

CINARA BURIOL ZANUZO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

CINARA BURIOL ZANUZO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA DO HU-UFSC**

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

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Leticia Maria Furlanetto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida, pelos projetos e realizações e por tudo que sou e tenho. Obrigada por colocar em mim este dom de cuidar da vida e pela força e perseverança que Tu me dás nesta sempre surpreendente caminhada.

A **minha família**: meus pais Adi e Clélia e meus irmãos Adson e Anara, pelo carinho, doação, acompanhamento, partilha e compreensão. Obrigada pelo apoio incondicional e por representarem, plenamente, tudo o que significa acolhida, família e fraternidade.

A **professora Letícia**, orientadora desse TCC e de grande parte de minha formação acadêmica. Você me ensinou muito mais que a busca incessante pelo conhecimento; aprendi a conversar, cuidar, acolher os sentimentos mais íntimos dos pacientes. Sua sensibilidade e sua firmeza, com delicadeza, são exemplos para mim.

Às **meninas do LETH**: Betina, Bianca, Bruna, Camila, Mariana, Stefanie e Tallulah. Esse TCC não existiria sem o empenho de vocês. Construímos não só uma pesquisa, mas um grupo, onde o respeito pelo ser humano sempre prevaleceu. Obrigada pela agradável companhia em todas as etapas desse trabalho.

Ao **Tomazo**, namorado, amigo e companheiro em todos os momentos. No exercício do amor, da paciência e da compreensão, o amparo e o carinho. Obrigada pela descontração, pelo incentivo, pela felicidade e tranquilidade que traz a minha vida.

Ao **Ministério de Música Dom de Deus**, meus irmãos pela fé. Obrigada pelos ensaios, encontros, partilhas, celebrações eucarísticas, reuniões, músicas. Nas orações compartilhadas, a certeza de que são sinais de Deus em minha vida.

A **Luiza**, minha dupla de internato, de convivência e de aprendizado. Pela disponibilidade, amizade, diálogos e companhia, obrigada.

Aos **pacientes** e seus **familiares**, que compartilharam muito de suas vidas em momentos de dor, angústia e incerteza. Para vocês, trabalhamos, estudamos, refletimos, pesquisamos. Obrigada por permitirem a realização desta pesquisa e por serem exemplos de força e superação.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, foram importantes no desenvolvimento deste trabalho e em cada etapa de minha formação acadêmica e pessoal.

RESUMO

Objetivo: Verificar a frequência de sintomas depressivos em pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC.

Método: Trata-se de um estudo observacional transversal no qual foram randomizados 254 pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, no período de maio a agosto de 2006. Sessenta e oito pacientes foram excluídos por: impossibilidade física no momento da entrevista, causas administrativas, idade menor que 18 anos, reinternação ou recusa em participar do estudo. A amostra, composta por 186 pacientes, foi entrevistada antes de completar uma semana de internação. Dados sócio-demográficos e clínicos foram colhidos através de entrevista e do prontuário e foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI). Foram considerados como tendo sintomas depressivos significativos aqueles pacientes que obtiveram escore maior que 10 na soma dos primeiros 13 itens do BDI (subescala cognitivo-afetiva).

Resultados: A amostra (N = 186) foi composta predominantemente por homens (60,2%) casados/união estável (67,2%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $48,7 \pm 15,3$ anos. A média de escolaridade \pm DP foi de $6,2 \pm 4,0$ anos e a renda familiar média \pm DP foi de $3,8 \pm 3,6$. Dos pacientes entrevistados, 32,3% apresentavam sintomas depressivos moderados a graves pelo BDI-13. Os sintomas cognitivo-afetivos mais prevalentes foram irritabilidade (47,3%) e indecisão (30,6%).

Conclusão: Aproximadamente um terço da amostra (32,3%) apresentou sintomas depressivos moderados a graves.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; pacientes internados; doenças físicas; hospitais gerais.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depressive symptoms in medical inpatients at the general medical wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Method: In a transversal study, 254 medical inpatients admitted to the general medical wards of the HU-UFSC, were randomized between May and August/2006. Sixty-eight patients were excluded. The reasons of exclusion were physical impairment, administrative causes, age under 18 years, readmission or refusal. The sample was composed by 186 patients. Sociodemographic and clinical data were collected by interview and by chart. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to measure depressive symptoms. Patients who scored above 10 in the cognitive-affective subscale (first 13 items) of the BDI were considered as having depressive symptoms. The frequencies of the 21 items (complete scale) of the BDI were also described.

