



---

## ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO PARA UMA AMOSTRA NÃO CLÍNICA<sup>1</sup>

---

Sheyla Christine Santos Fernandes<sup>2</sup>  
Vagner Herculano de Souza<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivo investigar a aplicação da *Hospital Anxiety and Depression Scale* em uma amostra não clínica, além de analisar as relações existentes entre as variáveis ansiedade e depressão e os dados sócio-demográficos sexo e idade. Participaram deste estudo 252 estudantes universitários do curso de psicologia da cidade de Aracaju - Se, sendo a maioria do sexo feminino (79%), com média de idade de 25,63 (amplitude de 17 a 56 anos). Destes 81,6% eram solteiros, 13,6% casados e 4,8% em outras situações. Os estudantes foram solicitados a responder a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Zigmond e Snaith (1983). Os resultados discutem a HAD como um importante instrumento de análise da ansiedade e depressão e as relações destes construtos com as variáveis sócio-demográficas.

**Palavras-chave:** ansiedade, depressão, dados sócio-demográficos e validação.

### ANALYSIS OF ANXIETY AND DEPRESSION SCALE ON A SAMPLE NO-CLINICAL

**ABSTRACT:** The aim of this work was to investigate the application of Hospital Anxiety and Depression Scale to a non clinical sample and to analyze the relations between the variables anxiety and depression and the gender and the age. Participated on this study 252 undergraduate students of psychology course from Aracaju – Se, the major female (79%), the age middle of 25,63 (amplitude 17 to 56). 81,6% were single, 13,6% marriage and 4,8% others. The students asked the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) de Zigmond e Snaith (1983). The results discuss the HAD like a important instrument of anxiety and depression analyzes and the relations to others variables.

**Key words:** anxiety, depression, socio-demographic data and validation.

---

<sup>1</sup> Agradecemos à Faculdade Pio Décimo, instituição que financiou e viabilizou esta pesquisa. Agradecemos à formação original do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social (anos 2004 e 2005) por contribuir com o desenvolvimento deste trabalho.

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia Social/Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA; Professora da Universidade Federal de Alagoas. **E-mail:** sheylacsfernandes@msn.com).

<sup>3</sup> Mestre em Ciências da Saúde/ Especialista em Fisiologia do Esforço; Professor da FaSe – Faculdade de Sergipe/Pesquisador colaborador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social-GEPPS.



## INTRODUÇÃO

Dados alarmantes apontam que os transtornos de humor cada vez mais se fazem presentes em nossa sociedade, sendo atualmente reportados a problemáticas que se encontram no *hall* dos problemas de saúde pública (LOPEZ e MURRAY, 1998) em virtude da alta incidência, do sofrimento que causa e dos grandes gastos deles decorrentes.

A ansiedade, um dos transtornos de humor dos mais comuns, é alvo de diversos estudos (PICON et al., 2005; ASBAHR, 2004; WITTCHEN, 2002), aparecendo associada a uma série de outras variáveis: obesidade (WITTCHEN, 2002), gravidez (FREITAS e BOTEGA, 2002); depressão (SAVOIA, 2003); senso de auto-eficácia e auto-estima (BANDEIRA et al., 2005); estresse (MARGIS, 2003), dentre muitas outras, indicando que fatores de ordem bio-psico-social são responsáveis isolada ou simultaneamente por desencadear quadros de ansiedade.

De forma semelhante, a depressão aparece inter-relacionada a diversos fatores, alguns de ordem exógena (psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, dentre outros), outros de ordem endógena (experiências traumáticas, perdas, ameaça à auto-estima, redução da auto-confiança, experiências de fracasso) (MACKINNON e MICHELS, 1992)

