

**MARIANA COSTA SILVA**

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS  
DE PACIENTES DEPRIMIDOS INTERNADOS EM  
ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA**

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

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2008**

**MARIANA COSTA SILVA**

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS  
DE PACIENTES DEPRIMIDOS INTERNADOS EM  
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA**

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

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

**Professor Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Letícia Maria Furlanetto.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2008**

## DEDICATÓRIA

*Aos pacientes,  
por terem compartilhado seus sentimentos mais íntimos  
e por me ensinarem tanto ao longo desses anos.*

## AGRADECIMENTOS

À professora Letícia, minha madrinha desde a semana de acolhimento! Médica e professora admirável, que me mostrou o grande valor da palavra “orientadora” e me guiou durante minha formação e na confecção desse trabalho.

Ao grupinho do LETH, pessoas muito queridas e dedicadas. Com certeza, esse trabalho também é de vocês!

Aos meus pais, César e Betinha, pelo exemplo, pelo carinho, pelo apoio e por todas as oportunidades que me proporcionaram.

Ao Lipe, meu companheirinho e amigo de todos os dias, pelas risadas e por confiar tanto na irmãzinha...

Ao Renato, o maior incentivador desse trabalho! Pelas ótimas dicas, por todo o amor e carinho, e por sempre querer me ver feliz.

Aos grandes amigos e familiares, por tornarem esses anos muito mais leves e divertidos. Levo o jeitinho especial de cada um no coração!

## RESUMO

**Objetivos:** Detectar características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes deprimidos internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

**Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, em que foram consecutivamente randomizados 737 pacientes internados na Clínica Médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007. Destes, 25,1% foram excluídos. Na primeira semana de internação, os pacientes foram entrevistados, coletando-se dados sócio-demográficos e clínicos, incluindo história de doenças mentais e hábitos não saudáveis. Utilizaram-se o Inventário Beck de Depressão (BDI), o Índice Charlson de Comorbidade Física e uma escala NRS-11, para medir sintomas depressivos, gravidade física objetiva e percepção de gravidade física, respectivamente. Consideraram-se como tendo sintomas depressivos significativos, aqueles que pontuaram acima de 10 na soma dos primeiros 13 itens do BDI (subescala cognitivo-afetiva). Foram utilizados os testes T de Student e do Qui-quadrado para comparar pacientes deprimidos e não deprimidos.

**Resultados:** Dos 552 pacientes que compuseram a amostra, 27,3% estavam deprimidos. Esses possuíam renda familiar e escolaridade mais baixas ( $p=0,03$ ), mais história pessoal de alcoolismo ( $p=0,005$ ) e de depressão ( $p<0,001$ ), mais história familiar de alcoolismo ( $p=0,02$ ) e de depressão ( $p=0,02$ ), mais hábito de fumar ( $p<0,001$ ) e maior percepção de gravidade física ( $p=0,02$ ).

**Conclusões:** Os deprimidos apresentavam, com maior freqüência, escolaridade e renda menores, hábito de fumar, antecedentes pessoais e familiares de alcoolismo e depressão e percebiam sua doença como mais grave. A presença dessas características deveria chamar a atenção dos clínicos para um possível diagnóstico de depressão.

**Palavras-chave:** Sintomas depressivos; pacientes internados; doenças físicas; hospitalares gerais; características.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine sociodemographic and clinical characteristics of depressive inpatients at the general medical wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

**Method:** In a transversal study, 737 medical inpatients admitted to the general medical wards of the HU-UFSC were randomized between May/2006 and December/2007. Twenty-five percent of these patients were excluded. The patients were interviewed in the first week of hospitalization. Sociodemographic and clinical data were collected, including history of mental disorders and unhealthy lifestyle habits. The following scales were used: the Beck Depression Inventory (BDI), a NRS-11 scale to assess the patients' perception of disease status and the Charlson Comorbidity Index. Patients who scored above 10 in the cognitive-affective subscale (first 13 items) of the BDI were considered as having significant depressive symptoms. The T Student and the Chi-Square tests were used to compare patients with and without depression.

**Results:** The sample was composed of 552 patients. Twenty-seven percent of them were depressed. Depressive patients had lower household income, lower education ( $p=0.03$ ), had more personal history of alcohol-related disorders ( $p=0.005$ ) or depression ( $p<0.001$ ), had more family history of alcohol-related disorders ( $p=0.02$ ) or depression ( $p=0.02$ ), were more often smokers ( $p<0.001$ ) and perceived their disease as more severe ( $p=0.02$ ).

**Conclusion:** The characteristics associated with depressive disorders were low household income, low education, personal and family history of alcohol-related disorders or depression, smoking and perception of the disease as more severe. Internal medicine physicians should suspect of depression in medical inpatients with these characteristics.

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

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO</b> .....	i
<b>FOLHA DE ROSTO</b> .....	ii
<b>DEDICATÓRIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iv
<b>RESUMO</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>SUMÁRIO</b> .....	vii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVO</b> .....	6
<b>3 MÉTODOS</b> .....	7
<b>3.1 Desenho</b> .....	7
<b>3.2 Local</b> .....	7
<b>3.3 Amostra</b> .....	7
3.3.1 Critérios de exclusão.....	7
<b>3.4 Procedimentos</b> .....	8
<b>3.5 Medidas</b> .....	8
3.5.1 Questionário de variáveis sócio-demográficas.....	8
3.5.2 Gravidade física objetiva.....	8
3.5.3 Percepção de gravidade física.....	8
3.5.4 História de doença mental.....	9
3.5.5 Hábitos de vida.....	9
3.5.7 Sintomas depressivos.....	9
<b>3.6 Análise estatística</b> .....	10
<b>3.7 Aspectos éticos</b> .....	10
<b>4 RESULTADOS</b> .....	11
<b>4.1 Descrição da amostra</b> .....	11
<b>4.2 Características dos pacientes deprimidos</b> .....	14
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	16
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	19

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
<b>NORMAS ADOTADAS</b> .....	24
<b>ANEXO</b> .....	25
<b>FICHA DE AVALIAÇÃO</b> .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos representam um problema de saúde pública mundial devido à alta prevalência, à grande procura por serviços de saúde, ao potencial de cronificação e recorrência e aos prejuízos no estado de saúde e capacidade funcional do indivíduo acometido.<sup>1-6</sup> A importância do diagnóstico da depressão no contexto médico torna-se evidente quando se observa sua alta prevalência nos serviços de saúde gerais e sua freqüente associação com sintomas e doenças físicas.<sup>7, 8</sup> Além disso, sintomas depressivos podem piorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes com doenças físicas.<sup>9-15</sup> Sabe-se, contudo, que é alta a freqüência de casos de depressão não diagnosticada ou conduzida de forma inadequada.<sup>7, 8, 16-18</sup>

