

JANAÍNA PHILIPPI CECCONI

CM 449

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE
DESESPERANÇA E MORTALIDADE EM PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMARIAS DE CLÍNICA
MÉDICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

JANAÍNA PHILIPPI CECCONI

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE
DESESPERANÇA E MORTALIDADE EM PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMARIAS DE CLÍNICA
MÉDICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientadora: Prof. Dra. Leticia Maria Furlanetto

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

Cecconi, J. P.. Avaliação da associação entre desesperança e mortalidade em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. Florianópolis, 2001.

36p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC.

1. Desesperança 2. Mortalidade 3. Doença Mental 4. Hospital Geral
5. Psiquiatria

AGRADECIMENTOS

A todas aquelas pessoas que contribuíram na elaboração e execução deste trabalho.

Agradecimentos especiais à orientadora prof^a. Dr^a Letícia Maria Furlanetto, pelos ensinamentos e por ser sempre disponível.

Aos pais, irmãs e amigos pelo apoio e incentivo.

Ao Lê, Alexandre Marcelo de Oliveira, pelo companheirismo.

Minha gratidão à grande amiga Yara Caubet por estar em todos os momentos felizes e difíceis, mesmo distante sempre se fez presente.

Aos colegas de pesquisa e funcionários do SAME.

Aos pacientes que com generosidade compartilharam sua história e seu tempo, mesmo em momentos de dor e sofrimento.

ÍNDICE

1- Introdução.....	1
2- Objetivo.....	5
3- Método.....	6
4- Resultados.....	11
5- Discussão.....	17
6- Conclusão.....	19
7- Referências.....	20
Normas adotadas.....	24
Resumo.....	25
Summary.....	26
Anexo.....	27

1. INTRODUÇÃO

Desesperança é segundo Kierkegaard, “a doença mortal”, isto é, a doença própria da personalidade humana e que a torna incapaz de realizar-se a si mesma... é “o viver a morte do eu”, isto é a negação da possibilidade do eu na vã tentativa ou de torná-lo auto-suficiente, ou de destruí-lo na sua natureza.

Nicola Abbagnano ¹

A importância da esperança tem sido reconhecida há longo tempo, enquanto a falta de esperança, ou até mesmo o “desistir”, tem-se acreditado levar a um impacto negativo no bem estar psicológico e na saúde física. ^{2, 3} A Esperança pode ser definida como “o desejo ou crença de que o futuro será favorável” ⁴ e desesperança como sendo “expectativas negativas com relação a si mesmo e ao futuro”. ⁵

Sintomas depressivos vêm sendo relacionados a pior prognóstico de doenças físicas há algum tempo. ⁵⁻¹³ Jonas *et al.* (2000) ¹¹ verificaram que sintomas depressivos são preditivos de acidente vascular cerebral (AVC), em estudo longitudinal prospectivo coorte, feito com pessoas selecionadas da comunidade, com idade entre 25 a 74 anos, acompanhadas por até 22 anos.

O sentimento de desesperança, considerado como um sintoma de depressão, pode ser causa de aumento da morbi-mortalidade em pacientes com doenças físicas. ^{4, 5, 10} Recentes estudos têm demonstrado que desesperança é um importante fator de morbi-mortalidade cardiovascular, incluindo doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio (IAM) e progressão aterosclerótica. ^{3, 5, 6, 14-16} Foi encontrada também relação entre este sintoma e a incidência de hipertensão ¹⁷ e AVC ¹¹ Outros estudos têm relacionado desesperança com câncer ¹⁸⁻²⁰, asma ²¹ e ideação suicida ²².

Anda *et al.* (1993) ⁴, em um estudo prospectivo do tipo coorte, avaliaram a prevalência de sintomas depressivos e desesperança em pessoas da comunidade e a associação entre estas variáveis como fator de risco para IAM. A amostra constituiu-se de 2832 indivíduos de meia-idade, sem história de IAM prévio ou doenças crônicas, avaliados por um período de 12 anos. Concluíram que sintomas depressivos e desesperança estão relacionados com IAM fatal e não fatal.