Results: The sample (N=186) was composed predominately by men (60.2%), married (67.2%), with mean age \pm Standard Deviation (SD) = 48.7 ± 15.3 years. The mean level of education \pm SD was 6.2 ± 4.0 years and the mean familiar income \pm SD was 3.8 ± 3.6 . Thirty-two percent of the patients presented moderate to severe depressive symptoms. The more frequent symptoms were irritability (47.3%) and indecision (30.6%).

Conclusion: Around one in three patients presented moderate to severe depressive symptoms.

Key-words: Depressive symptoms; medical inpatients; general hospital; physical illness.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
SUMÁRIO	vi
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	5
3. MÉTODOS	6
3.1 Desenho	6
3.2 Local	6
3.3 Amostra	6
3.3.1 Critérios de inclusão.....	6
3.3.2 Critérios de exclusão.....	6
3.4 Procedimentos	7
3.5 Instrumento	7
3.6 Análise Estatística	8
3.7 Aspectos Éticos	8
4. RESULTADOS	9
4.1 Descrição da amostra	9
4.2 Prevalência dos sintomas depressivos	12
5. DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
NORMAS ADOTADAS	20
APÊNDICES	21

1 INTRODUÇÃO

A passagem do ser humano da situação de sadio para a de doente, seja de forma abrupta ou insidiosa, modifica sua relação com o mundo e consigo mesmo,¹ implicando, freqüentemente, algum grau de sofrimento psíquico.² Sentimentos de tristeza e humor depressivo podem aparecer neste contexto e são expressos das mais variadas formas e intensidades, desde o considerado normal até o patológico. É natural que a doença suscite sentimentos de dano, perda, incerteza, vulnerabilidade, proximidade da morte e que, em função disso, o paciente apresente tristeza, desânimo e desesperança quanto ao futuro.³ Saber o tênue limite do que é resposta normal e do que se torna doença é desafiador tanto para os clínicos como para os psiquiatras que trabalham com pacientes doentes fisicamente, seja no atendimento ambulatorial ou nas enfermarias dos hospitais gerais.

É importante, portanto, diferenciar o termo depressão, comumente utilizado pelos pacientes para refletir um sentimento (a tristeza), da depressão enquanto doença, cujos elementos centrais são a anedonia e o humor depressivo. Os pacientes com anedonia sentem-se incapazes de obter prazer nas atividades antes prazerosas. Aqueles com humor depressivo apresentam, mais que a tristeza normal, um sentimento de insuficiência, em que tudo se torna mais difícil, mais pesado, mais arrastado. Esses sintomas podem aparecer isoladamente, associados ou concomitantemente com diminuição da energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldade para se concentrar e/ou tomar decisões, ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e distúrbios do apetite, peso ou sono. Quando a anedonia ou o humor depressivo se somam a outros sintomas depressivos, está caracterizada a síndrome depressiva.⁴

Muitas são as causas desta síndrome, estando entre as mais importantes o uso de medicamentos, as doenças físicas, as reações de ajustamento com humor depressivo e, principalmente, os transtornos depressivos, com destaque para a depressão maior.^{4,5} De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV),⁶ um episódio depressivo maior requer que o paciente apresente pelo menos cinco dos sintomas citados anteriormente, sendo um deles ou humor depressivo ou anedonia. Esses permanecem na maior parte do dia, por um período igual ou maior que duas semanas, trazendo, para o paciente, um sofrimento significativo ou comprometimento no seu desempenho social, ocupacional e/ou funcional.

