

**MICHEL LUÍS BIAGIONI GRANDE**

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

**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  
2011**

**MICHEL LUÍS BIAGIONI GRANDE**

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

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

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro.**

**Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Letícia Maria Furlanetto.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

## DEDICATÓRIA

Aos pacientes.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo presente da vida.

Aos meus pais, **Valter e Sônia**, por todo o apoio e compreensão.

Aos meus amigos **Hugo Alejandro** e **Carla**, pelo companheirismo e amizade.

À minha orientadora, **Letícia Furlanetto**, pelo exemplo de dedicação e carinho.

Aos **integrantes do grupo de pesquisa**, pelo aprendizado do trabalho em grupo.

Aos **pacientes**, pelas conversas enriquecedoras.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional transversal. Todos os pacientes consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC tiveram seus nomes anotados e foram randomizados. Aqueles que não preencheram critérios de exclusão e assinaram o termo de consentimento após esclarecimento sobre a pesquisa tiveram seus prontuários avaliados para verificar a presença do diagnóstico de diabetes mellitus. Estes pacientes compuseram a amostra. Os pacientes selecionados foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados, neste momento, dados sociodemográficos e de história clínica, bem como foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI). Foram considerados como tendo sintomas depressivos os pacientes que obtiveram escore maior que 10 na soma dos treze primeiros itens do BDI (subescala cognitivoafetiva).

**Resultados:** A amostra (N=219) foi composta por indivíduos predominantemente casados (73,1%) e brancos (69,4%), com média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) de  $57,2 \pm 13,4$  anos. A média de escolaridade  $\pm$  DP foi de  $5,1 \pm 4,1$  anos, e a média da renda familiar  $\pm$  DP foi de  $3,2 \pm 3,8$  salários mínimos. De acordo com a subescala cognitivoafetiva do BDI, 24,7% dos pacientes obtiveram escores superiores a 10, sugerindo síndrome depressiva moderada a grave.

**Conclusão:** A prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi de 24,7%.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus; sintomas depressivos; hospital geral.

## ***ABSTRACT***

**Objective:** To determine the prevalence of depressive symptoms in diabetic inpatients in the General Medical Wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

**Método:** This is a cross sectional observational study. All consecutive inpatients hospitalized at the General Medical Wards of HU-UFSC had their names written down and were randomized. Those who did not meet exclusion criteria and signed the consent form after receiving information about the study had their medical records evaluated to verify the diagnosis of diabetes mellitus. These patients comprised the sample. The selected patients were interviewed before completing one week of admission. At this time the demographics and medical history were collected and the Beck Depression Inventory (BDI) was applied. The patients who scored higher than 10 in the sum of the first thirteen items of the BDI (cognitive-affective subscale) were considered to have depressive symptoms.

**Results:** The sample (N = 219) was composed predominantly by married (73.1%) and white (69,4%) individuals with mean age  $\pm$  standard deviation (SD)  $57.2 \pm 13.4$  years. The mean level of education  $\pm$  SD was  $5.1 \pm 4.1$  years, and the average family income  $\pm$  SD was  $3.2 \pm 3.8$  Brazilian minimum wages. According to the cognitive-affective subscale of the BDI 24.7% of inpatients scored above 10, suggesting moderate to severe depressive syndrome.

**Conclusion:** The prevalence of depressive symptoms in diabetic inpatients at the General Medical Wards of the HU-UFSC was 24.7%.

**Keywords:** Diabetes mellitus; depressive symptoms; general hospital.

## 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> .....	4
<b>3. MÉTODOS</b> .....	5
<b>3.1 Desenho</b> .....	5
<b>3.2 Local</b> .....	5
<b>3.3 Amostra</b> .....	5
<b>3.3.1 Critérios de Exclusão</b> .....	5
<b>3.4 Procedimentos</b> .....	6
<b>3.5 Método de Avaliação dos Sintomas Depressivos</b> .....	6
<b>3.6 Análise Estatística</b> .....	7
<b>3.7 Aspectos Éticos</b> .....	7
<b>4. RESULTADOS</b> .....	8
<b>4.1 Descrição da Amostra</b> .....	8
<b>4.2 Prevalência de Sintomas Depressivos</b> .....	11
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	13
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	15
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	16
<b>NORMAS ADOTADAS</b> .....	21
<b>ANEXO</b> .....	22
<b>FICHA DE AVALIAÇÃO</b> .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Pacientes diabéticos têm risco aumentado para desenvolver sintomas depressivos.<sup>1</sup> E, avaliando no sentido inverso, depressão está associada a um risco aumentado de 60% para o surgimento de diabetes tipo 2.<sup>2</sup> Além disso, a presença de sintomas depressivos em diabéticos está associada a pior qualidade de vida,<sup>3-5</sup> maiores níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c),<sup>6</sup> mais complicações micro e macrovasculares<sup>7, 8</sup> e piora dos sintomas do diabetes.<sup>9</sup> Apesar do exposto, ainda existem poucos estudos avaliando esta comorbidade em pacientes diabéticos internados.