Sintomas como tristeza, choro, irritabilidade, pessimismo, são respostas humanas naturais ao sentimento de dano, perda, incerteza e vulnerabilidade. Assim, freqüentemente acompanham doenças clínicas. Na maioria dos casos são de intensidade leve e remitem assim que há tempo suficiente para adaptação àquela situação. Entretanto, em indivíduos predispostos, o comprometimento da aparência física, a incapacitação e a mudança de vida, associadas à doença física, são fatores de risco para a depressão. Saber o tênue limite entre quando o sofrimento torna-se um transtorno depressivo é um desafio tanto para clínicos quanto para psiquiatras que trabalham com doenças físicas.<sup>19</sup>

Outro fator que dificulta o diagnóstico de depressão no contexto médico é que os sinais e sintomas vegetativos e somáticos, que fazem parte dos critérios diagnósticos da depressão (fadiga, alterações de peso, sono, apetite, libido e psicomotricidade), podem ter como causa a hospitalização, a doença de base e as medicações. Existe ainda a “desmoralização” que se refere ao sentimento de baixa auto-estima experimentado por indivíduos sem depressão em decorrência da condição de vida adversa crônica (afastamento do trabalho, marginalidade social, doença física crônica, etc.).<sup>19, 20</sup>

É importante despertar o interesse dos médicos para o diagnóstico e o tratamento dos transtornos depressivos, pois se sabe que muitos não identificam, não tratam ou não encaminham para avaliação e tratamento psiquiátricos.<sup>7, 8, 16-20</sup> Um estudo realizado nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário de Gênova mostrou que apenas metade dos pacientes deprimidos foram diagnosticados e, desses pacientes diagnosticados, apenas 40% recebeu antidepressivo.<sup>8</sup> Resultados semelhantes foram encontrados em um

hospital geral de Blumenau,<sup>7</sup> onde apenas 43,8% dos pacientes com transtornos depressivos recebeu tratamento adequado (prescreveu-se benzodiazepínicos para a maioria dos pacientes depressivos).

Um maior conhecimento sobre as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes deprimidos poderá ajudar sua identificação, principalmente em ambientes hospitalares, onde o humor depressivo muitas vezes é visto como uma reação normal a essa situação adversa.<sup>19</sup> Ao se revisar estudos sobre depressão e doença física, observa-se que esse tema vem sendo foco de atenção, em especial no que tange à pior evolução dos pacientes deprimidos,<sup>2-6, 9-15, 21-23</sup> à forte associação com história prévia de depressão,<sup>7, 10, 14, 22, 24, 25</sup> e a suas características sócio-demográficas.<sup>4, 7, 9, 10, 14, 15, 22, 26, 27</sup>

As características sócio-demográficas que mais comumente se correlacionaram à depressão foram: ser do sexo feminino,<sup>4, 7, 9, 14, 15, 22, 27</sup> ser mais jovem,<sup>4, 9, 14, 15, 27</sup> ter baixa renda familiar,<sup>4, 7, 9, 26, 28, 29</sup> ter baixa escolaridade<sup>10, 14, 25-27, 30</sup> e não estar casado.<sup>9, 14, 22, 27</sup> A associação com baixo suporte social também foi identificada por alguns estudos.<sup>9, 24, 28</sup> Em um trabalho com pacientes internados devido a causas cardiológicas, observou-se que pacientes deprimidos eram mais desempregados.<sup>14</sup>

A história prévia de depressão ou outra doença psiquiátrica mostrou-se fortemente associada à depressão em muitos estudos.<sup>7, 10, 14, 22, 24, 25</sup> Uma pesquisa, realizada com idosos internados em dois hospitais gerais, mostrou que um terço dos pacientes deprimidos apresentava uma história pessoal prévia de depressão.<sup>24</sup> Já outra, realizada com pacientes internados devido a doenças cardíacas, mostrou que não só a história de depressão, mas também a história de outros transtornos psiquiátricos, pessoais ou familiares, tiveram correlação com esta condição.<sup>14</sup>

A gravidade da doença física não se correlacionou com o aparecimento dos sintomas depressivos e com a gravidade desses sintomas na maioria dos trabalhos recentes.<sup>9, 11, 22, 31</sup> Observa-se, contudo, que pacientes deprimidos têm a percepção de que sua doença física é mais grave,<sup>9, 29</sup> além de relatarem mais sintomas da doença física.<sup>32, 33</sup> Foi constatado que sintomas depressivos estão fortemente associados com maior sintomatologia, maior limitação funcional e pior qualidade de vida referidas pelos pacientes com doença arterial coronariana avançada. A fração de ejeção e o grau de isquemia miocárdica, contudo, não apresentaram correlação com essas variáveis.<sup>9</sup>

Apesar de não diferirem quanto à gravidade física objetiva, sabe-se que pacientes deprimidos apresentam um pior prognóstico e costumam cursar com maiores complicações de sua doença física, maior procura pelos serviços de saúde, maior hospitalização, maior tempo

de internação e maior mortalidade.<sup>4, 11, 12, 21-23</sup> Dados esses que chamam atenção para o efeito deletério da depressão em pacientes com doenças físicas. Uma pesquisa realizada nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário de Santa Catarina mostrou que a história prévia ou o diagnóstico de depressão, predizem, de forma independente, a mortalidade durante a internação.<sup>12</sup>

Alguns trabalhos se propuseram a avaliar os hábitos de vida associados à depressão.<sup>34-</sup>  
<sup>36</sup> Ao pesquisar-se essa associação em pacientes com diabetes mellitus, encontrou-se uma maior frequência de sedentarismo, tabagismo, baixa aderência ao tratamento proposto e dieta pobre em vegetais e frutas e rica em gorduras nos pacientes deprimidos.<sup>36</sup> Vários estudos encontraram uma alta correlação com o hábito de fumar<sup>10, 14, 26, 27, 29</sup> e alguns, encontraram associação com o maior consumo de bebidas alcoólicas.<sup>26, 34, 35</sup> Em uma pesquisa realizada com pacientes submetidas a cirurgia devido a câncer de mama, constatou-se que as pacientes deprimidas apresentavam maior ingestão alcoólica.<sup>26</sup>

Observa-se que a maioria dos trabalhos sobre as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes deprimidos com doenças físicas foi realizada em grupos específicos de pacientes pertencentes a uma determinada especialidade médica. O conhecimento das características dos pacientes internados em enfermarias de clínica médica, que é um grupo heterogêneo, poderia ajudar no diagnóstico precoce desses pacientes.

