

Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão

Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD)

Neury J. Botega, Márcia R. Bio, Maria Adriana Zomignani, Celso Garcia Jr,
Walter A. B. Pereira

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas, SP - Brasil

Para estimar a prevalência de transtornos do humor, foram utilizadas a entrevista estruturada, "Clinical Interview Schedule" (CIS-R), e a escala "Hospital Anxiety and Depression" (HAD) em 78 pacientes internados em uma enfermaria geral de adultos (43 homens e 35 mulheres, média de idade = 43,2 anos). Foi encontrada prevalência instantânea de 39% de transtornos do humor. Dezoito (20,5%) pacientes preencheram critérios para ansiedade, a maioria dos casos sendo de gravidade leve. Vinte e seis (33%) casos de depressão foram detectados, 7 dos quais de gravidade moderada. Observou-se uma combinação de sintomas de preocupação, depressão, ansiedade e insônia. A HAD mostrou-se de fácil compreensão pelos pacientes. As subescalas de ansiedade e de depressão tiveram consistência interna de 0,68 e 0,77, respectivamente. A correlação dos itens com as respectivas subescalas sugere que essas possuem validades convergentes, não discriminantes. Com ponto de corte 8/9, a sensibilidade e a especificidade foram 93,7% e 72,6%, para ansiedade, e 84,6% e 90,3%, para depressão. Na prática clínica, a utilização da HAD poderia auxiliar na detecção de casos de transtornos do humor que necessitam de tratamento.

Depressão, epidemiologia. Ansiedade, epidemiologia. Entrevista psiquiátrica padronizada. Pacientes internados.

Introdução

A frequência global de transtornos do humor em pacientes internados no hospital geral varia de 20% a 60%^{11,13}. A variação nessas cifras depende da população estudada (características sociodemográficas, tipo de enfermidade, gravidade, cronicidade) e de definições metodológicas (critérios de inclusão, instrumentos de pesquisa, ponto de corte, definição de "caso" e outros).

Dentre os transtornos do humor, as reações de ajustamento constituem o grupo mais prevalente. A exemplo do observado na assistência primária, o padrão mais comum de sintomas é de natureza indiferenciada, compreendendo uma combinação de preocupações excessivas, ansiedade, depressão e insônia^{11,13}.

Apesar de causarem considerável sofrimento e implicações clínicas^{15,19,21}, pelo menos um terço dos pacientes acometidos por transtornos do humor não são reconhecidos como tais pelos seus médicos⁷. Além disso, certos sintomas 'vegetativos' (fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, e outros) podem ser decorrentes tanto de patologia orgânica quanto mental, confundindo o diagnóstico.

Os citados sintomas encontram-se presentes na maioria das escalas de ansiedade e depressão. Em pesquisas epidemiológicas, tal fato pode superestimar a frequência dos transtornos afetivos às custas de pacientes que, sem se encontrarem mentalmente enfermos, apresentem sintomas ocasionados pela patologia física. Outra dificuldade é que em hospital geral torna-se difícil diferenciar

Separatas/Reprints: Neury J. Botega - Caixa Postal 6111 - 13081-970 - Campinas - SP - Brasil - Fax: (0192) 53.1856 E.mail: Botega@ccvax.Unicamp.br.

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 95/2290-6.

Recebido em 8.11.1994. Reapresentado em 5.6.1995. Aprovado em 19.7.1995.

“casos psiquiátricos”, notadamente quando se combinam, além do sofrimento psíquico, doenças físicas e problemas sociais.

Para contornar alguns dos problemas metodológicos apontados, alguns autores têm sugerido que transtornos mentais menos graves sejam medidos ao longo de um continuum: “quanto” de transtorno afetivo um paciente estaria apresentando? Essa alternativa tem sido amplamente utilizada em estudos comunitários e em assistência primária^{20,26}. Desenvolvida para esse fim, a “Clinical Interview Schedule” (CIS) é uma entrevista psiquiátrica estruturada^{5,8}. Tanto a versão original⁵, quanto a revisada⁸, têm se mostrado útil entre pacientes de hospital geral^{11,13}. Outro instrumento utilizado, no presente estudo, a “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD), avalia ansiedade e depressão sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos²⁷. Por essa razão, tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos do humor em pacientes com doenças físicas.

