



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Universitário Santo Agostinho

revista fsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 17, n. 4, art. 9, p. 146-158, abr. 2020

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2020.17.4.9>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Zeitschriftendatenbank



Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Pacientes com Deficiência Física e em Reabilitação

Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Physical Disability and Rehabilitation

Maria Andréia da Nóbrega Marques

Doutora e Pós-Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco
Professora Adjunta da Universidade Estadual do Piauí e do Centro Universitário Santo Agostinho
E-mail: mandreiamarques@yahoo.com.br

Danielle Carvalho Ferreira

Mestrado em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí
Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí
Psicóloga do Centro Integrado de Reabilitação
E-mail: danielle.ferreira@ceir.org.br

Endereço: Maria Andréia da Nóbrega Marques
Universidade Estadual do Piauí - R. João Cabra, 2231,
Matinha, CEP: 64002-150, Teresina/PI, Brasil.

Endereço: Danielle Carvalho Ferreira
Av. Higino Cunha, 1515 - Ilhotas, CEP: 64014-220,
Teresina/PI, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 05/01/2020. Última versão recebida em 23/01/2020. Aprovado em 24/01/2020.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

A deficiência física é um impedimento relacionado à mobilidade. Há uma variedade de alterações que se apresentam e envolvem, de maneira muito específica, cada pessoa com deficiência física em reabilitação. Foi realizado um estudo transversal e descritivo com o objetivo de identificar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com deficiência e em reabilitação física. Foi desenvolvido em uma amostra de 15 pacientes com deficiência física e em reabilitação atendidos em uma instituição de Saúde de Teresina-PI. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário de dados pessoais e clínicos e o instrumento *Depression, Anxiety and Stress Scale*, versão curta de 21 itens (DASS-21). Os dados coletados foram organizados e tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, e utilizada a estatística descritiva. Foram considerados relevantes os sintomas identificados em mais de 50% dos avaliados. O objetivo proposto foi alcançado e poucos sintomas foram considerados com índices relevantes na amostra: dois sintomas de estresse e um sintoma de ansiedade. Não foram identificados na amostra sintoma de depressão com índice considerado relevante. Alterações se apresentam e envolvem de maneira muito específica cada pessoa com deficiência em reabilitação.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência. Depressão. Ansiedade. Estresse.

ABSTRACT

The physical disability relates itself to an impediment about to the movability. There is a variety of alterations that present and involve in a very specific manner each person with physical disability in the rehabilitation process. It was performed an transversal and descriptive study aiming to identify the symptoms of depression, anxiety and stress patients in the physical rehab. It was developed with an sample of 15 physical disability patients in physical rehab process at a Health institution in Teresina, Piauí. For the data collecting it was used an questionnaire of personal and clinical data and the instrument *Depression, Anxiety and Stress Scale*, short version of 21 items (DASS-21). The collected data were organized and tabulated in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 16.0, and descriptive statistics had been used. It were considered relevant the identified symptoms in more than 50% of the interviewed. The proposed objective was reached and few symptoms were considered with relevant indeces in the sample: two stress symptoms and na anxiety symptom. Depression symptoms with relative relevant indices were not identified. Alterations present and involve themselves in a much specific way to each person with physical disability in physical rehabilitation.

KEYWORDS: Disability. Depression. Anxiety. Stress.

1 INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência têm impedimentos, de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual e/ou sensorial. A deficiência física é um impedimento relacionado à mobilidade. De acordo com o último censo demográfico realizado no Brasil em 2010, cerca de 45 milhões de pessoas, 23,9% da população brasileira refere algum tipo de deficiência, e mais de 13 milhões de pessoas apresentam deficiência motora, o que corresponde a 6,95% da população do país (IBGE, 2010).