Um dos principais estudos sobre este tema foi realizado por Everson *et al.* (1996). ⁵ Este estudo do tipo coorte, que teve duração de 6 anos e a participação de 2428 homens de meia idade, verificou que desesperança é capaz de prever mortalidade por IAM e câncer, mesmo quando ajustado para fatores de confusão. Outro achado deste trabalho é que a desesperança foi fortemente preditiva de mortalidade, independente do diagnóstico de depressão e de outras variáveis de risco. ⁵

Pesquisas prévias com pacientes com câncer de mama, têm demonstrado que atitudes positivas como espírito de luta e negação da doença, são preditivas de maior tempo de sobrevivência, quando comparados com atitudes negativas como desesperança e fatalismo. ^{18, 23, 24}

Outro grupo de sintomas que envolve a desesperança, é a exaustão vital. Esta foi definida por Cole *et al.* ²⁵ como “a combinação de fadiga, falta de energia, sentimento de desesperança, perda da libido e irritabilidade”. A exaustão vital tem sido relatada como indicador de risco para doença coronariana. ²⁵

Covinsky *et al.* ⁹ sugerem que a desesperança entre outros sintomas de depressão, pode desencorajar amigos e familiares de prover a assistência necessária para pessoas idosas.

Um trabalho recente demonstrou que desejo de morrer em pacientes terminais, estava significativamente associado ao diagnóstico clínico de

depressão, assim como, com medidas de gravidade de sintomas depressivos e desesperança.²⁶

Um estudo epidemiológico coorte longitudinal realizado na França por Fuhrer *et al.*, com 3777 participantes homens e mulheres, de mais de 65 anos, randomizados da população, acompanhados por 5 anos, não verificou associação entre desesperança e mortalidade.²⁷

Poucos estudos foram feitos no Brasil e no mundo, avaliando desesperança como fator de risco para mortalidade em pacientes internados em Hospital Geral.¹⁰ Furlanetto *et al.* (2000) avaliou sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de hospital geral. Observou que a desesperança foi capaz de prever mortalidade.¹⁰

A importância deste tipo de informação está em se fazer intervenção precoce nos pacientes com estas características. Greer *et al.* (1992), mostraram em um estudo randomizado que a resposta de desesperança pode ser melhorada com o uso de terapia cognitivo-comportamental.²⁸

O quadro I mostra revisão sobre estudos longitudinais prospectivos do tipo coorte, controlados para fatores de risco e de gravidade física, que relacionaram desesperança e mortalidade.

Quadro I: Estudos longitudinais sobre a associação entre desesperança e mortalidade.*

Estudo/Ano	N	Idade	Seguimento	Seleção	Resultados
Anda <i>et al.</i> , (1993) ⁴	2109	45 - 77	12,4 anos	População	Sintomas depressivos e desesperança foram relacionados com IAM fatal e não fatal.
Everson <i>et al.</i> , (1996) ⁵	2428	42 - 60	6 anos	População	Elevados níveis de desesperança foram preditivos de IAM [†] ; moderados associados a câncer e mortalidade por qualquer causa.
Everson <i>et al.</i> , (1997) ³	2682	42 - 60	3,8 - 5,2 anos	População	Elevados níveis de desesperança exacerbaram o processo aterosclerótico.
Watson <i>et al.</i> , (1999) ¹⁹	578	18 - 75	5 anos	Enfermarias	Elevados níveis de desesperança e sentimento de desamparo aumentaram a mortalidade por câncer de mama.
Fuhrer <i>et al.</i> , (1999) ²⁷	3777	≥ 65	5 anos	População	Desesperança não foi fator preditivo para mortalidade.
Cole <i>et al.</i> , (1999) ²⁵	5053	60-69	9,5 anos	População	Frequente sensação de exaustão vital foi independentemente associada a risco de doença coronariana em homens.
Everson <i>et al.</i> , (2000) ¹⁷	616	42-60	4 anos	População	Homens com elevados níveis de desesperança no início do estudo, tiveram três vezes mais chance de tornarem-se hipertensos.
Furlanetto <i>et al.</i> , (2000) ¹⁰	392	33-67	Durante a internação	Enfermarias gerais	Anedonia, desesperança, baixa auto-estima, indecisão e insônia foram preditivos de mortalidade.

*Controlados para gravidade física e outros fatores de risco

[†]IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

2. OBJETIVO

Verificar se pacientes que apresentam desesperança durante a internação em enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), têm maior mortalidade durante a internação, independente da gravidade física que apresentam.

3. MÉTODOS

Este estudo foi realizado nas enfermarias feminina e masculina de Clínica Médica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de junho à dezembro de 2000.