A quase totalidade das publicações em epidemiologia psiquiátrica em hospital geral vem de países desenvolvidos^{11,13}. No Brasil, a presença de serviços de psiquiatria em hospital geral é modesta, e as pesquisas são escassas². Há, portanto, necessidade de estudos capazes de testar instrumentos de pesquisa, bem como de orientar a alocação dos recursos necessários para aprimorar a assistência aos pacientes internados.

O presente estudo tem como objetivos: estimar a prevalência de ansiedade e depressão em uma enfermaria geral de adultos; e determinar a adequação e a validação da escala “Hospital Anxiety Depression” nesse contexto.

Material e Método

Delineamento da Pesquisa

Realizou-se estudo transversal de prevalência de ansiedade e de depressão em pacientes admitidos em uma enfermaria de clínica médica. A avaliação psiquiátrica foi conduzida entre 48-72h após a internação, em duas fases: aplicação do instrumento “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD), no período da manhã; realização de entrevista psiquiátrica estruturada, a “Clinical Interview Schedule - Revised” (CIS-R), no período da tarde do mesmo dia.

O estudo foi realizado em um hospital geral de 600 leitos, localizado numa região com 2,5 milhões de habitantes. Na enfermaria geral de adul-

tos, com 30 leitos, são internados pacientes provenientes do ambulatório e pronto-socorro, ou transferidos de outras enfermarias.

O tamanho amostral foi calculado, chegando-se a um mínimo de 80 sujeitos. Tomou-se por base estimativa conservadora de prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes internados (30%), com intervalo de confiança de 95%.

Foram elegíveis para o estudo todos os pacientes admitidos consecutivamente na enfermaria ao longo de dois meses (novembro-dezembro/1992), exceto casos transferidos de outras enfermarias do hospital. Dos 83 pacientes internados sob essa condição, 5 foram excluídos: um apresentava estado confusional agudo, outro não falava português, um paciente estava em mau estado geral e dois outros tiveram alta antes que a avaliação psiquiátrica se completasse. Assim, um total de 78 pacientes foram avaliados. Não houve recusas de participação.

Instrumentos

“Clinical Interview Schedule - Revised” (CIS-R)

Trata-se de uma entrevista psiquiátrica estruturada^{8,10}, composta de 14 seções: sintomas somáticos, fadiga, concentração, alterações do sono, irritabilidade, preocupações com o funcionamento corporal, depressão, idéias depressivas, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões. Em cada seção duas questões introdutórias averigüam a ocorrência de sintomas durante a última semana. Em caso afirmativo, a frequência, a intensidade, a persistência e o grau de incômodo ocasionado pelo sintoma passam a ser avaliados.

A pontuação em cada seção varia de 0 a 4 (exceto ‘idéias depressivas’, 0-5). A definição de “caso” deve corresponder ao limite a partir do qual “um médico geral passaria a se preocupar com o estado emocional de seu paciente”^{5,8}. Quando utilizada com pacientes acometidos por doenças orgânicas, as seções sobre sintomas corporais, fadiga e preocupações com o funcionamento corporal podem ser omitidas da pontuação final⁸. Foi como procedemos, por precaução, ainda que alguns desses sintomas pudessem ocorrer por transtornos mentais.

A tradução da CIS-R acompanhou, em linhas gerais, a versão disponível em português de sua predecessora^{11,12}. O autor senior do presente trabalho participou de cursos de treinamento da CIS e da CIS-R, na instituição onde esses instrumentos foram desenvolvidos. Os três entrevistadores da presente investigação eram quintanistas de medi-

cina. O treinamento para utilização da CIS-R totalizou 8 horas, e se consistiu de estudo e discussão do manual de instruções, além de duas entrevistas com pacientes, realizadas pelo psiquiatra (N.J.B.). Após discussão, dirimiram-se dúvidas em relação à pontuação das seções. As entrevistas foram realizadas segundo a disponibilidade dos pesquisadores, buscando-se evitar alocação sistemática de pacientes.

“Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD)

A escala HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21 (Anexo).

Essa escala foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a “pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral”²⁷. Suas principais características são: sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas foram evitados; os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia; destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; é curta, podendo ser rapidamente preenchida; ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana.

Um estudo-piloto realizado com dez pacientes não demonstrou dificuldades de entendimento das questões. Para contornar problemas de baixa escolaridade, as questões foram lidas em voz alta. Esclare-se que a tradução da HAD para o idioma português foi realizada sob autorização de seus autores, por psiquiatra com treinamento no Reino Unido. Duas pessoas leigas, bilíngües, tendo o inglês como língua materna, retraduziram o instrumento para o inglês, chegando-se a um resultado final de consenso.

Escala de Gravidade dos Sintomas

Ao final da CIS-R, a gravidade dos sintomas de ansiedade e de depressão foram avaliados pelo entrevistador, através de duas escalas semelhantes, uma para ansiedade, outra para depressão, com graduação de 0 a 4:

- (0) Ausência de ansiedade [depressão]
- (1) Ansiedade [depressão] “subclínica” leve
- (2) Ansiedade [depressão] leve, clinicamente significativa

(3) Ansiedade [depressão] moderada

(4) Ansiedade [depressão] grave

Análise dos dados

A determinação de ‘casos’ de ansiedade e de depressão efetuou-se sempre que os dois critérios seguintes fossem preenchidos: (a) pontuação igual ou superior a dois na seção “ansiedade” da CIS-R (no caso de depressão, pontuação igual ou superior a quatro nas seções “depressão” + “idéias depressivas”); e (b) pontuação igual ou superior a 2 na Escala de Gravidade dos Sintomas.

A análise de dados foi feita através do “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS)²⁸. O cálculo da correlação entre os itens (r de Spearman, um teste não-paramétrico aplicável a variáveis não-contínuas) e o alfa de Cronbach (para medir a consistência, ou confiabilidade, interna das duas subescalas) seguiram Carmines e Zeller³. Os coeficientes de validação aqui utilizados encontram-se definidos em Clark e McKenzie⁴.

Aspectos éticos

Após a explicação dos objetivos do estudo, era assegurado ao paciente o direito de não-participação, sem que isso alterasse seu tratamento na instituição. Casos de pacientes apresentando transtornos emocionais foram comunicados ao médico assistente, que poderia levar o caso nos grupos de discussão médico-psicológica, que vinham se realizando rotineiramente na enfermagem, ou solicitar interconsulta psiquiátrica.

Resultados

Características Demográficas e Clínicas

A amostra final compreendeu 78 pacientes, 43(55%) de sexo masculino. A idade, variando de 14 a 81 anos, alcançou média de 43,2 (desvio-padrão (DP) = 17,4). As principais características sociodemográficas encontram-se na Tabela 1.

Entre os principais problemas clínicos encontrados nos participantes estão as doenças cardiovasculares/hematológicas (46%), neoplasias (13%) e moléstias infecciosas (10%).

Perfil Sintomatológico

Os sintomas psiquiátricos mais prevalentes (pontuação \geq em cada seção da CIS-R) foram

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes (N = 78) internados em uma enfermaria de clínica médica.

Características	N	%
Gênero		
masculino	43	55
feminino	35	45
Idade (anos)		
14-40	36	46
41-81	42	54
Educação		
analfabeto	16	20
1-4 anos	39	50
5 + anos	23	30
Estado Civil		
solteiro	14	18
casado/co-habitando	50	64
viúvo/separado/divorciado	14	18
Situação Ocupacional		
empregado	29	37
desempregado	29	37
dona-de-casa	20	26

insônia: (49% dos pacientes), preocupações (36%), depressão (28%), ansiedade (27%), idéias depressivas (25%) e irritabilidade (19%). Esses sintomas estavam igualmente presentes entre os grupos de pacientes, divididos quanto a características sociodemográficas e a transtornos físicos.