Os **Quadros 1 e 2** detalham os trabalhos que descreveram as características dos pacientes clínicos deprimidos, internados e ambulatoriais, respectivamente.

**Quadro 1** - Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes deprimidos internados em hospitais gerais.

Autor, ano	N	Amostra*	Instrumentos†	Características	
				Sócio-demográficas	Clínicas
Cicognini & Furlanetto, 2006 <sup>7</sup>	125	Clínica Médica	MINI, BDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ ↓Renda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História pessoal de depressão</li> <li>▪ Uso de psicotrópicos</li> </ul>
Furlanetto et al, 2006 <sup>25</sup>	104	Hematologia	CCI e BDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓Escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História pessoal de depressão</li> <li>▪ ↑Gravidade física</li> <li>▪ Sensação de fracasso, anedonia, culpa, fadiga</li> </ul>
McCusker et al, 2005 <sup>24</sup>	1686	Idosos	DIS, DSM IV, MMSE, OAADL, CCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓Suporte Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História pessoal de depressão</li> <li>▪ Prejuízo cognitivo</li> <li>▪ ↑Limitação funcional</li> </ul>
Cheok et al, 2003 <sup>14</sup>	1455	Cardiologia	CES-D, HADS, SF-36, AQoL, PSSS, LOT-R, PTSD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Mais jovens</li> <li>▪ Separados</li> <li>▪ ↓Escolaridade</li> <li>▪ Desempregados</li> <li>▪ Morando só</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História de doença psiquiátrica</li> <li>▪ História de doenças crônicas</li> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ ↑IMC‡</li> <li>▪ ↓Qualidade de vida</li> </ul>
Martin et al, 2003 <sup>30</sup>	260	Clínica Médica	STAI, HADS, BDI, APACHE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Mais velhos</li> <li>▪ ↓Escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↑Limitação funcional</li> <li>▪ ↑Percepção de gravidade</li> <li>▪ ↓Percepção de cura</li> </ul>
Furlanetto et al, 1998 <sup>22</sup>	241	Clínica Médica	BDI, SADS-M, CID-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Separados</li> <li>▪ Viúvos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História pessoal ou familiar de depressão</li> <li>▪ ↑Tempo de diagnóstico</li> <li>▪ ↑Internações</li> <li>▪ Dor difusa</li> <li>▪ Desconforto físico</li> </ul>
Koenig, 1998 <sup>28</sup>	542	Idosos com ICC	DIS, DSM-IV, MMSE, CES-D, HDRS, CIRS, ADL, DAS-15, 12-SLE, 11-DSSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mais jovens</li> <li>▪ ↓Renda</li> <li>▪ ↓Suporte social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História pessoal de doença mental</li> <li>▪ História pessoal de depressão</li> <li>▪ Gravidade da doença física</li> <li>▪ ↑Limitação funcional</li> <li>▪ ↑Eventos traumáticos na vida</li> </ul>

\*Métodos de seleção da amostra = especialidades nas quais os pacientes estavam internados, doença ou faixa etária

†Instrumentos utilizados = MINI: Mini-International Neuropsychiatric; BDI: Inventário Beck de Depressão Interview; CCI: Charlson Comorbidity Index; DIS: Diagnostic Interview Schedule; DSM IV: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª edição; MMSE: Mini-Mental State Examination; OAADL: Older Americans Research and Service Activity of Daily Living Scale; CES-D: Center for epidemiological studies depression scale; HADS: Hospital anxiety and depression scale; SF-36: Health-related Quality of Life Short Form; AQoL: Assessment of Quality of life; PSSS: Perceived Social Support Scale; LOT-R: Life Orientation Test Revised; PTSD: Post traumatic stress disorder; STAI: State Trait Anxiety Inventory; APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SADS-M: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; CID-10: International Classification of Disease 10<sup>th</sup> Revision; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; ADL: Activity of Daily Living Impairment Scale; CIRS: Cumulative Illness Rating Scale; DAS-15: 15 Item - Dysfunctional Attitudes Scale; 12-SLE: 12 Item – Stressful Life Events; DSSI: Duke Social Support Index

‡ IMC = Índice de Massa Corpórea

§ ICC = Insuficiência Cardíaca Congestiva

**Quadro 2** - Características dos pacientes ambulatoriais com doenças físicas e sintomas depressivos

Autor, ano	N	Amostra*	Instrumentos†	Características	
				Sócio-demográficas	Clínicas
Christensen et al, 2008 <sup>26</sup>	3321	Pós-op de CA de mama	BDI, CCI, SF-36	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jovens</li> <li>▪ ↓Renda</li> <li>▪ ↓Escolaridade</li> <li>▪ Separados</li> <li>▪ ↓Suporte social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História de doença psiquiátrica</li> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ Sedentários</li> <li>▪ ↑Ingesta alcoólica</li> <li>▪ ↑IMC‡</li> </ul>
Boulware et al, 2006 <sup>10</sup>	917	Diálise	MHI-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓Escolaridade</li> <li>▪ Negros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ Uso de antidepressivos</li> <li>▪ ↑PA sistólica</li> <li>▪ ↑Leucócitos</li> </ul>
Bonnet et al, 2005	1612	Risco para DCV	HAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não avaliou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ Sedentários</li> <li>▪ Dieta calórica, com ↑colesterol e ↓gordura poliinsaturada</li> <li>▪ ↑Consumo de álcool em mulheres</li> </ul>
Gottlieb et al, 2004 <sup>15</sup>	155	ICC	SF-36, MLWHF, BDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Jovens</li> <li>▪ Brancos, entre homens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓Qualidade de vida</li> <li>▪ HAS§</li> </ul>
Katon et al, 2004 <sup>27</sup>	4385	DM	PHQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Jovens</li> <li>▪ ↓Escolaridade</li> <li>▪ Não casados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ ↑Comorbidades</li> <li>▪ ↑Complicações do DM, nos homens</li> <li>▪ ↑IMC</li> <li>▪ Uso de insulina</li> <li>▪ ↑HbA1c  </li> </ul>
Egede & Zheng, 2003 <sup>29</sup>	1810	DM	CIDI-SF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Jovens</li> <li>▪ ↓Renda</li> <li>▪ ↑Escolaridade</li> <li>▪ Separados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ ↑Percepção de gravidade</li> <li>▪ ↑Complicações do DM¶</li> <li>▪ ↓Tempo de duração da doença</li> </ul>
Ruo et al, 2003 <sup>9</sup>	1024	DAC	PHQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres</li> <li>▪ Jovens</li> <li>▪ ↓Renda</li> <li>▪ Não casados</li> <li>▪ ↓Suporte social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumantes</li> <li>▪ História de DM ou IAM**</li> <li>▪ ↑Percepção de gravidade</li> <li>▪ ↑Sintomas</li> <li>▪ ↑Limitação física</li> <li>▪ ↑Estresse</li> <li>▪ ↓Qualidade de vida</li> </ul>