3.1. CASUÍSTICA

A seleção foi feita através de amostra randômica de todos os pacientes que internaram nestas enfermarias no período supracitado. Foram elegíveis para o estudo, os pacientes que preencheram os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

a) Inclusão

1 - Pacientes que concordaram em participar do estudo após leitura e explicação do termo de consentimento livre e esclarecido e que não preencheram os critérios de exclusão.

b) Exclusão

1. Impossibilidade física (surdez, afasia, dispnéia importante, etc.);
2. Idade inferior a 18 anos;
3. Pacientes que permaneceram mais de uma semana na emergência;
4. Prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência);¹
5. Recusa em participar.

¹ Foi feita a avaliação clínica e os pacientes que preencheram critérios de *delirium* e/ou demência de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM IV ²⁹, foram excluídos.

3.2. DESENHO

Trata-se de um estudo longitudinal observacional prospectivo do tipo coorte.

3.3. PROCEDIMENTOS

Os indivíduos randomizados que consentiram em participar do estudo, foram entrevistados no prazo de até uma semana da data de sua internação. Foram colhidos dados sociodemográficos, de hábitos (fumo, atividade física regular), história psiquiátrica, e sobre a morbidade física, de acordo com ficha de coleta de dados em anexo.

Foram anotados ainda o tempo de internação e se o paciente havia morrido ou não naquela internação.

3.4. AVALIAÇÕES

a) História Psiquiátrica Prévia

A história pessoal e familiar foi feita de acordo com o modelo realizado por Koenig *et al.* (1997)³⁰, conforme descrita abaixo:

a.1) Pessoal

A avaliação de história psiquiátrica prévia foi baseada em duas perguntas:

1. “Alguma vez você já teve qualquer doença mental ou dos nervos que necessitou de tratamento?”;
2. “Alguma vez você já tomou medicação para os nervos por qualquer motivo?”.

a.2) Familiar

A avaliação da história psiquiátrica familiar foi baseada em quatro perguntas: “Alguém na sua família...”:

1. “Teve alguma vez alguma doença mental ou dos nervos?”;
2. “Alguma vez já consultou um psiquiatra ou foi internado em um hospital psiquiátrico?”;
3. “Já tomou remédio para os nervos por 3 meses ou mais?”;
4. “Já tentou ou cometeu o suicídio?”.

b) MEDIDA DE COMORBIDADE FÍSICA

Índice Charlson de Comorbidade Física (IC):

Este índice foi elaborado para avaliar número de doenças e a gravidade delas (vide anexo). É capaz de prever prognóstico e mortalidade. ³¹

c) PERCEPÇÃO DE GRAVIDADE FÍSICA E DE DOR POR PARTE DO PACIENTE

Foram utilizadas as escalas NRS-101 (Numerical rating scale – 101 items) de dor ³² e desconforto ³³. Foi solicitado que o paciente indicasse de zero (0), que seria “sem dor”, a cem (100), que seria “a dor mais forte possível”, o número que melhor descrevesse sua dor naquele dia. O mesmo procedimento foi utilizado para avaliar percepção de gravidade física, variando de zero (0) “sem desconforto físico”, a cem (100), “o pior desconforto físico possível”.

d) AVALIAÇÃO DE DESESPERANÇA

SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

O SADS é um questionário semi-estruturado, elaborado por Endicott *et al.* (1979) ³⁴ para gerar diagnósticos psiquiátricos. Foi validado no Brasil por

Furlanetto *et al.* (1999) ³⁵. Um de seus itens avalia o sintoma desesperança. Neste instrumento esperança foi definida como: “o desejo ou crença de que o futuro será favorável”. No SADS são utilizadas as seguintes perguntas para avaliá-la:

- 1- “Você tem se sentido desanimado (pessimista, se sentiu sem esperança)?”;
- 2- “Que tipo de futuro você vê para si mesmo?”
- 3- “Como você acha que as coisas vão acontecer?”
- 4- “Você consegue ver você ou sua situação ficando de alguma maneira melhor? E nessa semana?”

A resposta podia variar de 0 até 6:

- 0 - Sem informação;
- 1 - Nem um pouco desanimado com o futuro;
- 2 - Discretamente, por ex. sentimentos ocasionais de leve desânimo com o futuro;
- 3 - Leve, por ex., freqüentemente um pouco desanimado;
- 4 - Moderado, por ex., freqüentemente bastante pessimista com o futuro;
- 5 - Grave, por ex., freqüentemente sentimentos profundos de pessimismo intenso;
- 6 - Extremo, por ex., delírios ou alucinações que é condenado ou que é o fim do mundo.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- 1- **Gravidade física:** medida através do Índice Charlson de comorbidade física;
- 2- **Fumo:** os pacientes foram distribuídos em uma das categorias
 - a) nunca fumou
 - b) abandonou
 - c) fumante atual

3- **Idade;**

4- **Sexo;**

5- **Exercício físico:** considerados praticantes os pacientes que tinham atividade física de pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana.