O transtorno depressivo apresenta como principais sintomas o humor deprimido e a diminuição importante do interesse ou prazer nas atividades (anedonia), na maior parte do dia quase todos os dias. Também estão presentes os sintomas de alteração do peso e apetite, distúrbio do sono, agitação ou atraso psicomotor, fadiga, sentimentos de culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. De acordo com o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. ed. Texto Revisado), para que o diagnóstico de depressão maior seja feito o paciente deve apresentar pelo menos 5 dos sintomas citados acima, sendo 1 deles necessariamente humor depressivo ou anedonia. Estes não podem ser melhor explicados pelo uso de medicamentos, drogas, presença de doenças ou luto complicado. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos 2 semanas, gerando sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional. É importante ressaltar que no presente trabalho não será avaliado o transtorno depressivo maior, mas sim, a presença de sintomas depressivos moderados a graves. Esta escolha metodológica foi feita porque a maior parte dos estudos anteriores avaliou sintomas depressivos e não o diagnóstico da doença depressão.

O diabetes mellitus constitui uma das principais causas de cegueira, injúria renal e amputação não traumática.<sup>10</sup> Está associado a alta morbimortalidade<sup>11</sup> e a perda importante na qualidade de vida.<sup>12</sup> Os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais em saúde. Nos EUA os gastos anuais com diabetes foram estimados em 174 bilhões de dólares em 2007.<sup>13</sup> O diabetes está associado a perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Em termos mundiais, cerca de 240 milhões de indivíduos apresentavam diabetes mellitus em 2005, com projeção de atingir 366



milhões em 2030, dos quais dois terços habitarão países em desenvolvimento.<sup>14</sup> No Brasil, em estudo multicêntrico avaliando a população urbana de 30 a 69 anos, ao final dos anos 1980, a prevalência de diabetes mellitus era 7,6%.<sup>15</sup> Estudos semelhantes de 2003 em Ribeirão Preto e de 2009 em São Carlos, relataram prevalência de diabetes mellitus de 12% e 13,5% respectivamente.<sup>16, 17</sup>

Indivíduos com diabetes e depressão têm maiores chances de permanência hospitalar prolongada e de múltiplas internações hospitalares, comparados com pacientes diabéticos sem sintomas depressivos.<sup>18</sup> Também têm maiores chances de apresentar incapacidade funcional, comparados com indivíduos apenas com diabetes ou apenas com depressão.<sup>19</sup>

A prevalência da depressão varia de 1,2% a 10% na população em geral,<sup>20-24</sup> e de 22% a 33% em pacientes hospitalizados por qualquer doença física.<sup>25</sup> Em se tratando da prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos, uma metanálise com 42 estudos encontrou prevalências de 11% de depressão maior e de 31% de sintomas depressivos moderados a graves.<sup>26</sup> A prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos encontrada nos trabalhos mais recentes variou de 8,6% a 80,6% (**Quadro 1**). Esta grande variação pode ser explicada por diversos fatores, como o tamanho e o tipo da amostra e o método de avaliação dos sintomas depressivos. Sabe-se, por exemplo, que a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados é maior que em pacientes ambulatoriais ou em indivíduos da comunidade.

Como se vê, a presença de sintomas depressivos em diabéticos está associada a um pior prognóstico. Além disso, não foram encontrados estudos brasileiros avaliando esta comorbidade em pacientes diabéticos internados. O conhecimento da prevalência de sintomas depressivos neste grupo pode ser útil para a elaboração de medidas visando ao seu reconhecimento e início de tratamento ainda durante a internação.