Esses dados denotam que é grande o número de pessoas que precisam ser reabilitadas. Reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um processo que tem por objetivo a capacitação e o alcance do máximo potencial de habilidades e de funcionamento social da pessoa com deficiência, instrumentalizando-a para a obtenção de independência e autodeterminação (WHO, 2019). Nesse contexto de reabilitação, o modelo biopsicossocial é afirmado progressivamente, com visão integral do paciente e da sua reabilitação, o que inclui as dimensões física, psicológica e social, colocando a necessidade de que os profissionais de saúde compreendam também os sistemas de crenças pessoais e culturais de cada paciente (DIAS; ARAUJO, 2015).

Nessa direção, a orientação do Ministério da Saúde, no que se refere à avaliação das pessoas com deficiência física e em reabilitação, é que sejam conhecidas suas condições clínicas, anatomofisiológicas e funcionais, considerando o grau de incapacidades, bem como as habilidades remanescentes ou preservadas. Também assevera ser fundamental, além da avaliação das questões físicas da deficiência, que sejam incluídas a função cognitiva e o estado mental (BRASIL, 2013).

De acordo com Fernandes (2015), há uma variedade de alterações que se apresentam e envolvem de maneira muito específica cada pessoa com deficiência física. Assim, deve-se levar em consideração aspectos como a idade do paciente, as características pré-mórbidas, a dinâmica emocional, o grau de escolaridade, o rendimento acadêmico, a profissão, os fatores socioeconômicos, a extensão e a localização da lesão. As consequências são individualizadas e interferem significativamente na vida dos pacientes e de seus familiares.

Em se tratando de reabilitação, existem questões importantes sobre os pacientes que devem ser de conhecimento da equipe, dentre essas, incluem-se as reações do paciente ao longo do tratamento. Reações emocionais são respostas esperadas em uma situação de doença e deficiência, e sua expressão representa uma forma de lidar com os sentimentos de

insegurança e de vulnerabilidade desencadeados por essas situações (SOUZA, 2015). O conhecimento das reações emocionais servirá, prioritariamente, de avaliação de base e de acompanhamento da evolução dos pacientes acompanhados por profissionais de Psicologia na equipe de reabilitação.

Nesse sentido, realizou-se um estudo transversal e descritivo com o objetivo de identificar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com deficiência física e em reabilitação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em muitos casos, as alterações cognitivas e de comportamento causam impacto muito maior do que as alterações motoras ou físicas em pacientes com deficiência física. As funções neuropsicológicas e neuropsiquiátricas que mais comumente podem estar afetadas nesses pacientes em processo de reabilitação são: alterações na capacidade atencional e de concentração, distúrbios de memória, raciocínio, compreensão, resolução de problemas, capacidade de abstração, linguagem, autocrítica, flexibilidade do pensamento, entre outras. Transtornos emocionais e do comportamento, como depressão, apatia, falta de iniciativa, comportamento agressivo, irritabilidade acentuada, baixa tolerância à frustração, impulsividade, desinibição e labilidade emocional também são frequentes nesses casos (FERNANDES, 2015).

Dessa forma, pacientes que possuem alguma deficiência física apresentam uma série de condições que os tornam mais suscetíveis a quadros psicopatológicos. Estudos realizados entre pacientes com sintomas psiquiátricos, demonstraram que em 14% dos casos a patologia física estava diretamente implicada na etiologia dos sintomas psiquiátricos. Nessa perspectiva, as alterações de comportamento, cognitivas e afetivas são classificadas como transtornos psiquiátricos orgânicos. A expressão “orgânico”, nesse caso, é utilizada tanto para descrever alterações características envolvendo a cognição e o humor, quanto no sentido etiológico, envolvendo doença cerebral ou alteração metabólica (FERNANDES, 2015).

Nesse contexto de deficiências físicas e relacionado à alteração de humor, Fróes *et al.* (2011) realizaram estudo com 64 adultos, vítimas de acidente vascular cerebral, admitidos para programa de reabilitação, na cidade de Fortaleza, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes e identificar os fatores associados à qualidade de vida. Dentre os resultados do estudo, a partir da utilização do Inventário de Depressão de

Beck (BDI), identificaram 22 pacientes com sintomas depressivos, 21,8% com sintomas leves a moderados, 12,7% com sintomas moderados a graves e 5,5% com sintomas graves.