VARIÁVEL DE DESFECHO

Morte durante a internação.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, em março de 2000.

Os pacientes foram informados que sua participação era voluntária, não implicaria em tratamentos e procedimentos extras, e seus dados seriam confidenciais, somente sendo utilizados para fins de pesquisa. Foram informados ainda, sobre o objetivo do estudo e procedimentos que seriam realizados. Os que concordaram, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Em caso de pacientes com diagnósticos psiquiátricos que poderiam ser beneficiados com tratamento, os médicos assistentes foram avisados.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão.

Na análise multivariada foi utilizada a regressão logística com o método passo a passo (*stepwise forward likelihood ratio*). O nível de significância foi de 5%, ou seja, se o valor de p do teste for menor ou igual a 0,05, então existe significância estatística.

Utilizou-se para esta análise o programa SPSS 10.0 para Windows. ³⁶

4. RESULTADOS

A casuística foi composta por 260 pacientes, dos quais 68,1% eram homens, 82,7% brancos, e 60% eram casados ou viviam em união estável. A média de idade dos pacientes no estudo foi 49 anos com desvio padrão em relação à média (\pm DP) de 16,87. A escolaridade média foi de 6 anos \pm DP = 4,27 (Tabela I). Dos pacientes selecionados 10 (3,8%) morreram durante a internação.

Tabela I – Características sociodemográficas da amostra (n=260)

Variável	n	%
Idade		
18-64	204	78,5
≥ 65	56	21,5
Gênero		
Masculino	177	68,1
Feminino	83	31,9
Raça		
Branca	215	82,7
Parda	30	11,5
Negra	14	5,4
Sem informação	1	0,4
Estado Civil		
Casado(a)/União Estável	156	60,0
Solteiro(a)	36	13,8
Viúvo (a)	28	10,8
Separado(a)/divorciado(a)	39	15,0
Sem informação	2	0,8
Escolaridade		
< 5 anos	118	45,6
5-8 anos	66	29,2
> 8 anos	74	28,6

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

Dos pacientes randomizados para o estudo 37,5% foram excluídos (n=156), sendo que a impossibilidade física foi a principal causa (Tabela II), correspondendo a 13,2% (n=55).

Os pacientes excluídos eram predominantemente homens (57,1%), casados (38,5%), com idade média de 60 anos \pm DP = 20,8 e escolaridade média de 3,6 anos \pm DP = 3,5, tiveram maior gravidade física e morreram mais (risco = 2,5; intervalo de confiança 95% de 1,07 a 5,7).

Tabela II – Causas de Exclusão (n=156)

CAUSAS DE EXCLUSÃO	N	%
Impossibilidade Física	55	13,2
> 1 semana de internação	8	1,9
Idade < 18 anos	7	1,7
Recusa	23	5,5
Prejuízo cognitivo*	35	8,4
Outros	29	7,0
Sem informação	3	0,7

*Prejuízo cognitivo = *Delirium* e/ou Demência

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

As doenças que mais motivaram a internação foram as gastroenterológicas, pneumológicas e as cardiovasculares (Tabela III).

Tabela III - Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10* (n=260)

ESPECIALIDADE	Freqüência	Percentual
Gastroenterológicas	41	15,8
Pneumológicas	40	15,4
Cardiovasculares	33	12,7
Hematológicas/imunológicas	24	9,2
Neoplásicas	18	6,9
Endócrinas/nutricionais/metabólicas	22	8,5
Neurológicas	19	7,3
Infecção-parasitárias	15	5,8
Reumatológicas	13	5,0
Geniturinárias	11	4,2
Indefinidas	6	2,3
Lesões externas/Envenenamentos	4	1,6
Outras	9	3,5

*CID-10 = Classificação Internacional das Doenças, décima revisão³⁷

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

Da amostra analisada, 20% tinham história psiquiátrica prévia, sendo os transtornos depressivos (8,1%), os mais encontrados. Dos pacientes, 31,2%

apresentaram história familiar psiquiátrica, sendo que os transtornos relacionados ao álcool foram os mais encontrados (17,3%). (Tabela IV)