\* Métodos de seleção da amostra por doenças que acarretaram a consulta = Pós-op: Pós Operatório; CA: Câncer; DCV: Doença Cardiovascular; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; DM: Diabetes Mellitus; DAC: Doença Arterial Coronariana

† Instrumentos utilizados = BDI: Inventário Beck de Depressão; CCI: Charlson Comorbidity Index; SF-36 Health - related Quality of Life Short Form; MHI-5: Sub-Escala do Medical Outcomes Study Short Form-36; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; MLWHF: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; PHQ: Patient Healthy Questionnaire; CIDI-SF: World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form

‡ IMC = Índice de Massa Corpórea

§ HAS = Hipertensão arterial sistêmica

|| HbA1c = Hemoglobina Glicada

¶ DM = Diabetes Mellitus

\*\* IAM = Infarto Agudo do Miocárdio

## **2 OBJETIVO**

Detectar as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC.

## 3 MÉTODOS

### 3.1 Desenho

Foi realizado um estudo 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). O HU-UFSC é um hospital de referência para o Estado de Santa Catarina, portanto atende os pacientes da Grande Florianópolis e também os provenientes do interior do estado. 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 (idade maior ou igual a 18 anos) internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC, no período de maio de 2006 a dezembro de 2007. Os nomes de todos os pacientes que consecutivamente internaram neste hospital foram anotados e randomizados posteriormente. Foram elegíveis para participar deste estudo 737 pacientes. Compuseram a amostra final 552 pacientes que consentiram e que não apresentaram nenhum critério de exclusão, conforme descrito abaixo.

#### 3.3.1 Critérios de exclusão

- Incapacidade física que impossibilitasse a realização da entrevista (por afasia, dispnéia, etc.).
- Prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência, de acordo com o DSM-IV\*<sup>37</sup> que impedisse a compreensão dos questionários).
- Idade menor que 18 anos.
- Recusa.
- Pacientes internados há mais de sete dias no momento da entrevista.
- Pacientes que já haviam participado deste estudo em internação prévia.

---

\* DSM IV = Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição.

- Causas administrativas (pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista por terem ido realizar exames em outra instituição de saúde, por estarem de licença hospitalar, por terem sido transferidos à UTI ou a outros hospitais).

### **3.4 Procedimentos**

Os pacientes foram esclarecidos quanto aos objetivos e à natureza do estudo, aqueles que concordaram e que não preencheram nenhum critério de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Coletaram-se os dados através de entrevista (vide **Anexo**) e de prontuário médico. Os questionários preenchidos estão descritos no item 3.5 a seguir.

### **3.5 Medidas**

#### **3.5.1 Questionário de variáveis sócio-demográficas**

Um questionário com dados sócio-demográficos, incluindo sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação dos pacientes foi preenchido. A raça foi categorizada em brancos e não-brancos (negros, pardos e amarelos).

#### **3.5.2 Gravidade física objetiva**

A gravidade física objetiva foi medida através do Índice Charlson de Comorbidade Física modificado para a idade.<sup>38</sup> Este foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico, uma vez que é capaz de prever mortalidade. Através dessa escala avalia-se não só o número de doenças, mas também, a gravidade dessas. Trata-se de uma graduação de acordo com a gravidade da doença, que estima a mortalidade em um ano. Se o paciente pontuar 5 ou mais, significa que ele terá uma chance de 85% de vir a falecer no próximo ano, 3 a 4 significa 52% de chance, 1 a 2 significa 26% de chance e 0 significa 12% de chance. No Índice Charlson modificado para a idade, acrescenta-se 1 ponto para cada década acima dos 40 anos.

#### **3.5.3 Percepção de gravidade física**

A percepção de gravidade física foi avaliada usando uma escala do tipo NRS (Numerical Rating Scale) de 11 pontos (0 a 10), onde foi perguntado:

- De zero a dez, qual melhor descreve a gravidade de sua doença no momento?  
Zero (0) seria “sem doença”, e dez (10) seria “doença mais grave possível”.

### **3.5.4 História de doença mental**

A história pessoal e a história familiar de doenças mentais foi abordada de acordo com modelo realizado por Koenig *et al.* (1997).<sup>39</sup> Os pacientes foram questionados a respeito de história pessoal e familiar de transtorno depressivo, de transtorno de ansiedade, de transtorno relacionado ao álcool, de história familiar de suicídio e sobre tentativas prévias de suicídio

### **3.5.5 Hábitos de vida**

Os pacientes foram questionados quanto à prática regular de exercícios físicos (no mínimo 30 minutos, 3 vezes por semana), se eram tabagistas e sobre quantas porções de frutas e quantas porções de vegetais ingeriam diariamente. Sendo que cada porção equivale à meia xícara de frutas ou vegetais (exceto batata), respectivamente.

### **3.5.6 Sintomas depressivos**

Foi utilizada nesse estudo a versão do Inventário Beck de Depressão validada para a língua portuguesa.<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup> Constituído de 21 itens é considerado um instrumento de auto-avaliação, com fácil aceitação e entendimento pelos pacientes: após tomarem conhecimento de quatro enunciados que caracterizam a intensidade de um sintoma depressivo, os pacientes escolhem a opção que melhor descreve o que têm sentido na última semana.

Beck sugere algumas mudanças quando esta escala for aplicada em pacientes com doenças físicas. Nesses pacientes, os sintomas somáticos da síndrome depressiva (distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido) poderiam ser explicados unicamente pela patologia de base. Para evitar confusão diagnóstica, são considerados nessa população apenas os treze primeiros itens, chamados de sintomas cognitivo-afetivos da depressão (tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão). Assim, tem-se uma escala reduzida, o BDI-13, na qual os pacientes que pontuam acima de 10 são considerados deprimidos, ou seja, apresentam sintomas depressivos significativos (moderados a graves). Essa versão do BDI mostrou-se válida quando usada em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de hospitais brasileiros.<sup>42</sup>

### **3.6 Análise estatística**

O programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 10.0 para Windows foi utilizado para a análise estatística.<sup>43</sup> Os valores de  $p \leq 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos. Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes e o teste do Qui-Quadrado para comparar os pacientes com sintomas depressivos e os pacientes sem sintomas depressivos com outras variáveis.