A complexidade com que se organizam e se combinam os sintomas do conjunto ansiedade e depressão acarreta um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida produtiva e social do indivíduo, podendo atingir pessoas em qualquer fase da vida e de qualquer nível sócio-econômico, intelectual e cultural (COUTINHO et al., 2003). Neste sentido, uma série de estudos têm se dedicado a construção, validação e adaptação de instrumentos de análise e mensuração da ansiedade e depressão com a finalidade de investigar a incidência e prevalência destas

variáveis (LA ROSA, 1998; ZIGMOND e SNAITH, 1998; BOTEGA et al., 1998). Estes esforços se fazem demasiadamente importantes, uma vez que é a partir do domínio de um fenômeno e de seus fatores correlatos que se pode tanto prever como controlar.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que os instrumentos que avaliam ansiedade e depressão na maioria das vezes recebem uma série de críticas (BOTEGA et al., 1998; REZENDE et al., 2005), sendo a mais comum referente a indagação sobre a dicotomia ou unicidade dos construtos ansiedade e depressão (GORESTEIN e ANDRADE, 1998), além de que a maior parte deles estão adaptados para amostras clínicas. Desta forma, o presente estudo tem como finalidade analisar a adequação de uma escala de ansiedade e depressão para uma amostra não clínica e analisar as relações existentes entre variáveis sócio-demográficas e os níveis de ansiedade e depressão.

## MÉTODO

Participaram deste estudo 252 estudantes universitários do curso de psicologia da cidade de Aracaju - Se, sendo a maioria do sexo feminino (79%), com média de idade de 25,63 (amplitude de 17 a 56 anos). Destes 81,6% eram solteiros, 13,6% casados e 4,8% em outras situações. Os estudantes foram solicitados a responder a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Zigmond & Snaith (1983), composta de 14 itens, sete referentes à ansiedade (“Sinto-me tenso ou contraído”) e sete referentes à depressão (“Não me sinto motivado”). Este instrumento foi inicialmente elaborado para investigar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes não psiquiátricos de um hospital geral. No Brasil foi traduzido e validado por Botega et al. (1995). Uma análise semântica do conteúdo dos itens realizada por sete pesquisadores mostrou que a escala apresenta uma



configuração bastante simples podendo ser aplicada em estudos clínicos e não clínicos, assim como não necessariamente a pacientes hospitalizados, neste sentido, a escala foi adaptada para a amostra em questão no que se refere aos intervalos de resposta. A escala original apresenta uma pontuação de respostas intervalar, variando de 0 a 3 em função da aparição, magnitude e prevalência dos sintomas, esta configuração foi modificada para respostas variando de 1 a 4, sendo 1 o valor correspondente a “nunca ter se sentido assim” e 4 o valor correspondente a “sempre ter se sentido desta maneira”. Um pré-teste mostrou que esta adaptação apresenta forte associação semântica com o modelo padrão. Os questionários foram auto-aplicados na situação de sala de aula, respeitando a prévia tramitação com os professores responsáveis pela turma no momento da coleta de dados e a volição dos alunos em participar da pesquisa. Os alunos receberam o termo de consentimento livre e esclarecido e após sua leitura e aceite preencheram o questionário.

## RESULTADOS

Para analisar a escala de HAD, primeiramente, foi realizada uma análise fatorial dos componentes principais, com rotação *Vrimax*. Este procedimento permite expressar um número elevado de variáveis (itens da escala) em um pequeno número de indicadores (fatores ou dimensões) (DANCEY e REIDY, 2006). Os resultados apresentaram uma solução fatorial composta por dois fatores, um referente à ansiedade (Alfa de Cronbach = 0,58) e um referente à depressão (Alfa de Cronbach = 0,55) (ver Tabela I).

Como pode ser observado, esta configuração se deu de forma extremamente complexa, estando alguns itens de ansiedade misturados ao fator de depressão e vice-versa. Este dado nos indica que ambos os construtos são altamente associados, sendo bastante pertinente apreciar de forma cuidadosa a configuração que os entende como fatores

distintos, tal como aparece configurado na Tabela I. Além disto, dois outros argumentos podem ser levantados para explicar esta suposição: (1) a análise de confiabilidade interna (Alfas de Cronbach) dos fatores se mostrou insatisfatória. Este tipo de análise (Alfa de Cronbach) reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador de aceitabilidade da validade do teste (PASQUALI, 2003) e, neste sentido, indica que esta formatação não pode ser considerada adequada; (2) o agrupamento dos fatores não se deu teórica e empiricamente ajustado, pois observe-se, como mencionado anteriormente, que três itens referentes à depressão (2, 6, 4) se agruparam no fator de ansiedade, assim como, dois itens de ansiedade (3, 9) se agruparam no fator de depressão, além do que cinco itens saturaram em ambos os fatores.