Tabela IV - História psiquiátrica prévia pessoal e familiar (n=260)

	Frequência	Percentual
História pessoal psiquiátrica	52	20,0
Transtornos depressivos	21	8,1
EDM*	4	1,5
Álcool	17	6,5
Ansiedade	3	1,2
Outros	13	5,0
História familiar psiquiátrica	81	31,2
Transtornos depressivos	20	7,7
Álcool	45	17,3
Ansiedade	4	1,5
Outros	27	10,3

* EDM = Episódio Depressivo Maior

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

Variáveis para avaliação da gravidade física foram analisadas. O índice Charlson de comorbidade física foi em média $0,98 \pm DP = 1,46$. O tempo médio de internação da amostra foi de 14 dias, com variação de 1 a 82 dias (Tabela V).

Tabela V - Medidas para avaliação de gravidade física

Variáveis	Média	Mediana
Tempo de diagnóstico	43,54	5,0
Nº de internações por este problema	3,47	1,0
Percepção de Gravidade Física	55,32	50,0
Percepção de Dor	35,13	13,0
Índice Charlson de Comorbidade	0,98	0,0

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

A tabela VI descreve outras variáveis clínicas que são potenciais fatores de confusão neste estudo.

Tabela VI – História de doenças prévias, tabagismo e exercícios

Variáveis	Frequência	Percentual
História de HAS*	101	38,8
DM [†]	43	16,5
DPOC [‡]	48	18,5
Doença Coronariana	54	20,8
IAM [§]	25	9,6
AVC	16	6,2
Fumo		
Fumante atual	70	26,9
Abandonou	97	37,3
Nunca fumou	91	35,0
Prática exercícios	76	29,2

*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

[†]DM – Diabetes Mellitus

[‡]DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

[§]IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

^{||}AVC – Acidente Vascular Cerebral

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

A tabela VIII mostra o nível de desesperança apresentado pelos pacientes. Este foi em média $1,53 \pm DP = 0,98$.

Tabela VII – Distribuição dos pacientes em relação ao nível de desesperança

Nível de desesperança	Frequência	Percentual
1 - Nem um pouco	138	53,1
2 - Discreto	30	11,5
3 - Leve	14	5,4
4 - Moderado	11	4,2
5 - Grave	2	0,8
6 - Extremo	1	0,4
Sem informação	64	24,6
TOTAL	260	100,0

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

A tabela VIII mostra que idade, fumo e Índice de Comorbidade Charlson, foram capazes de prever mortalidade de forma independente. As demais variáveis não ficaram no modelo porque não tiveram poder estatístico para permanecer neste. (Tabela IX)

Tabela VIII – Modelo da regressão logística da avaliação de mortalidade durante a internação dos pacientes da amostra (N=260)

Variável	Erro Padrão	Risco Relativo	P
Idade	0,114	1,273	0,034
Fumo	1,825	44,489	0,038
Índice de Comorbidade Charlson	0,630	2,903	0,091
Constante	9,972	0,000	0,020

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

Tabela IX: Variáveis que não se associaram à mortalidade durante a internação

VARIÁVEIS	P
Escolaridade	0,64
História de qualquer transtorno depressivo	0,88
Percepção de gravidade física	0,52
Percepção de dor	0,53
Exercício físico	0,88
Desesperança	0,37
Fumo	0,47

Fonte: Laboratório dos Transtornos do Humor – Leth, HU – UFSC, 2000.

5. DISCUSSÃO

Não foi encontrada neste estudo, associação entre desesperança e aumento da mortalidade de pacientes internados em enfermarias de clínica médica. Por outro lado as variáveis: idade, fumo e o índice de comorbidade Charlson, foram preditivas de mortalidade.

Fuhrer *et al.* ²⁷ também não encontraram associação entre desesperança e mortalidade. Em contrapartida vários estudos mostraram esta relação. ^{4 5 10, 19}

Algumas diferenças metodológicas poderiam explicar esta diferença. A maior parte dos trabalhos realizados previamente apresentaram tamanho da amostra e tempo de seguimento maiores. Outra diferença significativa é que a seleção dos pacientes deste estudo foi realizada entre pacientes internados, diferente da maior parte dos trabalhos, que utilizaram sujeitos selecionados da população.