### **3.7 Aspectos éticos**

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/2006) com o título “Associação entre bem-estar, saúde física, mental e fatores associados”.

Os pacientes foram orientados quanto à natureza do estudo e foram informados que seu tratamento não seria alterado, caso sua decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os médicos assistentes foram alertados quando se detectou pacientes com transtornos mentais que poderiam se beneficiar de tratamento específico. O serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxiliaria no tratamento, caso o médico assistente solicitasse parecer.

Todos os dados estão guardados de forma confidencial com a coordenadora do projeto, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos. Todos os dados serão incinerados após dois anos da publicação dos trabalhos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Descrição da amostra

Foram elegíveis para o estudo 737 pacientes, no entanto, 185 preencheram algum critério de exclusão (25,1%). Desses, 103 (55,68%) apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista, 32 (17,3%) foram excluídos devido a causas administrativas, 12 (6,49%) por não terem 18 anos completos e 38 (20,54%) recusaram-se a participar do estudo.

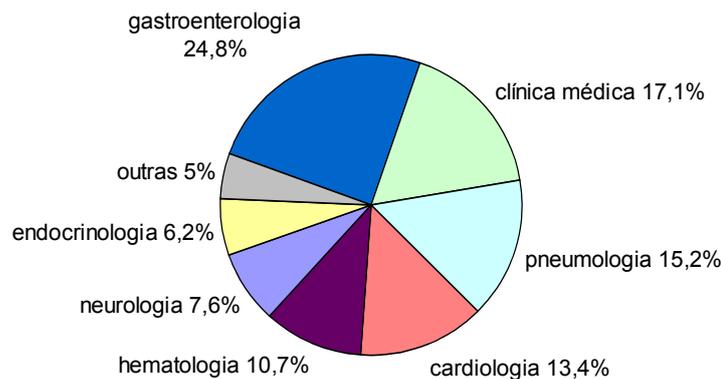
Assim, a amostra foi composta por 552 pacientes. Desses, 329 eram do sexo masculino (59,6%), com média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) de  $50,06 \pm 16,32$  anos, tendo como idade mínima 18 anos e máxima 90 anos. A maioria dos participantes apresentava escolaridade média  $\pm$  DP de  $6,17 \pm 3,9$  anos, era casada ou mantinha união estável (67%) e possuía renda familiar média  $\pm$  DP de  $3,62 \pm 3,18$  salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sócio-demográficas da amostra.

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas dos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007 (N=552).

<b>Características</b>	<b>N (552)*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	329	59,5
Feminino	223	40,5
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 64	438	79,3
Maior ou igual a 65	114	20,7
<b>Raça*</b>		
Branco	333	60,3
Não-branco	209	37,9
<b>Estado civil*</b>		
Casado(a)/ união estável	370	67
Separado(a)	60	10,9
Solteiro(a)	75	13,6
Viúvo(a)	45	8,2
<b>Renda familiar (salários mínimos)*</b>		
Menor que 2	109	20,4
2 a 4	285	53,3
5 a 6	71	13,3
Maior que 6	70	13,1
<b>Escolaridade (anos)*</b>		
0	38	6,9
1 a 4	215	39,2
5 a 8	78	14,2
Maior que 8	217	39,6

\* Os valores que somados não atingirem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

A maioria dos pacientes (24,7%) encontrava-se internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes à especialidade médica responsável pelo paciente se encontram na **Figura 1**.



**Figura 1** – Especialidades nas quais os pacientes estiveram internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007 (N=552).

O nível médio do Índice Charlson corrigido para idade  $\pm$  DP, expressando a gravidade física objetiva desses pacientes, foi de  $2,11 \pm 2$ . Já a média  $\pm$  DP da gravidade física percebida (de 0 a 10) foi de  $6,13 \pm 3,08$ . As **Tabelas 2 e 3** mostram os hábitos de vida, apresentados pelos pacientes que compuseram a amostra, e a história pessoal e familiar de doenças mentais, respectivamente.

**Tabela 2** – Hábitos de vida relatados pelos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007 (N=552).

Hábitos de vida	Resultados
Atividade física regular*, n(%)	183(33,2)
Tabagismo, n(%)	108(19,6)
Ingesta de frutas, média de porções <sup>†</sup> $\pm$ DP <sup>‡</sup>	4,05 $\pm$ 4,23
Ingesta de verduras, média de porções <sup>†</sup> $\pm$ DP <sup>‡</sup>	3,65 $\pm$ 3,25

\* No mínimo 30 minutos, 3 vezes por semana.

<sup>†</sup> - Cada porção equivale à meia xícara de frutas ou vegetais (exceto batata), respectivamente.

<sup>‡</sup> - DP = Desvio Padrão

**Tabela 3** – História pessoal e familiar de doenças mentais nos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007 (N=552).

<b>História de doenças mentais</b>	<b>N (552)</b>	<b>%</b>
<b>História pessoal de doença mental</b>	309	56
Transtorno depressivo qualquer	200	36,2
Transtorno depressivo maior	86	15,6
Transtorno de ansiedade	39	7,1
Transtorno relacionado ao álcool	125	22,6
Tentativa de suicídio	59	10,7
<b>História familiar de doença mental</b>	382	69,2
Transtorno depressivo qualquer	187	33,9
Transtorno de ansiedade	14	2,5
Transtorno relacionado ao álcool	265	48

#### 4.2 Características dos pacientes deprimidos

A prevalência de sintomas depressivos moderados a graves durante a internação nas enfermarias de clínica médica foi de 27,3%. Comparando-se os pacientes não deprimidos com os pacientes deprimidos, constatou-se que esses possuíam renda familiar mais baixa e menor nível de escolaridade ( $p < 0,05$ ).

Identificou-se uma forte associação com história pessoal prévia de doença mental, transtorno depressivo qualquer e depressão maior ( $p \leq 0,001$ ). Observou-se que 72,9% dos pacientes deprimidos durante a internação já apresentavam história prévia de doença psiquiátrica e 56% história prévia de transtorno depressivo qualquer. A história familiar de doença mental também mostrou associação com a presença de sintomas depressivos na internação ( $p < 0,01$ ), assim como a história familiar de transtorno depressivo ( $p < 0,05$ ).

Os pacientes deprimidos apresentaram percepção de maior gravidade física ( $p < 0,05$ ), no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à gravidade física objetiva desses pacientes. Da mesma forma, não houve associação entre doenças oncológicas e depressão. Quanto aos hábitos de vida, constatou-se forte associação entre sintomas depressivos e o tabagismo ( $p < 0,001$ ).