Refletindo acerca da alta proximidade entre os fatores de ansiedade e depressão, foi realizada uma análise de correlação de *Pearson*, com o objetivo de verificar as relações existentes entre os fatores de ansiedade e depressão (DANCEY e REIDY, 2006). Este procedimento nos permitiu constatar que os fatores de ansiedade e depressão são significativamente correlacionados ( $r = ,357$ ;  $P > 0,01$ ), isto sugere que uma concepção bastante viável pode ser compreender a ansiedade e depressão como um construto unidimensional e não como duas variáveis distintas.

Dando seqüência às análises, resolvemos analisar a consistência interna da solução fatorial proposta pelos autores do instrumento em questão (ZIGMOND e SNAITH, 1983), e realizamos uma análise dos Alfas de Cronbach dos fatores de ansiedade e depressão tal como os autores estabelecem: dicotomização dos 7 itens de ansiedade e dos 7 itens de depressão. Os indicadores Alfa de Cronbach apresentaram resultados razoáveis (Quadro I).

Embora não tenha sido possível atingir empiricamente a solução apresentada por Zigmond e Snaith (1983), teoricamente é



a mais adequada, além de apresentar uma confiabilidade interna satisfatória quando compara a solução apresentada na Tabela I. Deste modo, esta será a solução seguida nas análises posteriores.

No sentido de analisar as relações entre as variáveis sócio-demográficas e os indicadores de ansiedade e depressão, foi realizada uma análise de correlação de *Spearman* entre o gênero, a idade e as variáveis ansiedade e depressão. A análise de correlação de *Spearman* segue os mesmos princípios da análise de correlação de *Pearson*, entretanto sua especificidade está para dados categóricos, enquanto que esta última está para dados intervalares (DANDEY e REIDY, 2006). Para efetivar esta análise, foi necessário criar indicadores das variáveis ansiedade e depressão. Os itens referentes à ansiedade e depressão foram somados separadamente. Os resultados demonstraram correlações apenas entre a variável sexo e a variável depressão (Tabela II).

Dentre os itens / sintomas de ansiedade e depressão utilizados na escala, foram criados indicadores referentes ao somatório dos itens de ansiedade e depressão com o objetivo de investigar a incidência de ambos os fatores em relação ao sexo. Desta forma, três categorias foram desenvolvidas para analisar os fatores: (1) baixa ansiedade/depressão (pontuação variando de 7 a 14), (2) moderada ansiedade/depressão (pontuação variando de 15 a 22) e (3) alta ansiedade/depressão (pontuação acima de 22) (Tabela III).

Pode-se perceber que a maior parte dos participantes se enquadram nas categorias de baixa a moderada ansiedade/depressão. Considerando a associação entre sexo e ansiedade, mesmo não se verificando uma correlação significativa entre essas variáveis, pode-se observar uma tendência à diferenciação entre a magnitude de ansiedade apresentada pelos homens e pelas mulheres, estando o grupo masculino distribuído nos escores mais baixos de ansiedade (49% dos

homens e 38% das mulheres apresentaram baixa ansiedade; 51% dos homens e 58% das mulheres apresentaram ansiedade moderada e 0% dos homens e 2,6% das mulheres apresentaram alta ansiedade). No que se refere à depressão, verificou-se que mesmo não havendo casos de alta depressão para ambos os sexos, o somatório dos sintomas é crescente para o sexo masculino, pois enquanto que 80,5% das mulheres apresentam baixa depressão, 62% dos homens se distribuíram nesta categoria; quanto a moderada depressão, um total de 19% de mulheres se enquadraram neste indicador, enquanto que 38% dos homens se enquadraram dentro deste índice, lembrando que para o indicador de depressão foram encontradas correlações significativas entre o sexo e esta variável.

Mesmo não havendo correlações significativas entre os indicadores de ansiedade e depressão e a idade, a Tabela IV mostra que há uma tendência de diferenciação entre os grupos na intensidade de ambas as variáveis. Para analisar tais dimensões dois agrupamentos de idades foram criados: de 17 a 36 anos (jovens adultos) e de 37 a 56 anos (adultos maduros).