Várias limitações merecem comentários. Primeiro, 5,5% dos pacientes se recusaram a participar do estudo. É possível que os pacientes que não responderam, principalmente os que se recusaram a responder, tenham mais sintomas depressivos e maior nível de desesperança. Segundo, não foi controlado para uso de medicação antidepressiva, o que poderia determinar diminuição de sintomas depressivos. Terceiro, a baixa mortalidade pode estar relacionada a um viés de seleção. Pode ter ocorrido que os pacientes com maior gravidade física e níveis mais elevados de desesperança tenham ficado fora da casuística, pois não conseguiram participar da entrevista. Finalmente, o tamanho da amostra foi insuficiente para determinar a relação entre desesperança e mortalidade e o tempo de seguimento limitado. Sendo assim, não foi possível demonstrar o impacto da variável dependente que se queria analisar.

Caso a desesperança esteja associada a maior mortalidade, como demonstrado em diversos trabalhos, sugere-se que a intervenção precoce poderia beneficiar estes pacientes, resultando em menor morbi-mortalidade, inserção mais rápida do paciente às suas atividades usuais, ao trabalho e menores custos de internação.

Sugere-se a execução de novos trabalhos para avaliação de desesperança como variável preditiva de mortalidade, com tempo de acompanhamento e casuísticas maiores.

6. CONCLUSÃO

O sintoma desesperança não aumentou a mortalidade de pacientes internados na clínica médica do HU-UFSC. Futuros estudos deverão apresentar maior casuística e tempo de observação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. 2 ed. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1962.
2. Engel GL. A life setting conducive to illness. The giving-in-given-up complex. *Annals of Internal Medicine* 1968;69(2):293-300.
3. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1997;17(8):1490-5.
4. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993;4(4):285-94.
5. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996;58(2):113-21.
6. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005.
7. Herrmann C, Brand-Direhorst S, Kaminsky B, Leibing E, Staats H, Rieger U. Diagnostic groups and Depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosom Med* 1998;60:570-577.
8. Roach MJ, Connors AF, Dawson NV, Wenger NS, Wu AW, Tsevat J, et al. Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. The SUPPORT Investigators. *Arch Intern Med* 1998;158(4):397-404.

9. Covinsky KE, Kahana E, Chin MH, Palmer RM, Fortinsky RH, Landefeld CS. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 1999;130(7):563-9.
10. Furlanetto LM, Cavanaugh SA, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41(5):426-32.
11. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosom Med* 2000;62(4):463-71.
12. Whooley MA, Simon GE. Primary Care: Managing Depression in Medical Outpatients. *N Engl J Med* 2000;343(26):1942-1950.
13. Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: A predictive triad for In-hospital mortality. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):43-8.
14. Lespérance F, Frasere-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996;58(2):99-110.
15. Frasere-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *Jama* 1993;270(15):1819-25.
16. Frasere-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* 1995;14(5):388-98.
17. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen JT. Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension* 2000;35(2):561-7.
18. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 1990;335(8680):49-50.

19. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999;354(9187):1331-6.
20. Grossarth-Maticek R, Bastiaans J, Kanazir DT. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *J Psychosom Res* 1985;29(2):167-76.
21. Miller BD, Strunk RC. Circumstances surrounding the deaths of children due to asthma. A case-control study. *Am J Dis Child* 1989;143(11):1294-9.
22. Miller NS, Mahler JC, Gold MS. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *J Addict Dis* 1991;10(3):49-61.
23. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975;19(2):147-53.
24. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979;2(8146):785-7.
25. Cole SR, Kawachi I, Sesso HD, Paffenbarger RS, Lee IM. Sense of exhaustion and coronary heart disease among college alumni. *Am J Cardiol* 1999;84(12):1401-5.
26. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama* 2000;284(22):2907-11.
27. Fuhrer R, Dufouil C, Antonucci TC, Shipley MJ, Helmer C, Dartigues JF. Psychological disorder and mortality in French older adults: do social relations modify the association? *Am J Epidemiol* 1999;149(2):116-26.
28. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Bmj* 1992;304(6828):675-80.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
30. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of the medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1369-1375.
31. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40(5):373-83.
32. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117-126.
33. Idler EL, Y. B. Self-rated health and mortality. A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behavior* 1996;38:21-37.
34. Endicott J, R.L. S. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-844.
35. Furlanetto LM, Bueno JR. Depressão em pacientes internados em hospital geral: validação do SADS em uma amostra brasileira. *J Bras Psiqu* 1999;48(10):435-440.
36. Norusis MJ. SPSS/PC 10.0 Base Manual. Chicago: SPSS Inc.; 2000.
37. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional das Doenças - 10ª revisão. 6 ed. São Paulo: OMS; 1998.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado segundo a normatização da resolução número 001/99 do colegiado do curso de graduação em Medicina da UFSC.