Trinta e um (39%) pacientes apresentavam transtornos do humor (ansiedade e/ou depressão), clinicamente significativos. Desses, 11 apresentavam depressão e ansiedade conjuntamente, 15 apenas depressão e 5 apenas ansiedade.

Um total de 16 pacientes (20,5%), 9 dos quais de sexo masculino, preencheram os critérios para a definição de "casos" de ansiedade. A Tabela 2 divide esses pacientes de acordo com a gravidade dos sintomas e respectiva pontuação média na subescala de ansiedade da HAD. A maioria (14 pacientes) apresentava grau leve de ansiedade.

Tabela 2 - Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de ansiedade, com respectivas pontuações médias na subescala de ansiedade da "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-A).

Gravidade da ansiedade	Número de casos	Pontuação média na HAD-A
0 - sem sintomas	40	6,2
1 - "subclínico"	22	7,6
2 - leve	14	11,6
3 - moderada	1	9,0
4 - grave	1	13,9
Total	78	7,7

Dentre os 26 (33%) "casos" de depressão, 12 eram do sexo masculino. Dezenove apresentavam quadro sintomatológico de gravidade leve; 7 de gravidade moderada (Tabela 3).

Dentre os 26 pacientes deprimidos, 6 (23%) já haviam procurado assistência médica no passado devido a "nervosismo ou tristeza" e 10 (38%) já haviam tomado psicofármacos.

Escala para Ansiedade e Depressão (HAD)

O preenchimento da escala necessitou de, aproximadamente, 4 minutos. De modo geral os itens foram bem compreendidos, exceção feita à palavra "pânico", entre alguns pacientes com baixa escolaridade. As pontuações médias nas subescalas de ansiedade e depressão foram 7,7 (desvio-padrão = 4,3) e 7,3 (desvio-padrão = 4,8), respectivamente.

Tabela 3 - Número de pacientes por nível de gravidade dos sintomas de depressão, com respectivas pontuações médias na subescala de depressão da "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-D).

Gravidade da depressão	Número de casos	Pontuação média na HAD-D
0 - sem sintomas	39	4,3
1 - "subclínico"	13	6,5
2 - leve	19	11,9
3 - moderada	7	12,4
4 - grave	-	-
Total	78	7,3

A Tabela 4 mostra a correlação existente entre cada item e as pontuações finais nas subescalas de ansiedade e de depressão. Os alfas de Cronbach para essas subescalas foram 0,68 e 0,77, respectivamente. A correlação entre a pontuação na subescala e a gravidade dos sintomas, assinalada pelo entrevistador, foi 0,44 para ansiedade e 0,67 para depressão (r de Spearman, $P < 0,001$).

A Tabela 5 traz os coeficientes de validação, considerando-se 8/9 como ponto de corte para cada subescala. Se este for baixado para 7/8, a sensibilidade e especificidade serão, respectivamente, 93,7 e 54,8 para ansiedade, 84,6 e 86,5, para depressão.

Discussão

Foi encontrada uma prevalência instantânea de 39% de transtornos do humor (20,5% de "casos" de ansiedade e 33% de "casos" de depressão) entre pacientes de uma enfermaria de clínica médica. A HAD, utilizada para avaliar transtornos do humor

Tabela 4 - Correlação (r de Spearman) entre cada item da "Hospital Anxiety and Depression Scale" e a pontuação total nas subescalas de ansiedade (HAD-A) e de depressão (HAD-D).