**Quadro 1** - Estudos que avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em diabéticos, de 2008 a 2011

Ano	Autor	N	Amostra	Método de Avaliação	Prevalência
2011	Mäntyselkä <sup>27</sup>	443	Comunidade	BDI $\geq 10$	19,0%
2010	Verma <sup>4</sup>	537	Ambulatório de diabetes	CES-D $\geq 16$	31,1%
2010	Raval <sup>7</sup>	300*	Ambulatório de endocrinologia	PHQ-9 $\geq 10$	41,0%
2010	Khuwaja <sup>28</sup>	889*	Ambulatórios de diabetes, endocrinologia, medicina interna e atenção primária	HADS	43,5%
2010	Yekta <sup>8</sup>	295*	Ambulatório de diabetes	BDI $\geq 15$	43,4%
2010	Pouwer <sup>29</sup>	724	Ambulatórios de diabetes	CES-D $\geq 16$	33,6%
2009	Ali <sup>30</sup>	6186	Banco de dados de ambulatório de diabetes e endocrinologia	Diagnóstico clínico de depressão e/ou uso de antidepressivos na dose recomendada para depressão	8,8%
2009	Chiu <sup>31</sup>	998	Comunidade	CES-D $\geq 3$ eight-item version	22,9%
2009	Collins <sup>32</sup>	1456	Ambulatórios de atenção primária e secundária	HADS $\geq 8$	22,4%
2009	Gendelman <sup>33</sup>	458†	Comunidade	BDI-II $\geq 15$ e/ou uso de antidepressivos	17,5%
2009	Vamos <sup>18</sup>	744	Comunidade	BDI $\geq 19$	29,3%
2009	Graco <sup>34</sup>	71*	Ambulatório de diabetes	HADS $\geq 11$	15,5%
2009	Holt <sup>35</sup>	431	Comunidade (acima de 59 anos)	HAD-D $\geq 8$	8,6%
2009	Lee <sup>36</sup>	55*	Ambulatório de diabetes	BDI-II $\geq 13$ IDS-SR $\geq 18$	41,0% 46,0%
2009	Kokoszka <sup>37</sup>	101*	Ambulatório de diabetes e enfermaria	HDRS $\geq 8$ e BDI $\geq 10$	58,4%
2009	Aujla <sup>38</sup>	136	Atenção primária	WHO-5 $\leq 13$	21,3%
2009	Subramaniam <sup>39</sup>	537	Ambulatório de Diabetes	CES-D $\geq 16$	31,1%
2008	Li <sup>40</sup>	18814	Comunidade	PHQ-8 $\geq 10$	17,4%
2008	Conlunga-Rodríguez <sup>41</sup>	450*	Atenção primária (acima de 30 anos)	Zung SD / Calderón $\geq 60$ Zung SD / Calderón $\geq 50$	37,1% 63,0%
2008	Sahota <sup>42</sup>	1121	Comunidade	PHQ-9	12,8%
2008	Zahid <sup>43</sup>	75	Comunidade rural	MADRS $\geq 13$	14,7%
2008	Adriaanse <sup>44</sup>	126*	Comunidade (entre 50 e 75 anos)	CES-D $\geq 16$	17,5%
2008	Zhang <sup>45</sup>	124	Enfermarias clínicas	Zung SD $\geq 60$ Zung SD $\geq 50$	19,4% 80,6%

\* Apenas pacientes com diabetes tipo 2; † Apenas pacientes com diabetes tipo 1

#### Abreviaturas

BDI: Beck Depression Inventory (Inventário Beck de Depressão)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos)

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 (Questionário sobre a Saúde do Paciente-9)

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

BDI-II: Beck Depression Inventory II (Inventário Beck de Depressão-II)

HAD-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Depressive symptoms (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Sintomas depressivos)

IDS-SR: Inventory of Depressive Symptomatology - Self Report (Inventário de Sintomatologia Depressiva - Auto Avaliação)

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton)

WHO-5: World Health Organization - Five Well-being Index (Índice de Bem-estar da Organização Mundial da Saúde)

PHQ-8: Patient Health Questionnaire-8 (Questionário sobre a Saúde do Paciente-8)

Zung SD / Calderón: Zung Self-Rating Depression Scale modified by Calderón (Escala de Depressão de Zung modificada por Calderón)

MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (Escala de depressão de Montgomery & Åsberg)

Zung SD: Zung Self-Rating Depression Scale (Escala de Depressão de Zung)

## **2. OBJETIVO**

Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

## 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 da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). As Enfermarias de Clínica Médica são divididas em três, compondo 77 leitos no total.