RESUMO

Objetivo: Verificar se pacientes com desesperança durante a internação em enfermarias de clínica médica (ECM) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), têm maior mortalidade, independente da gravidade física que apresentam.

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo coorte, foi realizado nas ECM do HU-UFSC, no período de junho a dezembro de 2000. De uma amostra randômica de 416 pacientes, 156 (37,5%) foram excluídos, principalmente devido à impossibilidade física (13,2%) e a prejuízo cognitivo (8,4%), resultando em 260 pacientes que foram entrevistados na primeira semana de internação. A desesperança foi avaliada através do SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). A gravidade de doenças físicas foi medida através do índice Charlson de comorbidade (ICC). Foi utilizado o método de regressão logística, para analisar a influência da desesperança na mortalidade, controlados os fatores de risco como: variáveis sociodemográficas, história psiquiátrica, hábitos e história médica pregressa.

Resultados: A casuística foi composta predominantemente por homens (68,1%), brancos (82,7%), e casados/união estável (60%). A média de idade foi de 49 anos, com desvio padrão (\pm DP) de 16,87. De 260 pacientes, 10 (3,8%) morreram durante a hospitalização; 20% tinham história psiquiátrica; 31% história psiquiátrica familiar; 27% eram fumantes. A média do ICC foi $0,98 \pm DP=1,46$. Desesperança não se associou à mortalidade, contudo, idade, fumo e o ICC, foram preditivos de mortalidade.

Conclusão: O sintoma desesperança não aumentou a mortalidade de pacientes internados nas ECM do HU-UFSC, independente da gravidade física que apresentaram. São necessários futuros estudos que deverão apresentar maior casuística e tempo de observação.

SUMMARY

Objective: To assess if medical inpatients with hopelessness at the University Hospital of Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), have higher mortality despite the severity of their medical illness.

Method: A prospective cohort study was performed at the general medical wards of HU-UFSC, during the period of June to December 2000. Of 416 randomized patients, 156 (37,5%) were excluded mostly due to physical disability (13,2%) and cognitive impairment (8,4%), resulting in a sample of 260 medical inpatients that gave informed consent and were interviewed during the first week of admission. Hopelessness was assessed using the SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). Charlson Comorbidity Index (CCI) was used to measure physical illness severity. Multiple Logistic Regression was used to analyze the influence of hopelessness on mortality, controlling for demographics, psychiatric history, habits and medical variables.

Results: The sample was composed mostly by white (82,7%;) married (60%) men (68%). The mean age \pm Standard Deviation (SD) was $49 \pm 16,87$ years. From the final sample of 260 patients, 10 (3,8%) died during hospitalization; 20% had previous personal psychiatry history; 31% had previous family psychiatry history; 27% were current smokers. The mean \pm SD of CCI was $0,98 \pm 1,46$. Hopelessness was not associated with higher mortality; nevertheless, age, smoking and the physical severity (CCI) predicted mortality.

Conclusion: Hopelessness was not associated with higher mortality in medical inpatients. Future studies conducted during longer periods and with larger samples should address this question.

ANEXO

ANEXO 1

FICHA DE COLETA DE DADOS

 Excluído? (circule o motivo)

1- Imp. Física; 2- +7 dias; 3- <18a; 4 recusa; 5- outros

01- Nome:..... Data da Internação:...../...../..... Pront.:.....

02- Leito:..... CID-10:..... Espec: CM cardio pneumo gastro endocr neuro hemato outras

End: N.º: Apto:.....

Cidade:..... UF:..... CEP:..... Tel:..... Cel:.....

03- Sexo: Masc Fem Idade:..... Data do Nasc.: /...../..... (dd/mm/aaaa)04- Raça: Branca Parda Negra Amarela Outras05- Estado Civil: Solteiro Casado/Amasiado Viúvo Separado/Divorciado 06- Mora sozinho? não sim

07- Escolaridade:anos

08- História pessoal: Qualquer doença mental ou dos nervos? Já tomou medicação para os nervos? não sim09- Em caso positivo: doenças? Qualquer T. depr.?(se sim, dep maior?), álcool? T.ans.? outras?.....10- Alguém na família(consanguínea): doença mental ou dos nervos? Calmante(+3m)? Internação? Suicídio? não sim11- Em caso positivo, quais doenças? Qualquer T. depr.?, álcool?, T.ans.? outras?.....