Item	Correlação com HAD-A	Correlação com HAD-D
Ansiedade		
1. Sentir-se tenso ou contraído	0,56**	0,30 **
3. Medo, algo ruim por acontecer	0,63 **	0,25 **
5. Estar cheio de preocupações	0,61 **	0,43 **
7. Não ficar à vontade e relaxado	0,58 **	0,40 **
9. Frio na barriga, aperto no peito	0,55 **	0,33 *
11. Sentir-se inquieto	0,62 **	0,22
13. Sensação de entrar em pânico	0,53 **	0,33 **
Depressão		
2. Não sentir gosto pelas coisas	0,44 **	0,79 **
4. Não rir e não se divertir mais	0,45 **	0,75 **
6. Não se sentir alegre	0,30 *	0,67 **
8. Estar lento para pensar e agir	0,29 *	0,43 **
10. Sem interesse pela aparência	0,38 **	0,62 **
12. Não se animar com o futuro	0,24	0,61 **
14. Não ter prazer com TV, rádio	0,41 **	0,66 **

* P = 0,01 ** P = 0,001

em situações de comorbidade física, revelou-se pontencialmente útil como instrumento de "screening". Os resultados sugerem que as subescalas de ansiedade e de depressão possuem validades convergentes, não discriminativas.

Algumas limitações metodológicas do presente estudo devem ser explicitadas. Embora os sujeitos participantes fossem, provavelmente, representativos do total de pacientes internados na referida enfermaria, os resultados podem não ser aplicáveis a outros hospitais gerais. O tamanho amostral foi calculado para estimativa de prevalência de transtornos mentais concomitantes a doenças físicas.

A CIS-R não propicia diagnósticos psiquiátricos formais. A definição de "casos" de ansiedade e de depressão baseou-se em critérios operacionais. Essa estratégia, no entanto, não é estranha à pesquisa realizada nessa área¹³.

Os achados confirmam a predominância de transtornos do humor leves, marcados por uma combinação de ansiedade, depressão, preocupações e insônia. Não foi possível precisar com segurança a proporção de pacientes acometidos por transtornos do humor crônicos, diferenciando-os dos casos agudos. Verifica-se, entretanto, que um quarto dos casos detectados já havia procurado médico por causa de "nervosismo ou tristeza", e que aproximadamente 40% utilizaram psicofármacos no passado.

As subescalas da HAD apresentaram índices de consistência freqüentemente encontrados em instrumentos psiquiátricos. Todavia, estão longe do

recomendável para instrumentos de "screening" (0,8, segundo Nunnally¹⁸), bem como do obtido por outros autores que utilizaram a escala^{9,13,16}. O diminuto número de itens em cada subescala e o pequeno número de sujeitos da amostra poderiam ser responsáveis por esse achado. Quando da avaliação da gravidade do transtorno do humor, a HAD correlacionou-se modestamente com o grau de ansiedade, não passando de um nível aceitável no caso de depressão. Esses resultados, entretanto, devem ser vistos com cautela, dado o limitado número de pacientes em cada categoria de gravidade.

Os itens da HAD correlacionaram-se positivamente com a pontuação total nas respectivas subescalas de ansiedade e de depressão. Houve também correlação significativa, embora de menor magnitude, entre a maioria dos itens de cada escala com a alternativa. Essa observação sugere a possibilidade de as escalas possuírem validades convergentes, deixando de discriminar ansiedade de depressão. Esse achado incita pelo menos duas discussões: a independência dos constructos de ansiedade e de depressão e a adequação dos instrumentos que medem esses transtornos.

A distinção entre ansiedade e depressão é muito útil na prática clínica. Pode orientar melhor, por exemplo, o tratamento farmacológico dos sintomas. Sob o ponto de vista teórico, no entanto, é controversa. Ainda não se definiu se seriam transtornos distintos, se distintos em categoria ou em dimensão²⁴. Estudos populacionais em geral demonstram a correlação entre as duas dimensões²⁰. Sabe-se, também, que a correlação entre escalas costuma ser consideravelmente inflacionada, quando calculada a partir de população que represente a gama completa de gravidade²², como o ocorrido no presente estudo.