Frente a tantas condições que cursam com sintomas depressivos, é facilmente compreendida a dificuldade encontrada pelos médicos, tanto clínicos gerais como psiquiatras, em identificar quando os sintomas depressivos trazem prejuízo importante aos pacientes com doenças físicas, caracterizando-se depressão maior. Além disso, características peculiares destes pacientes colaboram para que esse diagnóstico se torne ainda mais difícil. A própria doença física, os medicamentos utilizados no tratamento desta e o ambiente hospitalar (naqueles que ali se encontram) podem causar sintomas depressivos importantes, como a insônia, a inapetência, o emagrecimento, a lentificação psicomotora, a fadiga e a diminuição da libido.⁷ Muitos estudos confirmaram esta constatação, como o de Furlanetto.⁸ Pesquisando pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral, essa autora observou que 29% desses pacientes apresentaram insônia, 35% fadiga e 42% perda de peso sem desenvolverem síndrome depressiva.

Embora haja dificuldades diagnósticas, é importante reconhecer síndromes depressivas moderadas a graves em pacientes com doenças físicas devido ao impacto deletério que elas imprimem no prognóstico desses. A associação entre depressão e doenças físicas aumenta a morbidade⁹ e a mortalidade¹⁰ desses pacientes. Pacientes deprimidos aderem menos aos tratamentos propostos¹¹ e apresentam maior prejuízo funcional.¹²

Além de ser responsável por tais mudanças no prognóstico das doenças físicas, a depressão é altamente prevalente nesta população. Evans *et al.*,¹³ em artigo de revisão sobre o tema, observou depressão em 3 a 75% dela. Quando se considera apenas os pacientes internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas do hospital geral, as prevalências variam de 8,9 a 51,1%, como ilustra o **Quadro 1**.

QUADRO 1 – Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em hospital geral

ESTUDO / ANO	N	INSTRUMENTO(S)	RESULTADOS (%)
Zapata & Menchola, 2005 ¹⁴	282*	BDI - Leve: > 10 - Moderada: 17-30 - Grave: ≥ 30	Sintomas depressivos: 67,4 - Leve: 28,3 - Moderada: 30,8 - Grave: 8,1
Furlanetto, 1998 ¹⁵	241†	SADS-M: entrevista semi-estruturada, considerando depressão conforme critérios CID-10	Episódios depressivos: 19,5 - Leve: 8,5 - Moderada: 7,0 - Grave: 4,0
Beausang & Syyed, 1998 ¹⁶	119†	HAD - Provável depressão: ≥ 11 - Provável ansiedade: ≥ 11	Provável presença de depressão: 19% Provável presença de ansiedade: 23%
Furlanetto, 1996 ⁸	155†	CIS + avaliação clínica	Síndrome depressiva: 32,3 - Leve: 12,3 - Moderada: 13,5 - Grave: 6,5
Botega <i>et al.</i> , 1995 ¹⁷	78†	CIS-R ≥ 2 para ansiedade e/ou ≥ 4 para depressão + idéias depressivas; considerado depressão ou ansiedade se escala de gravidade ≥ 2, sendo 2 = leve; 3 = moderada; 4 = grave.	Transtorno do Humor: 39 - Depressão: 19,2 - Ansiedade: 6,4 - Depressão+Ansiedade: 14,1 Ansiedade: 20,5 - Leve: 18,0 - Moderada: 1,3 - Grave: 1,3 Depressão: 33,0 - Leve: 24,4 - Moderada: 8,9
Nascimento & Noal, 1992 ¹⁸	190*	BDI - Leve: 14 - 21 - Moderada/Grave: ≥ 21	Depressão: 30,5 - Leve: 18,4 - Moderada/Grave: 12,1
Lykouras et al, 1989. ¹⁹	150*	BDI - Depressão: > 13	Depressão: 29%
Machado <i>et al.</i> , 1988 ²⁰	90†	Entrevista psiquiátrica (EP) BDI: ≥ 14 ≥ 21	Depressão - Entrevista: 44,4 - BDI ≥ 14: 51,1 - BDI ≥ 21: 36,6
Yang et al., 1987 ²¹	251†	BDI - depressão leve ou moderada: 14-24 - depressão grave: ≥ 25	BDI < 14: 52,2 BDI ≥ 14: 47,8
Cavanaugh <i>et al.</i> , 1983 ²²	309†	BDI - Leve: 11 - 20 - Moderada: 21 - 30 - Grave: > 30	Depressão: 45,0 - Leve: 31,0 - Moderada: 8,0 - Grave: 6,0

* Pacientes clínicos e cirúrgicos

† Pacientes clínicos

BDI = "Beck Depression Inventory" (Inventário Beck de Depressão)