12- Quantos meses sabe o diagnóstico? (marque 0 para <1m).....

13- Número de internações por esse problema?.....

14- Neste momento (0-100): Percepção de gravidade física 15- Percepção de dor:

16- Índice Charlson:.....

17- História de hipertensão arterial? não sim Se sim, há quanto tempo?anos.18- História de doença coronariana? não sim (já teve IAM? não sim) Se, sim há quanto tempo?.....anos.19 - História de diabetes? não sim(tipo I / tipo II) Se sim, há quanto tempo?anos.20- História de Acidente Vascular Cerebral?(com sequelas) não sim Se sim, há quanto tempo?anos.21- História de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica? não sim Se sim, há quanto tempo?anos.22- Fumante atual: sim (.....cig/diaanos) Abandonou (.....anos, antes.....cig/diaa) Nunca fumou23- Pratica exercícios? (mínimo: 30 min, 2x sem) não sim

24- Data da alta:/...../..... Tempo de internação:.....dias

25- Morte: Durante a internação? não sim.

Em caso de morte: Data:...../...../.....

Causa mortis:..... CID-10:

ANEXO 2

ÍNDICE DE COMORBIDADE CHARLSON

VALOR	CONDIÇÃO CLÍNICA
1	Infarto do Miocárdio
1	Insuficiência Cardíaca Congestiva
1	Doença Vascular Periférica
1	Doença Cerebrovascular
1	Demência
1	Doença Pulmonar Crônica
1	Doença do Tecido Conjuntivo
1	Úlcera
1	Doença Hepática Leve
1	Diabetes
2	Hemiplegia
2	Doença Renal Moderada à Severa
2	Diabetes com Lesão em Órgão Alvo
2	Qualquer Tumor
2	Leucemia
2	Linfoma
3	Doença Hepática Moderada à Severa
6	Tumor Sólido Metastático
6	AIDS

O Índice Charlson de Comorbidade física foi criado para avaliar gravidade física e prever mortalidade. Charlson verificou o risco de es associada à mortalidade e atribuiu valores às doenças.³¹

ANEXO 3

AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE DESESPERANÇA E MORTALIDADE EM PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA

Cecconi, J. P.; Furlanetto, L.

Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Objetivo: Verificar se pacientes com desesperança durante a internação em enfermarias de clínica médica (ECM) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), têm maior mortalidade, independente da gravidade física que apresentam.

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo coorte, foi realizado nas ECM do HU-UFSC, no período de junho a dezembro de 2000. De uma amostra randômica de 416 pacientes, 156 (37,5%) foram excluídos, principalmente devido à impossibilidade física (13,2%) e a prejuízo cognitivo (8,4%), resultando em 260 pacientes que foram entrevistados na primeira semana de internação. A desesperança foi avaliada através do SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). A gravidade de doenças físicas foi medida através do índice Charlson de comorbidade (ICC). Foi utilizado o método de regressão logística, para analisar a influência da desesperança na mortalidade, controlados os fatores de risco como: variáveis sociodemográficas, história psiquiátrica, hábitos e história médica pregressa.

Resultados: A casuística foi composta predominantemente por homens (68,1%), brancos (82,7%), e casados/união estável (60%). A média de idade foi de 49 anos, com desvio padrão (\pm DP) de 16,87. De 260 pacientes, 10 (3,8%) morreram durante a hospitalização; 20% tinham história psiquiátrica; 31% história psiquiátrica familiar; 27% eram fumantes. A média do ICC foi $0,98 \pm DP=1,46$. Desesperança não se associou à mortalidade, contudo, idade, fumo e o ICC, foram preditivos de mortalidade.

Conclusão: O sintoma desesperança não aumentou a mortalidade de pacientes internados nas ECM do HU-UFSC, independente da gravidade física que apresentaram. São necessários futuros estudos que deverão apresentar maior casuística e tempo de observação.

Janaina Philippi Cecconi

Endereço: Rua Dom Jaime Câmara 234/302, Centro – Fpolis/SC – Brasil - CEP: 88015-120

e-mail: janainapc@hotmail.com

fone: (48) 223-4836 - 99519279

**TCC
UFSC
CM
0449**

N.Cham. TCC UFSC CM 0449

Autor: Cecconi, Janaina P

Título: Avaliação da associação entre de



972809550 Ac. 253598

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM

N.Cham. TCC UFSC CM 0449