A **Tabela 4** mostra a comparação dos fatores associados a sintomas depressivos nos pacientes internados.

**Tabela 4** – Características sócio-demográficas e clínicas de pacientes deprimidos e de não deprimidos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC no período de maio de 2006 a dezembro de 2007 (N=552).

Variáveis*	Sintomas Depressivos? †		P
	Não (n=394)	Sim (n=148)	
<b>Características sócio-demográficas</b>			
Sexo feminino, n(%)	158 (71,5)	63 (28,5)	0,62
Raça branca, n(%)	246 (75,2)	81 (24,8)	0,08
Viúvos e separados, n(%)	72 (69,2)	32 (30,8)	0,39
Idade, anos	50 ± 16,2	49,92 ± 15,8	0,96
Renda familiar, salários mínimos	3,8 2 ± 3,14	3,14 ± 3,3	0,03
Escolaridade, anos	6,49 ± 3,97	5,38 ± 3,73	0,03
<b>Gravidade física objetiva ‡</b>	2,15 ± 2	1,97 ± 1,86	0,35
<b>Gravidade física percebida §</b>	5,95 ± 3	6,65 ± 3,1	0,02
<b>Pacientes doenças oncológicas, n(%)</b>	51(78,5)	14 (21,5)	0,26
<b>História pessoal de doença mental, n(%)</b>	197 (64,6)	108 (35,5)	<0,001
Transtorno depressivo qualquer	113 (57,7)	83 (42,3)	<0,001
Transtorno depressivo maior	49 (58,3)	35 (41,7)	0,001
Transtorno de ansiedade	30 (76,9)	9 (23,1)	0,53
Transtorno relacionado ao álcool	78 (19,8)	46 (31,1)	0,005
<b>História familiar de doença mental, n(%)</b>	260 (69,3)	115 (30,7)	0,009
Transtorno depressivo qualquer	121 (66,5)	61 (33,5)	0,02
Transtorno de ansiedade	09 (2,3)	05 (3,4)	0,47
Transtorno relacionado ao álcool	117 (44,9)	83 (56,1)	0,02
<b>Hábitos de vida</b>			
Sedentários, n (%)	255 (70,8)	105 (29,2)	0,17
Fumantes, n (%)	63 (58,9)	44 (41,5)	<0,001
Ingesta de frutas, porções	4,12 ± 4,36	3,81 ± 3,72	0,4
Ingesta de verduras, porções	3,71 ± 3,11	3,54 ± 3,61	0,6

\* Os dados estão expressos em média±desvio padrão, exceto quando especificados de outra forma.

† - Medidos através do BDI-13.

‡ - Índice Charlson de Comorbidade Física.

§ - Escala numérica de percepção de gravidade física de 0-10.

|| - Cada porção equivale à meia xícara de frutas ou vegetais (exceto batata), respectivamente.

## 5 DISCUSSÃO

O presente trabalho mostrou que os pacientes deprimidos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC apresentavam menor escolaridade, menor renda familiar, mais antecedentes familiares e pessoais de depressão e de alcoolismo, eram fumantes e, embora não apresentassem maior comorbidade física, percebiam sua doença como mais grave. Esse estudo foi um dos primeiros que objetivou identificar as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes deprimidos internados em enfermarias de clínica médica, e contou com uma amostra grande e bastante heterogênea.

Dentre os fatores sócio-demográficos, mostraram-se estatisticamente significativas, a menor renda familiar e a baixa escolaridade. Essas características também foram encontradas pela maior parte dos autores que avaliaram características sócio-demográficas de pacientes deprimidos com comorbidades físicas associadas.<sup>7, 9, 10, 14, 25, 27-30</sup> Apenas em um estudo, os pacientes deprimidos apresentaram maior escolaridade.<sup>29</sup> Notou-se uma tendência de os pacientes que não eram brancos apresentarem mais sintomas depressivos ( $p=0,08$ ). A associação entre depressão e raça negra foi identificada em um estudo realizado com pacientes em diálise devido à doença renal em estágio terminal.<sup>10</sup> É, contudo, importante atentar-se para o fato de que essa tendência pode ter como fatores de confusão a baixa renda e a baixa escolaridade associadas aos negros e pardos no Brasil.<sup>44</sup>

Antecedentes pessoais ou familiares de depressão ou de outras doenças psiquiátricas mostraram-se fortemente associados à depressão, assim como em muitos trabalhos revisados.<sup>7, 10, 14, 22, 24, 25</sup> Isso pode ser explicado pelo fato de que as doenças mentais são consideradas doenças crônicas, passíveis de recorrência ao longo da vida. Indivíduos predispostos, diante de estressores como dor, medicamentos, hospitalização, estariam mais vulneráveis a sofrer um agravamento dos sintomas depressivos residuais, ou mesmo, desenvolver um novo episódio.<sup>19</sup>

A história de transtorno relacionado ao álcool, pessoal ou familiar, foi relatada com maior frequência pelos pacientes deprimidos durante a internação. Alguns estudos mostraram associação entre sintomas depressivos e maior consumo de bebida alcoólica.<sup>26, 34, 35</sup> Uma pesquisa identificou depressão em 76,9% dos adolescentes que consumiam álcool diariamente.<sup>45</sup> Não é conhecida, contudo, a relação causa-efeito dessa associação.

Observou-se no presente estudo que pacientes deprimidos têm a percepção de que sua doença física é mais grave. Essa associação já foi evidenciada em outros estudos.<sup>9, 22, 29, 30</sup> No entanto, a gravidade da doença física não se correlacionou com o aparecimento dos sintomas depressivos, o que está de acordo com a maioria dos trabalhos recentes.<sup>9, 11, 22, 25, 31</sup> Outro dado que ilustra a ausência de relação entre gravidade da doença física e depressão é o de não ter havido diferença na frequência de sintomas depressivos entre pacientes com e sem doenças oncológicas nesse trabalho, assim como em um trabalho realizado com pacientes internados devido a causas hematológicas.<sup>25</sup> Como foi relatado por Furlanetto & Brasil,<sup>19</sup> isso poderia mostrar que mesmo frente a doenças graves, na maioria dos casos, o ser humano é capaz de se adaptar às adversidades e não apresentar sintomas depressivos significativos. Contudo, em indivíduos predispostos, o comprometimento da aparência física, a incapacitação, a mudança de vida, a vulnerabilidade e o medo da morte, associados à doença física, tornam-se fatores de risco para a depressão.