CIS = "Clinical Interview Schedule" (Roteiro de Entrevista Clínica)

CIS-R = "Clinical Interview Schedule, revised version" (Roteiro de Entrevista Clínica, versão revisada)

SADS-M = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, versão médica

CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

A ampla variação na prevalência de depressão em pacientes internados provavelmente decorre de diferenças nos aspectos metodológicos de cada estudo.³ A definição do que é depressão, os instrumentos utilizados para medir sintomas depressivos, a dificuldade proporcionada pela população estudada (pacientes com doenças físicas) e o local onde foi realizado a pesquisa são, como mostra o **Quadro 1**, fatores que modificam as taxas de prevalência significativamente. Destaca-se, na análise deste quadro, o quanto a prevalência variou entre estudos que utilizaram o mesmo instrumento (BDI), mas admitiram diferentes pontos de corte para definição do que é depressão.

Percebe-se, portanto, que a depressão maior é condição freqüente no hospital geral, difícil de ser reconhecida e diagnosticada e que pode alterar significativamente o prognóstico da doença de base.³ Devido à relevância deste tema e à lacuna nos estudos de prevalência encontrada na literatura internacional nos últimos cinco anos, observa-se a necessidade de determinar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em um hospital geral.

2 OBJETIVOS

Determinar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), através da aplicação do Inventário Beck de Depressão (BDI).

Verificar quais são os sintomas depressivos mais frequentes nesta população.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho

Foi realizado um estudo observacional transversal.

3.2 Local

Este estudo foi desenvolvido nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Nesse hospital, são internados não só pacientes dos municípios da Grande Florianópolis, mas também os provenientes do interior do estado de Santa Catarina, que necessitam de atendimento especializado ou elucidação diagnóstica não completada nas suas cidades de origem. As enfermarias de Clínica Médica são divididas em três (Clínica Médica 1, 2 e 3), as quais comportam 90 pacientes.

3.3 Amostra

A amostra foi composta por pacientes adultos internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, no período de maio a agosto de 2006. Os nomes de todos os pacientes que consecutivamente internavam neste hospital eram anotados e randomizados posteriormente. Foram elegíveis para participar deste estudo 254 pacientes. A amostra compreendeu 186 pacientes e foi composta de acordo com os seguintes critérios:

3.3.1 Critérios de Inclusão

- a) idade maior ou igual a 18 anos;
- b) consentimento do paciente após esclarecimento sobre o estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

- a) pacientes que não conseguiram colaborar de maneira adequada com a entrevista, por alterações decorrentes da doença de base ou da condição física geral: afasia, hipoacusia severa, prejuízo cognitivo, dispnéia e dor intensa;
- b) pacientes que se recusaram a participar;
- c) pacientes internados há mais de sete dias no momento da entrevista;
- d) pacientes reinternados;

e) causas administrativas

- pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista, por estarem em licença ou alta hospitalar, por transferência à UTI ou a outros hospitais ou ainda, por terem ido realizar exames em outra instituição de saúde.

3.4 Procedimentos

Para estimar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, foi realizado um estudo transversal, randomizando os pacientes que consecutivamente internaram neste serviço, no período de maio a agosto de 2006. Os pacientes selecionados eram convidados a participar do estudo, após esclarecimento por parte da pesquisadora quanto aos objetivos e natureza desse. Aqueles que se dispuseram a participar e que não preencheram nenhum dos critérios de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados, neste momento, dados sócio-demográficos e de história clínica, bem como foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI).

3.5 Instrumento

O Inventário Beck de Depressão foi elaborado com o intuito de medir os sintomas depressivos em adolescentes e adultos, tornando possível quantificar e comparar o nível dos sintomas depressivos em diversos estudos realizados pelo mundo.²³ Constituído de 21 itens é considerado um instrumento de auto-avaliação, com fácil aceitação e entendimento dos pacientes.

Cada item desta escala corresponde a um sintoma depressivo: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Os pacientes, após tomarem conhecimento dos quatro enunciados que caracterizam a intensidade de cada sintoma, escolheram a opção que melhor descrevia o sentimento que experimentaram da semana anterior à internação até o momento da entrevista.