Instrumentos de avaliação clínica baseados no julgamento do médico costumam diferenciar razoavelmente ansiedade de depressão, uma distinção difícil de se estabelecer com escalas de auto-avaliação. Essas últimas, quando examinadas através de análise fatorial, demonstram pouca discriminação entre sintomas de ansiedade e de depressão^{9,14}.

Tabela 5 - Coeficientes de validação para a "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-A = subescala de ansiedade; HAD-D = subescala de depressão; ponto de corte para ambas subescalas = 8/9).

Coefficientes	HAD-A	HAD-D
Sensibilidade	93,7%	84,6%
Especificidade	72,6%	90,3%
Valor preditivo positivo	48,4%	81,5%
Valor preditivo negativo	97,7%	92,1%
Taxa global de má classificação	25,6%	11,5%

Isso tem levado alguns autores a defender a soma de todos os 14 itens da HAD, produzindo uma medida única de morbidade^{9,25}. Outros têm demonstrado o valor prático de se considerarem as duas subescala^{16,17}. Estudo utilizando análise fatorial, realizado com 568 pacientes com câncer, por exemplo, acusou dois fatores, após rotação oblíqua, que correspondiam às duas subescalas da HAD¹⁶. Como seria de se esperar, ansiedade e depressão não eram totalmente independentes nessa população. Foi encontrada uma correlação de 0,50 entre os dois fatores, após a rotação oblíqua ter sido realizada.

Outros estudos, atualmente em curso, que utilizam a HAD poderão contribuir para clarear algumas das questões metodológicas aqui levantadas. Para o clínico que utiliza a HAD, continua útil o raciocínio que toma ansiedade e depressão como constructos separados. A subescala de depressão da HAD, por exemplo, baseia-se fortemente na anedonia, considerada uma característica preditiva de boa resposta a antidepressivos⁶. A utilização de um instrumento simples como o HAD poderia revelar casos de transtornos do humor que podem passar despercebidos pela equipe assistencial.