Em relação aos pacientes com deficiência física devido à lesão medular, Shin *et al.* (2012) comentam que, dentre os problemas psicológicos, o transtorno depressivo é um dos mais comuns em pessoas com essa deficiência, e a gravidade varia de depressão menor para transtornos de ajustamento e episódios depressivos maiores. Os autores explicam que o tipo, a duração, a abrangência dos sintomas e o efeito sobre as funções são variáveis. Alertam que níveis de depressão subclínica foram encontrados e têm demonstrado grande impacto na saúde, principalmente na realização de atividades da vida diária e nas relações com pessoas sem deficiência.

Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo em razão de outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (APA, 2014).

Segundo o DSM-5, o transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos e, para que uma pessoa seja diagnosticada com essa condição, deve apresentar mudanças em relação ao funcionamento anterior, características de humor deprimido e perda de interesse ou prazer, bem como apresentar cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o período mínimo de duas semanas: humor deprimido; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; e pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Tais sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e o episódio não pode ser

atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica para que o indivíduo seja diagnosticado com essa patologia (APA, 2014).

A avaliação dos sintomas de um episódio depressivo maior é especialmente difícil quando eles ocorrem em um indivíduo que também apresenta uma condição médica geral (p. ex. acidente vascular cerebral), pois alguns dos critérios e dos sintomas de um episódio depressivo maior são idênticos aos sinais e sintomas característicos dessas condições médicas. Nesses casos, esses sintomas devem contar a favor de um episódio depressivo maior, exceto quando são evidentes e completamente explicados por uma condição médica geral (APA, 2014).

Além dos sintomas de depressão, outros sintomas psicopatológicos têm sido investigados em pacientes com deficiência e em reabilitação física, como estresse e ansiedade. O estresse ocorre quando o indivíduo avalia que determinado evento da vida excede a sua capacidade para lidar com ele, como é o caso de pessoas que adquirem uma deficiência física. O estresse impacta negativamente na saúde física e psicológica, independentemente da fonte estressora e há evidência de que a avaliação do estresse é imprescindível para programas de prevenção, diagnóstico e intervenção em relação a esse problema (MACHADO *et al.*, 2014). Para Brito e Faro (2016), o estresse é um fenômeno capaz de acarretar diversos prejuízos no indivíduo, seja na saúde física e/ou mental, seja no comportamento, diminuindo sua qualidade de vida e seu bem-estar social. Os quadros clínicos de estresse podem ser divididos em quatro fases: fase de alarme, em que ocorre tensão muscular, elevação no nível de atenção, velocidade na articulação de pensamentos e aumento na motivação e na disponibilidade para se envolver em novos projetos; fase de resistência, na qual acontece reação passiva entre o organismo e o agente agressor; fase de quase exaustão, quando há o surgimento de doenças, porém, sem debilidades; e fase de exaustão, na qual há o surgimento de doenças, debilitando o indivíduo em seus aspectos psíquicos e somáticos, podendo levá-lo à morte (FERNANDES *et al.*, 2013).

Quanto à ansiedade, esta é um sentimento negativo, que leva a mal-estar e ocorre previamente ao fato. Pode ser percebida como um sentimento de medo, apreensão, tensão e desconforto por antecipação ao perigo (CASTILLO *et al.*, 2000). Segundo Vorkapic e Rangé (2011), na população adulta em geral os transtornos de ansiedade vêm crescendo exponencialmente. Entre os transtornos psiquiátricos, os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano. Os sintomas ansiosos são os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em diferentes períodos da vida.

Não há constância quanto à frequência e à intensidade das reações psicológicas ou psicopatológicas em pacientes com deficiência física e em reabilitação. Cita-se o estudo de Robinson e Starkstein (2006) que encontraram as seguintes taxas de prevalência de depressão maior após AVC: duas semanas após o AVC, 27%; três meses, 22%; seis meses, 34%; 12 meses, 14% e 24 meses, 21%. Os autores referem que a maioria dos estudos realizados em diversos países sobre a prevalência da depressão após AVC, constatou taxas semelhantes de depressão entre pacientes internados em estado agudo e em hospitais de reabilitação, com a frequência média de 22%, e entre pacientes estudados na comunidade a prevalência é de 13%. Sugerem que taxas maiores de depressão dentre os pacientes internados ou em reabilitação comparados às amostras da comunidade, estão relacionadas à maior gravidade dos pacientes com AVC que frequentam locais de tratamento.