A prevalência dos sintomas depressivos, então, foi avaliada através da soma de todos os pontos, podendo variar de 0 até 63. Os pontos de corte propostos no manual do BDI²⁴ são de 0 a 9 para depressão mínima, 10 a 16 para depressão leve, 17 a 29 para depressão moderada e 30 a 63 para depressão grave.

Neste mesmo manual,²⁴ Beck sugere algumas mudanças quando esta escala for aplicada em pacientes com doenças físicas. Nestes pacientes, os sintomas somáticos da síndrome depressiva (últimos oito itens da escala) podem ser explicados unicamente pela patologia de base. Para evitar confusão diagnóstica, seriam considerados sintomas depressivos, nessa população, os treze primeiros itens, chamados de sintomas cognitivo-afetivos da depressão. Assim, tem-se uma escala reduzida, o BDI-13, onde os pacientes que pontuam acima de 10 são considerados deprimidos, ou seja, apresentam sintomas depressivos significativos (moderados a graves). Esta versão do BDI mostrou-se válida quando usada em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de hospitais brasileiros.²⁵

Foi utilizada nesse estudo a versão validada em português do Inventário Beck de Depressão em amostras brasileiras.²⁶

3.6 Análise Estatística

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios padrão. Foram considerados como tendo sintomas depressivos os pacientes que obtiveram escore maior que 10 na subescala cognitivo-afetiva do BDI. Na escala completa (BDI-21), que incluem os sintomas somáticos, estabeleceu-se como deprimidos aqueles que pontuaram acima de 16. Além disso, foram descritas as frequências de cada sintoma depressivo do BDI-21.

Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 10.0 para Windows.²⁷

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram orientados sobre o estudo e informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os médicos assistentes foram avisados quando os pacientes apresentaram sintomas depressivos significativos, para que pudessem instituir o tratamento adequado e possibilitar a melhora desses.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

Foram elegíveis para o estudo 254 pacientes. Sessenta e oito preencheram algum critério de exclusão. Desses, 31 apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista (45,6%), 15 se recusaram em participar do estudo (22,1%), 14 foram excluídos devido a causas administrativas (20,6%), 4 por não terem 18 anos completos (5,9%) e 4 por reinternação (5,9%).

Assim, a amostra foi composta por 186 pacientes. Desses, grande parte era do sexo masculino (60,2%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $48,7 \pm 15,3$ anos, tendo como idade mínima 18 anos e máxima, 90. A maioria dos participantes apresentava escolaridade média \pm DP de $6,2 \pm 4,0$ anos, era casada ou mantinha união estável (67,2%) e possuía renda familiar média \pm DP de $3,8 \pm 3,6$ salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sócio-demográficas da amostra.

As doenças digestivas (32,3%) e as doenças respiratórias (19,9%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra desse estudo. A maioria deles (32,8%) permaneceu internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes às características clínicas da amostra se encontram nas **Tabelas 2 e 3**.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra incluída (N = 186)

Características	N (186)	%
Sexo		
Masculino	112	60,2
Feminino	74	39,8
Idade (anos)		
18 a 64	157	84,4
Maior ou igual a 65	29	15,6
Estado Civil		
Casado (a)/ união estável	125	67,2
Solteiro (a)	24	12,9
Separado (a)	21	11,3
Viúvo (a)	16	8,6
Renda familiar (salários mínimos)		
Menor que 2	36	19,4
2 a 4	89	47,8
5 a 6	27	14,5
Maior que 6	23	12,4
Não sabe/omitiu informação	11	5,9
Escolaridade (anos)		
0	16	8,6
1 a 4	71	38,2
5 a 8	47	25,3
Maior que 8	52	28,0

Tabela 2 - Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10*.

Motivo da Internação	N (186)	%
Digestivas	60	32,3
Respiratórias	37	19,9
Cardíacas/Circulatórias	24	12,9
Hematológicas/Imunitárias	18	9,7
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	12	6,5
Neurológicas	9	4,8
Osteomusculares/Tecido conjuntivo	6	3,2
Genitourinárias	5	2,7
Mal-definidas	5	2,7
Neoplasias	4	2,2
Infeciosas/Parasitárias	3	1,6
Pele/Subcutâneo	1	0,5
Lesões/Envenenamentos	1	0,5
Causas externas	1	0,5

*CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão

Tabela 3 - Especialidades nas quais os pacientes da amostra estiveram internados.