Como pode ser apreciado na Tabela IV, a maior parte dos participantes se enquadraram nas categorias de baixa a moderada ansiedade e depressão. Em contrapartida, pode-se encontrar que as pessoas mais jovens possuem uma crescente magnitude nos níveis de ansiedade (39,5% dos mais jovens apresentaram baixa ansiedade e 45,9% dos adultos maduros apresentaram este escore; 58,1% dos jovens adultos apresentaram moderada ansiedade e 54,1% dos adultos maduros se enquadraram neste indicador; 2,4% dos jovens adultos apresentaram alta ansiedade e 0% dos adultos maduros apresentaram este indicador). Em se tratando do indicador de depressão, pode-se verificar que há um aumento dos escores de depressão com o aumento da idade. Os mais jovens apresentam baixa depressão em 77% dos casos, enquanto que os mais velhos



apresentam baixa depressão em 67,6% dos casos; já a moderada depressão é apresentada por 22,4% dos casos dos jovens adultos e 32,4% dos adultos maduros. O indicador de alta depressão não foi pontuado por nenhum dos grupos de idade.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos analisar a escala de ansiedade e depressão (HAD) de Zigmond e Snaith (1983) em uma amostra não clínica, assim como investigar as relações existentes entre a ansiedade e depressão e os fatores sócio-demográficos sexo e idade. Desta forma, 252 estudantes universitários de psicologia responderam à escala HAD e a um conjunto de questões sócio-demográficas. Algumas adaptações foram realizadas no instrumento no que concerne à escala de respostas. Ao invés de utilizar uma escala intervalar de 0 a 3 em função da aparição, magnitude e prevalência dos sintomas, foi utilizada uma escala intervalar de 4 pontos, sendo 1 - nunca me sinto assim e 4 - sempre me sinto assim. Um pré-teste mostrou que esta adaptação apresenta forte associação semântica com o modelo padrão.

Para avaliar a escala da HAD foi realizada uma análise fatorial dos componentes principais (rotação *Varimax*) além da análise dos índices de confiabilidade interna. Os resultados iniciais apontaram uma configuração complexa e não adequada estatisticamente. A escala de HAD é um instrumento amplamente testado que em algumas de suas aplicações vem apresentando em seus escores psicométricos algumas limitações. Uma primeira limitação que podemos destacar é uma mistura existente entre os fatores de ansiedade e depressão, o que nos sugere que essas variáveis são estreitamente associadas ao ponto de terem seus indicadores confundidos entre os fatores que se esperava separados. Fazendo as análises pertinentes para avaliar a configuração encontrada pode-se obter

índices psicométricos não satisfatórios. Estes dados nos levaram a apreciar tal resultado como não adequado teórica e empiricamente. Contudo, estas limitações não nos permitem classificar a escala de HAD como um instrumento impróprio para medir o que se propões, pelo contrário, a simplicidade de seus itens e o tamanho econômico da escala apontam para um instrumento que merece atenção pormenorizada, devendo ser testado com grande acurácia e, quando necessário, adaptado às diferentes condições para seu uso, pois se trata de um modelo muito claro e parcimonioso, útil para estudos de diversas ordens no que concerne a análise da ansiedade e depressão.

As especificidades da amostra deste estudo podem ter gerado as inconsistências encontradas no instrumento, assim como é apontado por outros estudos que o número diminuto de itens das subescalas de ansiedade e depressão pode ser um fator que proporciona certa dificuldade na análise do instrumento (BOTEGA et al., 1995). Defendemos que justamente o diminuto número de itens deve ser um dos indicadores de qualificação dos instrumentos psicológicos de medida. Instrumentos demasiadamente longos possuem uma série de inadequações, a começar pela fadiga que gera nos respondentes fazendo com que em muitos dos casos os participantes o preencham ao acaso.

Outros estudos que utilizam a HAD apontam para resultados psicométricos semelhantes. A escala de HAD aparece como um instrumento importante para analisar os níveis de ansiedade e depressão (BOTEGA ET AL., 1998; MENDES et al., 2004), os dados aqui discutidos apontam que esta escala apresenta dificuldades que podem ser remetidas também a auto-aplicação, assim como a auto-aplicação em amostras não clínicas, pois a auto-aplicação está associada a não qualificação profissional muito útil na distinção dos sintomas. Desta forma, os resultados obtidos neste estudo devem ser apreciados com grande cautela, tendo em



vista que se trata de um estudo realizado com estudantes universitários e para se ter maior controle da afirmação ora proferida, demais estudos precisam ser realizados no sentido de ampliar e diversificar a amostra.