O hábito de fumar mostrou forte associação com a presença de sintomas depressivos moderados a graves, o que está de acordo com vários trabalhos revisados.<sup>10, 14, 27, 29, 34</sup> Esses dados podem espelhar o fato de que pacientes deprimidos apresentam menos hábitos de autocuidado e maior dificuldade para parar de fumar.<sup>34-36, 46</sup> Tal atitude requer motivação, energia, confiança em si mesmo e perseverança, qualidades que estão bastante comprometidas nos pacientes deprimidos. Além disso, um estudo longitudinal realizado com adolescentes, mostrou que pacientes deprimidos possuem um maior risco para tornarem-se tabagistas.<sup>47</sup>

Não foi encontrada associação entre depressão e o sexo feminino, diferentemente de grande parte dos trabalhos revisados,<sup>7, 9, 14, 15, 22, 27, 29</sup> mas em acordo com os estudos realizados por Furlanetto *et al.* em pacientes internados devido a doenças hematológicas,<sup>25</sup> Boulware *et al.* em pacientes em diálise,<sup>10</sup> e McCusker *et al.* em pacientes idosos internados em hospitais gerais.<sup>24</sup> Também não se identificaram as associações com a idade e o estado civil dos pacientes, características que comumente se correlacionaram à depressão,<sup>4, 9, 14, 15, 22, 27</sup> mas que em muitos trabalhos também não foram identificadas.<sup>7, 10, 24, 25, 30</sup>

A relação entre sedentarismo e depressão, encontrada em alguns estudos recentes,<sup>26, 34, 36</sup> não foi identificada nesse trabalho. Assim como não se identificou a associação com baixa ingestão de frutas e verduras, que havia sido observada em um estudo realizada com pacientes diabéticos.<sup>36</sup>

Algumas limitações desse estudo merecem ser apontadas: 1) o uso de escalas permite verificar a presença de sintomas depressivos auto-relatados, mas não substitui o diagnóstico feito por profissional experiente utilizando entrevista estruturada e critérios diagnósticos

estabelecidos. Entretanto, uma vez que a simples presença de sintomas depressivos já está associada a pior prognóstico,<sup>21</sup> o seu conhecimento pode ser útil para implementar medidas de prevenção e tratamento. 2) Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causa-efeito; as características associadas à depressão podem representar causas de depressão, conseqüências ou diferentes outros tipos de associações. 3) É possível ter ocorrido um viés de seleção, no qual os pacientes gravemente deprimidos tenham se recusado a participar da entrevista. 4) Apesar de a amostra ter sido grande, pode não ter apresentado o tamanho suficiente para ter o poder estatístico de estimar algumas associações.

Como significado clínico do presente estudo, ressalta-se que o conhecimento das características clínicas e sócio-demográficas que mais se associam à depressão em pacientes com doenças físicas pode ser útil para aumentar a detecção dessa comorbidade.

Esse trabalho reforça a importância da anamnese realizada pelo clínico no momento da internação. Assim, a pergunta sobre história pessoal e familiar de depressão poderia ser feita neste momento, da mesma forma como já são realizadas perguntas a respeito de antecedentes de hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo.

Ao ouvir com atenção e paciência, o médico é capaz de colher informações fundamentais de história clínica, além de aliviar grande parte do sofrimento vivido pelo paciente durante o processo singular do adoecer. O ouvir pode ser, portanto, o maior aliado do médico na realização do seu grande objetivo – a cura.

## **6 CONCLUSÃO**

Os deprimidos tinham menor escolaridade, menor renda familiar, mais hábito de fumar e, com maior frequência, antecedentes pessoais e familiares de depressão e de transtorno relacionado ao álcool. Embora não apresentassem maior comorbidade física, percebiam sua doença como mais grave. A presença dessas características deveria chamar a atenção dos clínicos para um possível diagnóstico de depressão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kartha A, Anthony D, Manasseh CS, Greenwald JL, Chetty VK, Burgess JF, et al. Depression Is a Risk Factor for Rehospitalization in Medical Inpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(4):256-62.
2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8.
3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global Burden of Depressive Disorders in the Year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92.
4. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid Depression Is Associated with Increased Health Care Use and Expenditures in Individuals with Diabetes. *Diabetes Care*. 2002 Mar;25(3):464-70.
5. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of Major Depressive Episodes in the General Population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:208-13.
6. Koenig HG, Kuchibhatla M. Use of Health Services by Hospitalized Medically Ill Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry*. 1998 Jul;155(7):871-7.
7. Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and Pharmacological Treatment of Depressive Disorders in a General Hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006 Jun;28(2):97-103.
8. Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deTonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and Treatment of Depression in a Hospital Department of Internal Medicine. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Jan-Feb;29(1):25-31.
9. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life: The Heart and Soul Study. *Jama*. 2003 Jul 9;290(2):215-21.
10. Boulware LE, Liu Y, Fink NE, Coresh J, Ford DE, Klag MJ, et al. Temporal Relation among Depression Symptoms, Cardiovascular Disease Events, and Mortality in End-Stage Renal Disease: Contribution of Reverse Causality. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2006 May;1(3):496-504.
11. Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R, Johnson KS, O'Connor CM, Adams KF, Jr., et al. Relationship of Depression to Death or Hospitalization in Patients with Heart Failure. *Arch Intern Med*. 2007 Feb 26;167(4):367-73.
12. von Ammon 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 Jan;158(1):43-8.

13. Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of Depression and Anxiety with Gender, Age, Health-Related Quality of Life and Symptoms in Primary Care Copd Patients. *Fam Pract*. 2007 Jun;24(3):217-23.
14. Cheok F, Schrader G, Banham D, Marker J, Hordacre AL. Identification, Course, and Treatment of Depression after Admission for a Cardiac Condition: Rationale and Patient Characteristics for the Identifying Depression as a Comorbid Condition (Idacc) Project. *Am Heart J*. 2003 Dec;146(6):978-84.
15. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The Influence of Age, Gender, and Race on the Prevalence of Depression in Heart Failure Patients. *J Am Coll Cardiol*. 2004 May 5;43(9):1542-9.
16. Balestrieri M, Bisoffi G, Tansella M, Martucci M, Goldberg DP. Identification of Depression by Medical and Surgical General Hospital Physicians. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002 Jan-Feb;24(1):4-11.
17. Imam SZ, Hashmi SH, Islam MG, Hussain MA, Iqbal F, Ilyas M, et al. Liaison Psychiatry and Depression in Medical Inpatients. *J Pak Med Assoc*. 2007 Mar;57(3):159-62.
18. Boland RJ, Diaz S, Lamdan RM, Ramchandani D, McCartney JR. Overdiagnosis of Depression in the General Hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 Jan;18(1):28-35.
19. Furlanetto LM, Brasil MAA. Diagnosticando e Tratando a Depressão no Paciente com Doença Clínica. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55:8-19.
20. Lipowski ZJ. Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. Ii. Clinical Aspects. *Psychosom Med*. 1967 May-Jun;29(3):201-24.
21. Furlanetto LM, von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between Depressive Symptoms and Mortality in Medical Inpatients. *Psychosomatics*. 2000 Sep-Oct;41(5):426-32.
22. Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e Evolução de Pacientes com Transtornos Depressivos Durante a Internação em Enfermarias de Clínica Médica. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(12):609-17.
23. Furlanetto LM, da Silva RV, Bueno JR. The Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of Stay of Medical Inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Jan-Feb;25(1):14-9.
24. McCusker J, Cole M, Dufouil C, Dendukuri N, Latimer E, Windholz S, et al. The Prevalence and Correlates of Major and Minor Depression in Older Medical Inpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Aug;53(8):1344-53.
25. Furlanetto LM, Del Moral JAG, B. GAH, Rodrigues K, Jacomino ME. Diagnosticando Depressão em Pacientes Internados com Doenças Hematológicas: Prevalência e Sintomas Associados. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):96-101.

26. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Moller S, Ravnsbaek J, et al. Prevalence and Risk of Depressive Symptoms 3-4 Months Post-Surgery in a Nationwide Cohort Study of Danish Women Treated for Early Stage Breast-Cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2008 Feb 16.
27. Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, et al. Behavioral and Clinical Factors Associated with Depression among Individuals with Diabetes. *Diabetes Care.* 2004 Apr;27(4):914-20.
28. Koenig HG. Depression in Hospitalized Older Patients with Congestive Heart Failure. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998 Jan;20(1):29-43.
29. Egede LE, Zheng D. Independent Factors Associated with Major Depressive Disorder in a National Sample of Individuals with Diabetes. *Diabetes Care.* 2003 Jan;26(1):104-11.
30. Martin AG, Soler RS, Picart PA, Casanovas PC. Niveles de Ansiedad y Depresión en Enfermos Hospitalizados y su Relación con la Gravedad de la Enfermedad. *Med Clin (Barc).* 2003;120(10):370-5.
31. Grau Martin A, Suner Soler R, Abuli Picart P, Comas Casanovas P. Anxiety and Depression Levels in Medical Inpatients and Their Relation to the Severity of Illness. *Med Clin (Barc).* 2003 Mar 22;120(10):370-5.
32. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The Association of Depression and Anxiety with Medical Symptom Burden in Patients with Chronic Medical Illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 Mar-Apr;29(2):147-55.
33. Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, Lopez CJ, Hetem LA, Secin R, et al. Major Depressive Disorder in Latin America: The Relationship between Depression Severity, Painful Somatic Symptoms, and Quality of Life. *J Affect Disord.* 2005 May;86(1):93-8.
34. Bonnet F, Irving K, Terra JL, Nony P, Berthezene F, Moulin P. Anxiety and Depression Are Associated with Unhealthy Lifestyle in Patients at Risk of Cardiovascular Disease. *Atherosclerosis.* 2005 Feb;178(2):339-44.
35. Kilian R, Becker T, Kruger K, Schmid S, Frasch K. Health Behavior in Psychiatric in-Patients Compared with a German General Population Sample. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Oct;114(4):242-8.
36. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care.* 2004 Sep;27(9):2154-60.
37. 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.

38. 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.
39. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of Antidepressants by Nonpsychiatrists in the Treatment of Medically Ill Hospitalized Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry.* 1997 Oct;154(10):1369-75.
40. 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 Apr;29(4):453-7.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71.
42. 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 May;86(1):87-91.
43. Norusis M. *SPSS/PC 10.0 Base Manual.* ed. Chicago: SPSS Inc.;2000.
44. Campante FR, Crespo ARV, Leite PG. Desigualdade Salarial entre Raças no Mercado de Trabalho Urbano Brasileiro: Aspectos Regionais. *Rev Bras Econ.* 2004 Jan;58(2):185-210.
45. Fidalgo TM, da Silveira ED, da Silveira DX. Psychiatric Comorbidity Related to Alcohol Use among Adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2008;34(1):83-9.
46. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the Dynamics of Smoking. A National Perspective. *Jama.* 1990 Sep 26;264(12):1541-5.
47. Karp I, O'Loughlin J, Hanley J, Tyndale RF, Paradis G. Risk Factors for Tobacco Dependence in Adolescent Smokers. *Tob Control.* 2006 Jun;15(3):199-204.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

## ANEXO

## FICHA DE COLETA DE DADOS

1. Nome: ..... 2. Número prontuário: ..... 3. Leito: .....
4. Motivo de Internação (CID-10): ..... 5. Doença oncológica?  Não  Sim
6. Especialidade:  Clínica Médica  Cardio  Gastro  Pneumo  Neuro  
 Endócrino  Hemato  Reumato  Outras
7. Raça:  branca  parda  negra  amarela 8. Sexo:  fem  masc
9. Idade: .....anos 10. Renda familiar: .....salários mínimos 11. Escolaridade: .....anos
12. Estado civil:  solteiro  casado/amasiado  viúvo  separado/divorciado
13. História pessoal: Qualquer doença mental ou dos nervos? Já tomou medicação para os nervos?  Não  Sim Se sim:  qualquer tr. depressivo  alcoolismo  
 tentativa suicídio  tr. ansiedade
14. Alguém na família (consangüínea): doença mental ou dos nervos? Internação? Suicídio?  
 Não  Sim Se sim:  qualquer tr. depressivo?  alcoolismo  tr. ansiedade  suicídio
15. Percepção gravidade física:.....(0 a 10) 16. Índice de Gravidade Física:.....
17. Fumante atual?  Não  Sim
18. Pratica exercícios (mínimo 30 min, 3x sem)?  Não  Sim
19. Come vegetais (exceto batata)? .....1/2 xícaras/dia 20. Frutas? .....1/2 xícaras/dia
21. Inventário Beck de Depressão (subescala cognitivo-afetiva):

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
10	
11	
12	
13	
total	

**FICHA DE AVALIAÇÃO**

DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_

ALUNO: \_\_\_\_\_

PROFESSOR: \_\_\_\_\_

NOTA

1. FORMA .....

2. CONTEÚDO .....

3. APRESENTAÇÃO ORAL .....

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO .....

MÉDIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Assinatura: \_\_\_\_\_