Já o estudo de Sabino, Torquato e Pardini (2013), teve como objetivo verificar índices de ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com amputações de membros inferiores ao chegarem a um centro de reabilitação. Participaram da pesquisa 31 pacientes da clínica de amputados da AACD, na unidade Ibirapuera da cidade de São Paulo, que responderam a um questionário de caracterização da amostra e as escalas Beck de Ansiedade, Depressão e Desesperança. Os resultados dessas escalas apontaram que os participantes apresentaram classificação mínima tanto para ansiedade quanto para depressão e desesperança.

3 METODOLOGIA

O estudo foi transversal e descritivo. A amostra foi de 15 pacientes com deficiência física e em reabilitação, atendidos em uma instituição de Saúde de Teresina-PI. Os critérios de inclusão dos participantes foram: maior de 18 anos, possuir alguma deficiência física e participar de processo de reabilitação física. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar do estudo ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2018. Após aprovado o projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 79433417.4.0000.5514), os pacientes foram convidados a participar e informados do objetivo do estudo. Os que aceitaram, assinaram o TCLE e responderam aos instrumentos.

3.1 Instrumentos

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário de dados pessoais e clínicos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, tempo e tipo de lesão ou diagnóstico). Também foi utilizado o instrumento *Depression, Anxiety and Stress Scale*, versão curta de 21 itens (DASS-21).

A DASS-21 é um conjunto de três subescalas, do tipo Likert, de 4 pontos, de auto-resposta, com cada sub-escala sendo composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Pedese à pessoa que indique o quanto cada enunciado se aplicou a si durante a última semana. São quatro as possibilidades de resposta de gravidade ou de frequência organizadas numa escala de 0 a 3 pontos, sendo que o resultado é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três sub-escalas. A sub-escala de depressão avalia sintomas, como inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/envolvimento; auto-depreciação; desvalorização da vida e desânimo. A de ansiedade avalia excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos musculoesqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade. E finalmente, a sub-escala de estresse avalia dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil perturbação/agitação; irritabilidade/reacção exagerada e impaciência. A escala possui propriedades psicométricas que atestam a sua qualidade para avaliar simultaneamente sintomas da depressão, de ansiedade e de estresse (APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006).

Os dados coletados foram organizados e tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, e utilizada a estatística descritiva. Foram considerados relevantes os sintomas identificados em mais de 50% dos avaliados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Característica da amostra estudada

Quanto ao perfil demográfico dos 15 pacientes estudados, foi identificado que tinham idade entre 22 e 80 anos. A média de idade dos pacientes foi de 29,60 anos (desvio-padrão = 27,15) e 66,7% eram do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 46,7% eram solteiros; 26,7% casados ou com algum tipo de união; 20% separados ou divorciados; e 6,7% viúvos. No que se refere à escolaridade, 40% dos participantes tinha ensino fundamental incompleto; 33,3% ensino médio completo; 13,3% ensino médio incompleto; 6,7% ensino

fundamental completo; e 6,7% eram analfabetos. Em relação à ocupação, 66,7% não estavam trabalhando; 13,3% estavam aposentados por motivo de saúde; 13,3% eram profissionais liberais com atividade remunerada; e 6,7% estavam trabalhando com vínculo empregatício.

Sobre o perfil clínico da amostra, 80% dos participantes estavam com até 5 anos de diagnóstico ou de lesão. Quanto ao diagnóstico, 33,3% apresentavam lesão medular; 26,7% tinham amputação de membros inferiores; 13,3% apresentavam lesão encefálica devido a acidente vascular cerebral; 13,3% tinham pós-pólio; 6,7% diagnóstico de doença neuromuscular; e 6,7% lesão devido a um linfoma. Todos os pacientes participavam semanalmente de acompanhamento psicoterápico em grupo e outras terapias realizadas pela equipe multidisciplinar na instituição em que realizavam a reabilitação física.