Referências Bibliográficas

1. BOTEGA, N. J. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc. Psychiatry Psychiat. Epidemiol.*, **30**: 127-31, 1995.
2. BOTEGA, N. J. & DALGALLARONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo, Hucitec, 1993.
3. CARMINES, E.G. & ZELLER, R. A. *Reliability and validity assessment*. Beverly Hill, Sage, 1979.
4. CLARKE, D. M. & MCKENZIE, D. P. Screening for psychiatric morbidity in the general hospital: methods for comparing the validity of different instruments. *Int.J.Methods Psychiat. Res.*, **1**: 79-87, 1991.
5. GOLDBERG, D.; GOLDBERG, D.P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M.R.; KEDWARD, H.B. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, **24**: 18-23, 1970.
6. KLEIN, D.G. Endogenomorphic depression. *Arch.Gen.Psychiat.*, **31**: 447-54, 1974.
7. KNIGHTS, E. & FOLSTEIN, M. F. Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Ann.Int.Med.*, **87**: 723, 1977.
8. LEWIS, G. & PELOSI, A. J. *Manual of the revised clinical interview schedule*. London, Institute of Psychiatry, 1990.
9. LEWIS, G. Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Soc.Psychiatry Psychiat. Epidemiol.*, **26**: 265-72, 1991.
10. LEWIS, G.; PELOSI, A. J.; ARAYA R.; DUNN, G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol.Med.*, **22**: 465-86, 1992.
11. LLOYD G. *Textbook of general hospital psychiatry*. London, Churchill Livingstone, 1991.
12. MARI, J.J.; BLAY, S. L.; IACOPONII, E. Um estudo de confiabilidade da versão brasileira da Clinical Interview Schedule. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.*, **100**: 77-88, 1986.
13. MAYOU, R. & HAWTON, K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br.J.Psychiat.*, **149**: 172-90, 1986.
14. MENDELS, J.; WEINSTEIN, N.; COCHRANE, C. The relationship between depression and anxiety. *Arch.Gen.Psychiatry.*, **27**: 649-53, 1972.
15. MOFFIC, H. S. & PAYKEL, E.S. Depression in medical in-patients. *Br. J.Psychiat.*, **126**: 346-53, 1975.
16. MOOREY, S.; GREER, S.; WATSON, M.; GORMAN, C.; ROWDEN, L.; TUNMORE, R.; ROBERTSON, B.; BLISS, J. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Br. J. Psychiat.*, **158**: 255-9, 1991.
17. MUMFORD, D.B.; TAREEN, I.A. K.; BAJWA, M.A.Z.; BHATTI, M.R.; KARIN, R. The translation and evaluation of an Urdu version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat. Scand.*, **83**: 81-5, 1991.
18. NUNNALLY, J.C. *Psychometric theory*. New York, McGraw Hill, 1978.
19. QUERIDO, A. An investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment. *Br.J.Prev.Soc. Med.*, **13**: 33-49, 1959.
20. ROSE, G. & BARKER, D. J. P. What is a case? Dichotomy or continuum? *Br.Med.J.*, **2**: 873-4, 1978.
21. SARAVAY, S. M.; STEINBERG, M. D.; WEINSCHEL, B. POLLACK, S.; ALOVIS, N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am.J.Psychiatry*, **148**: 324-9, 1991.
22. SNAITH, R. P. & TAYLOR, C. M. Rating scales for depression and anxiety; a current perspective. *Br.J.Clin.Pharmac.*, **19**: 17S-20S, 1985.
23. SPSS Inc. *SPSS/PC+ 4.0 Base Manual*. Chicago, 1990.
24. STAVRAKAKI, C. & VARGO, B. The relationship of anxiety and depression. A review of the literature. *Br.J.Psychiatry*, **149**: 7-16, 1986.
25. WILKINSON, M. J. B. & BARCZAK, P. Psychiatric screening in general practice: comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety Depression Scale. *J.R.Col. Gen.Pract.*, **38**: 311-3, 1988.
26. WILLIAMS, P.; TARNOPOLSKY, A.; HAND, D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychol.Med.*, **13**: 907-21, 1980.
27. ZIGMOND, A. S. & SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat. Scand.*, **67**: 361-70, 1983.

Abstract

The revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) and the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale were used to estimate the prevalence of mood disorders among 78 consecutive admissions to a general medical ward in a university general hospital in Brazil (43 males and 35 females; mean age = 43.2yr). Interviewers also completed a 5-point symptom severity scales for anxiety and depression. The definition of cases of anxiety [and depression] was based on two criteria: a. score ≥ 2 on the CIS-R section of anxiety [≥ 4 on the CIS-R sections of depression and depressive ideas]; and b. score ≥ 2 on the clinical severity scale for anxiety [score ≥ 2 on the clinical severity scale for depression]. A 39% prevalence rate of affective disorders was found. Sixteen (20.5%) patients met criteria for anxiety, most of the disorders being of mild severity. Twenty-six patients (33%) were depressed, 7 of them in a moderate degree. The HAD was easily understood by the patients. Anxiety and depression subscales had internal consistency of 0.68 and 0.77, respectively. At a cut-off point of 8/9 sensibility and specificity were 93.7% and 72.6% for anxiety, and 84.6% and 90.3% for depression. HAD items correlated positively with the respective subscales. To a lesser degree, they also correlated with the alternative subscale. Our findings confirm the high prevalence of mood disorders among medical in-patients. In clinical practice, the HAD may have a useful role in detecting those patients requiring further psychological care.

Depression, epidemiology. Anxiety, epidemiology. Mental status schedule. In-patients.

ANEXO

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD)

d
o
b
r
a
r

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD*

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A Eu me sinto tenso ou contraído:
3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca
-
- D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada
- A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso
-
- D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais
- A Estou com a cabeça cheia de preocupações:
3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente
- D Eu me sinto alegre:
3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo
-
- A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca
- D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca
- A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

- D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

- A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

- D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

- A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

- D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

- A — D —