Especialidade	N (184)	%
Gastroenterologia	61	32,8
Pneumologia	34	18,3
Cardiologia	24	12,9
Clínica Médica	22	11,8
Hematologia	17	9,1
Endocrinologia	11	5,9
Neurologia	9	4,8
Outras	8	4,3

4.2 Prevalência dos sintomas depressivos

De acordo com a subescala cognitivo-afetiva do BDI, 32,3% dos pacientes obtiveram escores superiores a 10, configurando síndrome depressiva moderada a grave. Ao utilizar-se a escala completa do BDI, 83 pacientes (44,6%) apresentaram sintomas depressivos significativos, considerando como pontuação de corte 16/17.

Quando analisado cada item do BDI separadamente, observou-se que, na subescala cognitivo-afetivo, houve uma maior prevalência de sintomas moderados a graves nos itens que correspondem a irritabilidade (47,3%) e indecisão (30,6%), como mostra a **Tabela 4**. Em relação aos sintomas somáticos, dificuldade no trabalho (46,8%) e falta de energia (43,5%) foram os mais freqüentes.

Tabela 4 Presença de sintomas depressivos de acordo com o BDI*

Sintomas	Ausente a leve[†] (%)	Moderado a grave[‡] (%)
Cognitivo-afetivos		
Tristeza	83,3	16,7
Desesperança	79,6	20,4
Sensação de fracasso	83,9	16,1
Anedonia	83,3	16,7
Culpa	84,4	15,6
Sentimento de punição	78,5	21,5
Autodepreciação	91,4	8,6
Autopunição	72,0	28,0
Ideação suicida	93,5	6,5
Choro fácil	76,9	23,1
Irritabilidade	52,7	47,3
Retraimento social	83,9	16,1
Indecisão	69,4	30,6
Somáticos		
Mudança na imagem corporal	73,7	26,3
Dificuldade no trabalho	53,2	46,8
Distúrbio do sono	61,8	38,2
Falta de energia	56,5	43,5
Falta de apetite	74,2	25,8
Perda de peso	74,7	25,3
Preocupação somática	69,4	30,6
Perda da libido	71,6	28,4

*BDI: Inventário Beck de Depressão

[†] Ausente a leve: pontuação de 0 ou 1 no item em questão

[‡] Moderado a grave: pontuação de 2 ou 3 no item em questão

5 DISCUSSÃO

Dos pacientes que participaram deste estudo, 32,3% apresentaram síndrome depressiva moderada a grave segundo a subescala cognitivo-afetiva do BDI. Quando foi utilizada a escala completa desse instrumento para a análise da frequência de sintomas depressivos em pacientes internados no hospital geral, aproximadamente metade da amostra (44,6%) manifestou sintomatologia significativa.

A prevalência de depressão nesses casos é muito controversa na literatura médica. Alguns estudos mostram que a frequência dessa doença nos pacientes do hospital geral é inferior a 20%,^{8,15-18,22} enquanto outros apontam presença de sintomas depressivos importantes em 29 a 51,1% dos entrevistados.^{14,19-21} Tamanha diferença na prevalência de depressão pode ser explicada pela metodologia empregada nos estudos, principalmente os critérios utilizados por cada autor para definir quem apresenta essa doença.

A maioria dos trabalhos revisados utilizou escalas para medir sintomas depressivos nos pacientes estudados e também para determinar quais deles constituem o grupo dos deprimidos. A escala mais empregada foi o BDI completo, incluindo os sintomas cognitivos, afetivos e somáticos da síndrome depressiva. As prevalências encontradas nos estudos que utilizaram esse instrumento variaram de 12,1 a 51,1%, ressaltando a importância do ponto de corte (a pontuação determinante para o diagnóstico de depressão) na análise da frequência dos sintomas depressivos. Zapata e Menchola,¹⁴ ao definir como deprimidos os pacientes que pontuaram acima de 16 no BDI-21, concluíram, em seu estudo, que 38,9% estavam com síndrome depressiva. Outras pesquisas estabeleceram ponto de corte de 13/14 e observaram as seguintes prevalências de depressão: 29%,¹⁹ 51,1%²⁰ e 47,8%.²¹ Alguns autores preferiram considerar deprimidos aqueles pacientes que apresentaram sintomas depressivos graves, ou seja, que pontuaram acima de 20 no BDI, obtendo, dessa forma, prevalências de 14%²² e 12,1%.¹⁸