4.2 Resultados do instrumento DASS-21

Os resultados do DASS-21 apontaram os índices dos sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse na amostra estudada. Dos 21 itens dessa escala, apenas 3 foram identificados em mais de 50% dos pacientes. Os itens 1 e 8 estavam presentes em 66,7% dos participantes. Já o item 9 foi identificado em 53,3%. O item 1, “Tive dificuldade em me acalmar”, e o item 8, “Senti-me muito nervoso”, avaliam sintomas de estresse. O item 9, “Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo”, avalia sintoma de ansiedade.

Os itens 17, 20 e 21 foram os itens do instrumento DASS-21 menos identificados na análise. O item 17, “Senti que não valia muito como pessoa”, foi o menos assinalado entre todos os itens do instrumento, representando que apenas 13,3% dos participantes apresentavam esse sintoma de depressão. Os itens 20, “Tive medo sem uma boa razão para isso”, que avalia sintoma de ansiedade; e 21, “Senti que a vida não tinha nenhum sentido”, que avalia sintoma de depressão, foram assinalados apenas por 26,7% dos participantes que apresentavam esses sintomas.

4.3 Discussão

Este estudo teve por objetivo investigar índices dos sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse em uma amostra de pacientes adultos com deficiência e em reabilitação física. O objetivo proposto foi alcançado e poucos sintomas foram considerados

com índices relevantes na amostra, segundo critérios deste estudo (frequência acima de 50% entre os participantes): dois sintomas de estresse e um sintoma de ansiedade.

Comumente, são grandes e significativas as mudanças que ocorrem após a aquisição ou o diagnóstico de deficiência física na vida adulta, seja consequência de acidente, doença ou hábitos inadequados de vida. Como assevera Vera e Araujo (2015), o surgimento de uma grande incapacidade impõe ao indivíduo uma expressiva sobrecarga, pois frequentemente passa a depender de terceiros para a execução de atividades básicas e essenciais ao cotidiano. Nessas circunstâncias, o estresse é vivenciado.

Ademais, a incerteza e a insegurança quanto ao futuro do próprio corpo, ou de como a vida poderá ser vivida, sobre as possibilidades de independência e autonomia, podem ser extremamente ansiogênicas. Amiralian *et al.* (2000) explicam que a desvantagem relacionada à perda da qualidade de vida na deficiência, envolve o aumento do estresse e da ansiedade, redução da satisfação e da qualidade da interação social e auto-imagem negativa.

É, pois, compreensível a presença de sintomas de estresse e de ansiedade na amostra deste estudo. Já em relação à depressão, não foram identificados, na amostra, sintoma com índice considerado relevante. Chama-se atenção ao fato de todos os participantes encontrarem-se em acompanhamento psicoterápico em grupo na instituição de saúde em que participam da reabilitação física, o que pode ter influenciado no reduzido índice de sintomas identificados. Silveira, Souza e Paiva (2015) explicam que o grupo contribui com a resignificação da dor e das perdas de pacientes com deficiência em reabilitação, pois, na medida em que encontram um novo significado para essa dor, não se limitam ao sentimento de impotência e de desespero, gerando novos pensamentos, sentimentos e ações.

A pessoa com deficiência física necessita do apoio para viabilizar seu processo de reabilitação. Nas instituições, além das intervenções pelos profissionais da equipe de saúde, o convívio entre pacientes, cuidadores e familiares propicia trocas de experiência e apoio mútuo, minimizando os sintomas e favorecendo o aprendizado de novas formas de enfrentamento às repercussões da deficiência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo – de avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com deficiência e em reabilitação física – possibilitou identificar, dentre esses sintomas, os mais e os menos frequentes na amostra estudada. Nessa direção, foi possível observar poucos sintomas na amostra e que os mais presentes foram de estresse, seguido dos

sintomas de ansiedade. Identificou-se que, dos sintomas avaliados, os menos presentes na amostra foram os de depressão.