### 3.3 Amostra

Todos os pacientes consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC tiveram seus nomes anotados e foram randomizados. Aqueles que não preencheram critérios de exclusão e assinaram o termo de consentimento após esclarecimento sobre a pesquisa tiveram seus prontuários avaliados para verificar a presença do diagnóstico de diabetes mellitus. Estes pacientes diabéticos compuseram a amostra.

#### 3.3.1 Critérios de Exclusão

- a) idade inferior a 18 anos;
- b) pacientes que se recusaram a participar;
- c) pacientes internados há mais de sete dias no momento da entrevista;
- d) pacientes reinternados;
- e) 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 grave, prejuízo cognitivo\*, dispneia e dor intensa;
- f) causas administrativas: pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista, por estarem em licença ou alta hospitalar, por transferência

---

\*Delirium e/ou demência de acordo com o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. ed. Texto Revisado)

à UTI ou a outros hospitais ou ainda, por terem ido realizar exames em outra instituição de saúde.

### **3.4 Procedimentos**

Os pacientes diabéticos selecionados foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados, neste momento, dados sociodemográficos e de história clínica, bem como foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (BDI).

### **3.5 Método de Avaliação dos Sintomas Depressivos**

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.<sup>46</sup> Constituído de 21 itens é considerado um instrumento de autoavaliação, com fácil aceitação e entendimento dos pacientes. Foi utilizada a versão validada em português do Inventário Beck de Depressão em amostras brasileiras.<sup>47</sup>

Cada item desta escala corresponde a um sintoma depressivo: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias 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. Após tomarem conhecimento dos quatro enunciados que caracterizam a intensidade de cada sintoma, os pacientes escolheram a opção que melhor descrevia o sentimento que experimentaram desde a semana anterior à internação até o momento da entrevista.

Entretanto, Beck<sup>48</sup> 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 cognitivoafetivos da depressão. Assim, tem-se uma escala reduzida, o BDI-13, em que 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.<sup>49</sup>

A prevalência dos sintomas depressivos foi portanto avaliada através da soma dos pontos dos 13 primeiros itens do BDI. Aqueles que pontuaram acima de 10 foram considerados como pacientes com sintomas depressivos.

### **3.6 Análise Estatística**

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios padrão. Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 17.0 para Windows.<sup>50</sup>

### **3.7 Aspectos Éticos**

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/06) com o título “Associação entre bem estar, saúde física, mental e fatores psicossociais”. No projeto inicial constava a avaliação de pacientes de postos de saúde, ambulatorios e internados. Optou-se por concentrar o estudo somente nos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Por isso, foi solicitado junto ao Comitê de Ética a mudança do título e a ampliação do prazo, que foram aprovados, como consta em adendo que pode ser fornecido se solicitado. O novo título é “Associação entre sofrimento psíquico, variáveis clínicas e sociais em pacientes internados devido a doenças físicas” e o novo prazo é final de julho de 2012. Os pacientes são esclarecidos sobre o estudo, sendo informado que em nada será alterado seu tratamento, caso decidam não participar. Aqueles que concordam em participar assinam o termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de pacientes que tenham a sua capacidade de julgamento ou de decisão prejudicada, o consentimento é obtido com o representante legal. Contudo, o paciente também é consultado e a avaliação só é realizada, caso ele também concorde. Quando são detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiarem de tratamento específico, seus médicos assistentes são avisados para que os pacientes possam receber tratamento. Todos os dados são guardados de forma confidencial com a coordenadora do projeto, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos. Os mesmos serão incinerados após dois anos da publicação dos trabalhos.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Descrição da Amostra

Foram elegíveis para o estudo 1598 pacientes. Quatrocentos e setenta e três (29,6%) preencheram algum critério de exclusão. Desses, 257 (16,1%) apresentaram impossibilidade física no momento da entrevista, 89 (5,6%) se recusaram em participar do estudo, 89 (5,6%) foram excluídos devido a causas administrativas, 25 (1,6%) por não terem 18 anos completos e 13 (0,8%) por reinternação.