Pode-se constatar também a grande dificuldade existente na dicotomização dos construtos ansiedade e depressão, haja vista a estruturação complexa encontrada através da análise fatorial e do indicador que comprova uma correlação significativa entre ambos. Este fato dificulta as análises e principalmente o diagnóstico em função dos sintomas. Ter a noção clara da distinção entre transtornos de humor é muito importante na prática clínica, pois dependerá inteiramente do diagnóstico todo o procedimento de tratamento.

Considerando o apanhado teórico acerca desta problemática, verifica-se que, com efeito, existe uma discussão sobre a dicotomia ou unicidade do conjunto ansiedade e depressão (COUTINHO et al., 2003; BOTEGA, et al., 1998). Alguns estudos apontam para as fortes correlações existentes entre ambos os construtos, indicando que ansiedade e depressão podem ser entendidas como uma escala gradual contínua e não como pólos dispostos em dimensões diferentes e opostas (GORESTEIN e ANDRADE, 1998).

Para investigar as relações existentes entre os fatores sócio-demográficos e a ansiedade e depressão, foi realizada uma análise de correlação de *Spearman* entre as variáveis sexo, idade e as variáveis ansiedade e depressão. Os resultados mostraram que apenas existe associação entre o sexo e o indicador de depressão, sendo os homens os que apresentaram os maiores escores. Este resultado não coincide com os resultados encontrados por outros estudos. Tanto a ansiedade como a depressão são frequentemente associadas ao gênero feminino, assim como a depressão é predominante na faixa etária de 40 anos e a ansiedade acontece com constância maior no final da adolescência e início da vida adulta

(MENDES et al., 2004; GAZALLE et al., 2004). Entretanto, o indicador de ansiedade não apareceu relacionado a nenhum desses fatores e o indicador de depressão esteve associado apenas ao gênero, não mostrando qualquer ligação com a idade. Cabe salientar que embora não tenhamos encontrado correlações significativas entre as variáveis mencionadas, encontramos uma tendência do grupo de mulheres e do grupo de adultos maduros (faixa etária entre 17 e 36 anos) a uma maior magnitude de depressão, assim como uma tendência dos jovens adultos e do grupo masculino a maiores escores de ansiedade. Pode-se sugerir que estes resultados se devem às inconsistências observadas na escala para esta amostra, ou mesmo aos artefatos metodológicos desenvolvidos neste estudo. Considere-se também que em nenhum caso foi observada a depressão de alto nível, bem como em quase todos os casos também não foi encontrada a ansiedade de alto nível. Se pudermos inferir que a ansiedade e depressão dos níveis baixa e moderada são caracterizadas pela ausência de maior parte dos sintomas e, portanto, está enquadrada nos padrões de normalidade, os resultados ora obtidos que apresentam correlação entre o sexo e a depressão devem também ser avaliados com grande cautela. Fica, portanto, o indicativo da necessidade da realização de estudos mais amplos e diversificados utilizando a escala de HAD em amostras não clínicas para a obtenção de conclusões mais precisas e acuradas, tendo em vista sobretudo os crescentes índices destas problemáticas no mundo moderno e sua estreita relação com a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J. Pediatr*, 80, v. 2, 2004.
- BANDEIRA, M., QUAGLIA, M.A.C., BACHETTI, L.S., FERREIRA, T.L., SOUZA, G.G. Comportamento assertivo e



- sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estud. Psicol.*, 22, v. 2, 2005.
- BOTEGA, N. J., BIO, M. R., ZOMIGNANI, M. A., JUNIOR, S. G., PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, 29, v. 5, 1995.
- BOTEGA, N. J., PONDE, M. P. M., PLEDSON, L. M. G., GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. *J. bras. psiquiatr.*, 47, v. 6, 285-289, 1998.
- COUTINHO, M. P. L., GONTIÈS, B., ARAÚJO, L. F., SÁ, R. C. N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *PsicoUSF*, 8, v. 2, 2003.
- DANCEY, C. P., REIDY, J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para windows*. 3º. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FREITAS, G.V.S., BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48, v. 3, 2002.
- GAZALLE, F. K., LIMA, M. S., TAVARES, B. F., HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 38, 365-371, 2004.
- GORESTEIN, C., ANDRADE, H. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, 25, v. 2, 45-50, 1998.
- LA ROSA, J. Ansiedade, sexo, nível socioeconômico e ordem de nascimento. *Rev. Psicologia. Reflexão e Crítica*, 1, v. 1, 1998.
- LOPEZ, A. D., MURRAY, C. C. The global burden of disease. *Nat Med.*, 4, 1998.
- MACKINNON, R. A., MICHELS, R. A. *Entrevista Psiquiátrica na prática diária*. Tradução de Souza, H. M. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
- MARGIS, R., PICON, P., COSNER, A.F., SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiq. Rio G Sul*, 25, 2003.
- MENDES, M. F., BALSIMELLI, S., STANGEHAUS, G., TILBERY, C. P. Validação de escala de determinação funcional da qualidade de vida na esclerose múltipla para a língua portuguesa. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 62, v. 1, 108-113, 2004.
- PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- PICON, P. P., GAUER J. C., HIRAKATA, V. N., HAGGSTRÄM, L. M., BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 27, v. 2. 2005.
- REZENDE, V. L., DERCHAIN, S. M., BOTEGA, N. J., LANDULFO, D. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. *Rev. Bras. Canc.*, 51, v. 1, 79-87, 2005.
- SAVOIA, M. G. Transtorno de ansiedade social como fator de risco para depressão. *Rev. psiquiatr. clín.*, 30, v. 3, 2003.
- STEINER, M., ALLGULANDER, C., RAVINDRAN, A., KOSAR, H., BURT, T., AUSTIN, C. Gender differences in clinical presentation and response to sertraline treatment of generalized anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol*, 20, v. 1, 3-13, 2005.
- WITTCHEN, H. U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*, 16, v. 4, 2002.
- ZIGMOND, A., SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370, 1983.



**TABELAS E QUADROS**

Tabela I: Análise dos componentes principais da escala de ansiedade e depressão com dois fatores (KMO=0,766; X<sup>2</sup>= 610,617)

Itens	Ansiedade	Depressão
5-Estou com a cabeça cheia de preocupações-A	,642	
1-Sinto-me tenso ou contraído-A	,642	
2-Sinto-me motivado-D	,632	
6-Sinto-me alegre-D	,625	
7-Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado-A	,609	
11-Sinto-me inquieto-A	,529	,325
13-Tenho a sensação de entrar em pânico-A	,513	,424
4-Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas-D	,406	
14-Não tenho prazer com tv, músicas-D		,676
12-Não me animo com o futuro-D		,606
10-Não me interessa pela minha aparência-D		,568
3-Sinto uma espécie de medo, como se algo ruim fosse acontecer-A	,360	,463
9-Sinto frio na barriga, aperto no peito-A	,357	,409
8-Sinto-me lento para pensar e agir-D	,312	,383
Alfas de Cronbach	,58	,55
Variância Explicada (Total=36,308)	22,103	14,205
Eigenvalue	3,094	1,989

Nota: As letras “A” e “D” são referentes à classificação preconizada pelos autores Zigmond e Snaith (1983) acerca dos itens de ansiedade e depressão, respectivamente.

Quadro I: Alfas de Cronbach da estrutura da escala de ansiedade e depressão proposta por Zigmond e Snaith (1983)

Ansiedade (itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)	Alfa de Cronbach = ,73
Depressão (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)	Alfa de Cronbach = ,60

Tabela II: Análise de correlação de *Spearman* entre sexo, idade, ansiedade e depressão

	Sexo	Idade
<b>Ansiedade</b>	,049 N. Sig.	-,055 N. Sig.
<b>Depressão</b>	-,128 <b>Sig.&lt;0,05</b>	,054 N. Sig.





Tabela III: Categorias da magnitude da ansiedade e depressão em relação ao sexo

<b>Ansiedade</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Baixa	49%	38,5%
Moderada	51%	58,9%
Alta	0%	2,6%
<b>Depressão</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Baixa	62%	80,5%
Moderada	38%	19,5%
Alta	0%	0%

Tabela IV: Categorias de magnitude da ansiedade em relação ao sexo

<b>Ansiedade</b>	<b>17-36</b>	<b>37-56</b>
Baixa	39,5%	45,9%
Moderada	58,1%	54,1%
Alta	2,4%	0%
<b>Depressão</b>	<b>17-36</b>	<b>37-56</b>
Baixa	77,6%	67,6%
Moderada	22,4%	32,4%
Alta	0%	0%