes among patients with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:475-481
13. SAREEN J, COX BJ, CLARA I, ASMUNDSON GJ: The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the US National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2005;21:193-202
14. STARK D, KIELY M, SMITH A, VELIKOVA G, HOUSE A, SELBY P: Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002;20:3137-48
15. MCWILLIAMS LA, COX BJ, ENNS MW: Mood and anxiety disorders associated with chronic pains: an examination in nationally representative sample. *Pain* 2003;106:127-133
16. LANDRÉ-BEAUVAIS AJ: *Sémiotique ou traité des signes des maladies*. Sed Paris: Brosson 1813
17. DARWIN CR: *The expressions of emotions in man and animals*. NY D. Appelton 1873
18. FREUD S: *The problem of anxiety*. NY Psychoanalytic Quarterly and Norton & Co 1936
19. MOREL BA: *Du délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*. *Archives Générales de Médecine* 1866; 7:385-402;530-551;700-7

20. KRISHABER M: Cérébro-cardiaque (névropathie). En Dechambre A, Leboulet L eds. Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Paris. Masson 1873:100-142
21. DEROGATIS LR, WISE TN: Definition of the Concepts of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. American Psychiatric Press. Washington 1988;1:3-23
22. GOLDSTEIN K: Human Nature in the Light of Psychopathology, Cambridge, Harvard University Press 1940
23. CATTELL RB, SCHEIER IH: The Meaning and measurement of neuroticism and anxiety. NY Ronald Press 1961
24. SPIELBERGER CD: Anxiety as an emotional state, in Anxiety Current Trends in Theory and Research. Ed. Spielberger CD. Academic Press NY 1972;1:23-49
25. LAZARUS RS: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill NY 1966
26. LAZARUS RS: The stress and coping paradigm. Models for Clinical Psuchopathology. Ed. Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A et al. Spectrum Publications. NY 1981
27. KRAEPLIN E: Lectures on clinical psychiatry. 8th ed. JH Barth. Leipzig 1913;3
28. FREUD S: Mourning and Melancholia. Collected Papers (1917). Vol. 1. Hogarth Press. London 1950
29. MEYER A: A discussion on the classification of the melancholics. J Nerv Ment Dis 1905;32:114-7
30. BECK A, RUSH A, SHAW B, EMERY E: Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. NY 1979
31. SELINGMAN MEP, ABRAMSON LY, SEMMEL A et al: Depressive attributional style. J Abnorm Psychol 1979 ;88:242-7
32. VAN PRAAG H, DE KLOET RON, VAN OSJ: Stress, the brain and depression. Cambrigde University Press. Cambridge 2004; 9:225-258
33. KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES IJ: Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly different enviornments? Arch Gen Psychiatry 1992; 49:716-722
34. VAN PRAAG H, DE KLOET RON, VAN OSJ: Stress, the brain and depression. Cambridge. University Press. Cambridge 2004; 8:225-258
35. STEPTOE A: Depression and the development of coronary heart disease. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007;3:53-124
36. AYRES A, HOON PW, FRANZONI JB et al: Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. J Psychosom Res 1994;38:393-402
37. BOSLEY CM, FOSBURY JA, COCHRANE GM: The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. Eur Respir J 1995;8:899-904
38. CIECHANOWSKI PS, KATON WJ, RUSSO O: Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. Arch Intern Med 2000;160:3278-85
39. STEPTOE A: Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007;18:397-408
40. HOUSE A: Mood disorders in the physically ill. Problems of definition and measurement. J. Psych. Res 1988;32:345-353
41. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, BARROSO E, MONTEIRO E: Adherence in Transplantation. Acta Med Port 2007;73:85-20
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Revised Fourth Edition (DSM-IV-TR). Washington (DC): Am Psychiatric Publishing 1994
43. SHEEHAN BV, LECRUBIER Y, SHEENAN KH et al: The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998;59 (Suppl 20):22-33
44. DEROGATIS LR, WISE TN: Diagnosis and Classification of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. Am Psychiatric Press. Washington 1988;2:27-72
45. ROBINSON RG: Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. Biol. Psychiatry 2003;54:376-387
46. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989;2:888-891
47. ROSE G: Environmental factors and disease: the man made environment. BMJ 1987;294:963-5
48. NUNNALLY J, BERNSTEIN I: Psychometric Theory, 3rd Edition. Ed McGraw Hill Series in Psychol NY1994
49. CREED F, DICKENS C: Depression in the medically ill. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007;1:2-18
50. MAYOU R, HAWTON K: Psychiatric disorders in the general hospital. Br J Psychiatry 1986;149:172-190
51. CREED F, MORGAN M, FIDDLER et al: Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. Psychosomatics 2002;43:302-9
52. SOLOMON A, HAAGA DA, ARNOW BA: Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. J. Nerv Ment Dis 2001; 189:496-506
53. RUCCI P, GHERARDI S, TANSELLA M et al: Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. J Affect Dis 2003;76:171-181
54. DEROGATIS LR, WISE TN: Screening and Psychological Assessment of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. AmPsychiatric Press. Washington 1988;3:73-97
55. RAYNOR D, WING R, PHELAN S. Depression and adherence to medical advice. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007;17:369-396
56. DEROGATIS LR, WISE TN: Clinical assessment of anxiety and depression in the medical patient. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. Am Psychiatric Press. Washington 1988;4:101-139
57. CAVANAUGH S: Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. Psychosomatics 1983;24:809-815
58. ENDICOTT J: Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984;53:2243-9
59. ZIMOND A, ZNAITH RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scand 1983;67:361-370
60. HAMILTON M: The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959;32:50-5
61. HAMILTON M: A rating scale for depression. J Neurosurg Psychiatry 1960;23:50-5
62. MONTGOMERY SA, ASBERG M: A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-9
63. ZIGMOND AS, SNAITH RP: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:127-142

64. JONSTON M, POLLARD B, HENNESSEY P: Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *J Psych Res* 200;48:579-584
65. 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. *Psychol, Health Med* 2007;12:225-237
66. BECK A, WARD C, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUCH J: An inventory for measure depression. *Arch General Psychiatry* 1961;4:561-571
67. VAZ-SERRA A, ABREU J: Aferição dos quadros clínicos depressivos: I- Ensaio de aplicação do «inventário depressivo de Beck» a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica* 1973;XX:623-644
68. SPIELBERGER CD, GORSUCH RC, LUSHENE RE: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists 1970
69. SILVA D: O inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Ed M Gonçalves. M Simões, L Almeida, C Machado. Quarteto Editora. Coimbra 2003