A diferença encontrada entre os pontos de corte estabelecidos pelos autores remete a uma importante preocupação: acima de que pontuação pelo BDI pode-se suspeitar que um paciente esteja deprimido? Não se deseja classificar como deprimidos pacientes com sintomas depressivos leves, que podem ser explicados pela própria doença física (como inapetência, emagrecimento, fadiga) ou pelo sofrimento psíquico provocado por perceber-se gravemente doente e internado em um hospital. Para evitar tais falsos positivos, consideram-se deprimidos

aqueles que apresentam sintomatologia depressiva de intensidade moderada a grave, que estão sofrendo além do considerado normal nestas situações. Conforme o Manual do BDI de 1993,²⁴ estes sintomas correspondem a uma pontuação superior a 16 (moderado) e a 29 (grave) no BDI total.

No presente estudo, quando utilizado a escala completa (BDI-21) com o ponto de corte definido por este manual (16/17), observou-se sintomas depressivos moderados a graves em 44,6% da amostra. Esta prevalência foi maior do que a encontrada por Zapata e Menchola,²⁴ que verificaram tais sintomas em 38,9% dos pacientes. Pode ter contribuído para essa diferença de 5,7 pontos percentuais as características da população que utiliza o HU-UFSC. Muitos pacientes, com doenças físicas graves, provenientes de outras cidades do estado permanecem internados neste hospital por longos períodos, distantes da família e sem amparo psicológico, expressando, assim, sintomas depressivos de forma mais intensa.

É interessante observar a diferença na taxa de prevalência de depressão encontrada nesse estudo, utilizando os dois instrumentos: o BDI-13 e o BDI-21. Com a forma completa do BDI, encontrou-se uma prevalência maior (12,2 pontos percentuais a mais) àquela da forma reduzida. Isso provavelmente se deve ao fato dos sintomas somáticos da depressão serem muito relatados pelos pacientes que estão internados com doenças físicas graves.

Todos os estudos mencionados acima utilizaram escalas para estimar a prevalência de depressão. Esses instrumentos não são indicados para diagnóstico, e, sim, para rastreamento da doença ou para obter-se uma idéia aproximada da sua prevalência. As frequências obtidas através de escalas são, em geral, falsamente aumentadas em relação à frequência real. Pode-se perceber isso analisando os estudos que utilizaram entrevistas semi-estruturadas ou avaliação clínica para definição de depressão. Eles apresentaram menores taxas de prevalência quando comparados aos que utilizaram escalas: 11%,¹⁵ 20%⁸ e 8,9%.¹⁷

Ao analisar separadamente cada item do BDI-13, observou-se que os sintomas mais prevalentes foram relacionados à irritabilidade, à dificuldade em tomar decisões, ao choro fácil e à autopunição. O humor depressivo e a anedonia, sintomas centrais da síndrome depressiva, não estiveram entre os sintomas mais relatados pelos pacientes. Esse resultado sugere que muitos sintomas depressivos expressos no hospital geral não estão relacionados à depressão enquanto entidade nosológica (depressão maior), e sim ao contexto de sofrimento físico e psíquico que ali se vivencia.

Esse estudo, como toda pesquisa científica, possui algumas limitações. O uso de uma escala para a determinação da prevalência de depressão é uma delas. Outra limitação importante é o local da amostra: um hospital de referência e de alta complexidade. A

população estudada apresenta características sócio-demográficas, clínicas e culturais específicas, não permitindo que se faça uma correlação direta dos achados com outros hospitais de menor nível de complexidade.