Como alerta Fernandes (2015), há uma variedade de alterações que se apresentam e envolvem de maneira muito específica cada pessoa com deficiência em reabilitação. Dessa forma, esses resultados não podem ser generalizados, isso deve-se também ao número reduzido da amostra.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M. L. T. *et al.* Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 97-103, Feb. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 jan. 2020.

APÓSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEREDO, Z. A. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 863-871, Dec, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600006. Acesso em: 9 fev. 2018.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A; FARO, A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 64-75, jun. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472016000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2019.

CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2019.

DIAS, C. V.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Determinantes culturais no contexto da reabilitação: múltiplos desafios para a atenção integral. In: ARAUJO, T. C. C. F. de.; QUEIROZ, E. (Org.). **Psicologia da Reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. Brasília: Líber Livros, 2015. p. 51-73.

FERNANDES, A. C. *et al.* **Reabilitação**. 2. ed. Barriari, SP: Malole, 2015.

FERNANDES, M. M. J. *et al.* Autoestima de mulheres mastectomizadas–aplicação da escala de Rosenberg. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4730/1/2013_art_mclsantos.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

FRÓES, K. S. S. O., VALDÉS, M. T. M., LOPES, D. P. L. E O; SILVA, C. E. P. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 69, n. 2, p. 371-376, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21625768>. Acesso em: 15 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Resultados da Amostra. 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm. Acesso em: 15 nov. 2019.

MACHADO, W. L. *et al.* Dimensionalidade da escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 38-43, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722014000100005>.

ROBINSON, R. G.; STARKSTEIN, S. E. Aspectos neuropsiquiátricos dos distúrbios cerebrovasculares. Em YUDOFISKY, S. C.; HALES, R. E. (Orgs.). **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 605-628.

SABINO, S. D. M., TORQUATO, R. M., PARDINI, A. C. G. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. **Acta Fisiatr.** v. 20, n. 4, p. 224-228, 2013. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=525. Acesso em: 15 nov. 2019.

SHIN, J. C., GOO H. R., YU, S. J., KIM, D. H., YOON, S. Y. Depression and quality of life in patients within the first months after the spinal cord injury. **Ann Rehabil Med [online]**. 2012; 36:119-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22506244>. Acesso em: 9 fev. 2018.

SILVEIRA, A. C. W. V; SOUZA, M; PAIVA, M. A. G. Reflexões sobre atendimento em grupo com pacientes em reabilitação. Em ARAUJO, T. C. C. F. de.; QUEIROZ, E. (Org.). **Psicologia da Reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. Brasília: Líber Livros, 2015, p. 269-289.

SOUZA, L. M. N. Desenvolvimento ao longo do curso de vida: implicações para o processo de reabilitação. Em ARAUJO, T. C. C. F. de.; QUEIROZ, E. (Org.). **Psicologia da Reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. Brasília: Líber Livros, 2015, p. 75-97.

VERA, R. S.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Resiliência e reabilitação: perspectivas para acompanhamento de pessoas com lesão medular. Em ARAUJO, T. C. C. F. de.; QUEIROZ, E. (Org.). **Psicologia da Reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. Brasília: Líber Livros, 2015, p. 291-313.

VORKAPIC, C. F.; RANGÉ, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.7, n.1, 2011. p.50-54. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a09.pdf> . Acesso em: 04 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health topics**: Rehabilitation. Disponível em: <https://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>. Acesso em: 15 nov 2019.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

MARQUES, M. A. N; FERREIRA, D. C. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Pacientes com Deficiência Física e em Reabilitação. **Rev. FSA**, Teresina, v.17, n. 4, art. 9, p. 146-158, abr. 2020.

Contribuição dos Autores	M. A. N. Marques	D. C. Ferreira
1) concepção e planejamento.	X	
2) análise e interpretação dos dados.	X	
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X