Dos 1125 pacientes restantes, foram selecionados os pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus, totalizando uma amostra de 219 pacientes. Estes eram predominantemente casados (73,1%), brancos (69,4%), com média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) de  $57,2 \pm 13,4$  anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 89 anos. A média de escolaridade  $\pm$  DP foi de  $5,1 \pm 4,1$  anos, e a média da renda familiar  $\pm$  DP foi de  $3,2 \pm 3,8$  salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

As doenças cardíacas/circulatórias (23,3%) e as doenças endócrinas/nutricionais/metabólicas (22,8%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra (**Tabela 2**). Estes ocupavam principalmente os leitos das enfermarias reservados à Cardiologia (19,6%) e à Clínica Médica (19,6%) (**Figura 1**).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da amostra

<b>Característica</b>	<b>N (219)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	112	51,1
Feminino	107	48,9
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 64	154	70,3
≥ 65	65	29,7
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	13	5,9
Casado (a)/União Estável	160	73,1
Separado (a)	23	10,5
Viúvo (a)	23	10,5
<b>Raça*</b>		
Branca	152	69,4
Negra	17	7,8
Parda	43	19,6
Amarela	1	0,5
<b>Escolaridade (anos)*</b>		
0	21	9,6
1 a 4	116	53,2
5 a 8	41	18,8
> 8	40	18,3
<b>Renda Familiar (salários mínimos)*</b>		
< 2	56	28
2 a 4	110	55,0
5 a 6	14	7,0
> 6	20	10,0

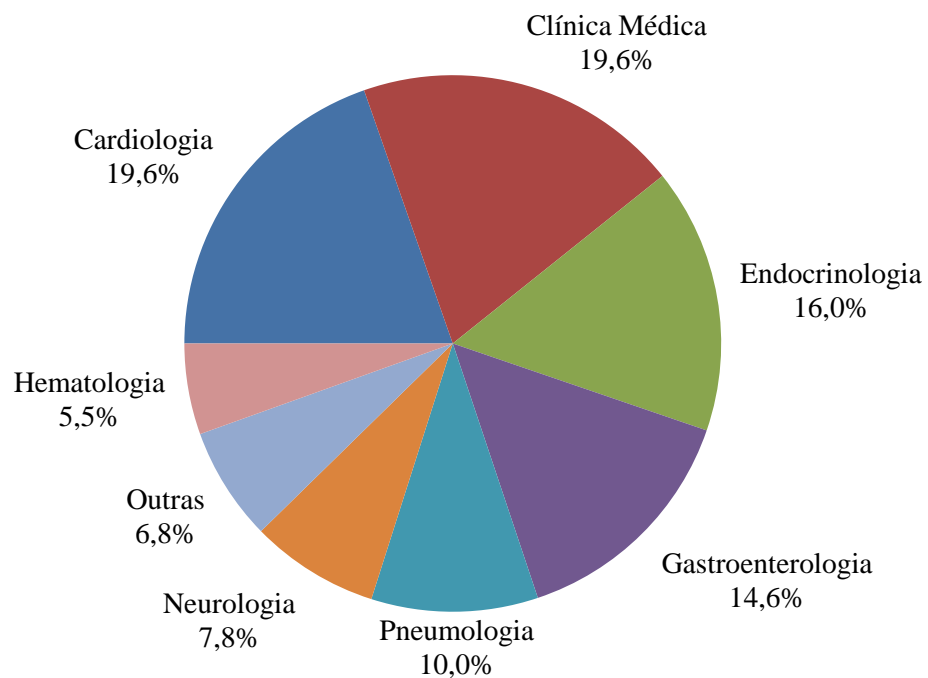
\* Os valores que somados não atingem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo dos dados, por desconhecimento ou recusa.



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

Motivo da Internação	N (219)	%
Cardíacas/Circulatórias	51	23,3
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	50	22,8
Digestivas	34	15,5
Respiratórias	19	8,7
Hematológicas/Imunitárias	17	7,8
Neurológicas	13	5,9
Mal Definidas	11	5,0
Neoplásicas	8	3,7
Genitourinárias	7	3,2
Infecciosas/Parasitárias	5	2,3
Osteomusculares	3	1,4
Causas Externas	1	0,5

\* CID-10: Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.

**Figura 1** – Especialidades nas quais os pacientes foram internados (N=219)

## 4.2 Prevalência de Sintomas Depressivos

De acordo com a subescala cognitivoafetiva do BDI, preconizada para este tipo de população, 24,7% dos pacientes obtiveram escores superiores a 10, sugerindo síndrome depressiva moderada a grave.