Encontrar, em um terço dos pacientes internados em um hospital geral, sintomas depressivos moderados a graves é um resultado inquietante, suscitando reflexões em todos os profissionais envolvidos na assistência a esses pacientes. A extenuante busca pelo diagnóstico e pela melhora da condição clínica faz com que a equipe médica concentre sua atenção no que o corpo tem a revelar e nos parâmetros para avaliá-lo. Para o paciente, o sofrimento físico também se traduz em sofrimento psíquico, este muitas vezes tão ou mais intenso do que àquele que motivou a internação. Considerar esses sintomas como parte importante no exame clínico faz-se necessário, não apenas pela sua alta prevalência, mas também por serem capazes de alterar significativamente o prognóstico do paciente.¹⁰

É importante focar, sim, na doença física, mas não esquecer que se está cuidando de um ser biopsicossocial, cheio de sentimentos, medos, angústias, crenças e valores. Talvez seja esse o tão buscado olhar holístico que a área da saúde vem procurando encontrar, em meio a séculos de história. Os resultados dessa pesquisa apenas confirmam a necessidade de continuar essa incessante busca, mesmo que seus caminhos sejam tortuosos e imprevisíveis, como são as reações dos próprios seres humanos.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos moderados a graves avaliados através do BDI-13 em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foi de 32,3%.

Os sintomas cognitivo-afetivos mais prevalentes foram irritabilidade (47,3%) e indecisão (30,6%).

REFERÊNCIAS

1. Spitz L. Reações psicológicas à doença e ao adoecer. In: Figueiredo A, Leibing A, editores. Saúde mental no hospital geral. Cadernos do IPUB nº 6. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.
2. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry* 1996;168(Suppl. 30):109-16.
3. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença física. *J Bras Psiq* 2006;55(1):8-19.
4. Gauer GJC, Furlanetto LM, Juruema MF, Vieira RM. Transtornos do humor. In: Neto AC, Gauer GJC, Furtado NR, editores. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. 1 ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p. 386-406.
5. Botega NJ, Furlanetto LM, Fráguas RJ. Depressão. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 225-246.
6. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
7. Cavanaugh S. Depression in the medically ill. *Critical issues in diagnostic assessment. Psychosomatics* 1995;36(1):48-59.
8. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiq* 1996;6(45):363-370.
9. Lesperance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Theroux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med* 2000;160(9):1354-60.
10. Furlanetto LM, von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41(5):426-32.
11. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 2005;19(2):113-22.
12. Sullivan MD, LaCroix AZ, Baum C, Grothaus LC, Katon WJ. Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am J Med* 1997;103(5):348-56.
13. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58(3):175-89.

14. Zapata C, Menchola J. Relation between irritable bowel syndrome symptoms and depressive symptoms in hospitalized patients. *Rev Gastroenterol Peru* 2005;25(2):156-60.
15. Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação nas enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr* 1998;47(12):609-617.
16. Beausang P, Syeed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* 1998;43(6):177-80.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saude Publica* 1995;29(5):355-63.
18. Nascimento C, Noal M. Depressão em pacientes internados num hospital-escola. *Rev Psiquiatr RS* 1992;14(3):162-8.
19. Lykouras E, Loannidis C, Voulgari A, Jemos J, Tzonou A. Depression among general hospital patients in Greece. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79(2):148-52.
20. Machado S, Pechansky F, Townsend R, Schneider F. Depressão em hospital geral: dados preliminares. *Rev Psiquiatr RS* 1988;10(3):57-62.
21. Yang LL, Zuo CY, Su LY, Eaton MT. Depression in Chinese medical inpatients. *Am J Psychiatry* 1987;144(2):226-8.
22. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24(9):809-15.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
24. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
25. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86(1):87-91.
26. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.
27. Norussis MJ. SPSS/PC 10.0 Base Manual. In. Chicago: SPSS Inc; 2000.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 17 de novembro de 2005.

APÊNDICE

FICHA DE COLETA DE DADOS

Excluído?

Impossibilidade física Administrativas Menor que 18 anos Reinternação Recusa

1- Nome:..... Tel:.....

2- Data da Internação:...../...../..... Pront:..... Leito:

3- Motivo da Internação (CID-10):.....

Especialidade: CM cardio pneumo gastro endocrino neuro hemato outras

4- Sexo: Masc Fem

5- Idade:..... Data de Nasc.:/...../.....(dd/mm/aaaa)

6- Estado Civil: Solteiro Casado/Amasiado Viúvo Separado/Divorciado

7- Escolaridade:anos

8- Renda familiar: salários mínimos

Inventário Beck de Depressão

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
Total	

Data da pesquisa:/...../.....