Observando-se separadamente cada item na subescala cognitivoafetiva do BDI verificou-se maior frequência dos sintomas “irritabilidade” (36,5%) e “indecisão” (29,2%). A **Tabela 3** apresenta a frequência dos sintomas cognitivoafetivos e dos sintomas somáticos, de acordo com o BDI.

**Tabela 3** – Frequência de sintomas depressivos de acordo com o BDI\* (N=219)

<b>Sintomas</b>	<b>Não† (%)</b>	<b>Sim‡ (%)</b>
<b>Cognitivoafetivos</b>		
Tristeza	85,4	14,6
Desesperança	83,1	16,9
Sensação de fracasso	89,5	10,5
Anedonia	81,7	18,3
Culpa	86,8	13,2
Sentimento de punição	81,7	18,3
Autodepreciação	90,9	9,1
Autopunição	74,9	25,1
Ideação suicida	95,9	4,1
Choro fácil	78,1	21,9
Irritabilidade	63,5	36,5
Retraimento social	87,2	12,8
Indecisão	70,8	29,2
<b>Somáticos</b>		
Mudança na imagem corporal	84,0	16,0
Dificuldade no trabalho	45,4	54,6
Distúrbio do sono	59,8	40,2
Falta de energia	55,7	44,3
Falta de apetite	79,9	20,1
Perda de peso	74,0	26
Preocupação somática	65,8	34,2
Perda da libido	58,0	42,0

\* BDI: Inventário Beck de Depressão

† Não: pontuação 0 ou 1 no item em questão

‡ Sim: pontuação 2 ou 3 no item em questão

## 5. DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos encontrada neste trabalho foi de 24,7%. Resultados semelhantes foram encontrados por diversos estudos.<sup>18, 31, 32, 38</sup> Por outro lado, alguns autores encontraram prevalências diferentes, desde 8,6% até 80,6%.<sup>35, 45</sup> Isso provavelmente acontece devido a fatores como tipo de amostra e critério de avaliação dos sintomas depressivos.

Estudos com amostras compostas por pacientes hospitalizados, por exemplo, tenderiam a apresentar maiores prevalências de sintomas depressivos em relação a estudos com amostras compostas por pacientes ambulatoriais ou indivíduos da comunidade. Uma possível explicação para essa diferença seria que pacientes hospitalizados são, em geral, mais graves do que pacientes ambulatoriais ou indivíduos da comunidade e, portanto, estariam mais propensos a apresentar sintomas depressivos.

Existem muitas escalas para avaliação de sintomas depressivos e elas apresentam diferenças de sensibilidade e especificidade. Algumas escalas, como a de Zung, parecem apontar uma maior prevalência de sintomas depressivos do que outras escalas. Também ocorre uma importante diferença nos resultados quando se consideram diferentes pontos de corte na pontuação de uma mesma escala. Isso pode ser claramente observado nos estudos de Colunga-Rodríguez *et al.*<sup>41</sup> e Zhang *et al.*<sup>45</sup> No primeiro, a prevalência subiu de 37,1% para 63% ao mudar o ponto de corte. No segundo, de 19,4% para 80,6%.

Assim como a grande maioria dos estudos nesta área, este trabalho utilizou escalas para estimar a prevalência de sintomas depressivos. Esses instrumentos não são indicados para diagnosticar depressão, porém constituem um método interessante de rastreamento da doença e podem ser utilizados para se ter uma ideia aproximada da sua prevalência. As frequências obtidas por escalas em geral são falsamente aumentadas em relação à frequência real. Isto pode ser percebido observando-se a baixa prevalência de depressão no estudo de Ali *et al.*,<sup>30</sup> já que este utilizou diagnóstico clínico de depressão e não uma escala como método de avaliação.

Os pacientes diabéticos deprimidos podem apresentar muitas queixas somáticas, e isso pode levar o médico a considerar esses sintomas exclusivamente como secundários ao diabetes. Porém, sintomas somáticos podem ocorrer tanto nas síndromes depressivas como no diabetes.<sup>51</sup> Por isso é muito importante ficar alerta para a possibilidade de um paciente diabético com queixas somáticas estar com uma síndrome depressiva. De acordo com o DSM-IV-TR os sintomas somáticos mais comumente encontrados nos transtornos depressivos são dor, distúrbios do sono, desconforto gastrointestinal, fadiga e alterações do apetite. Neste trabalho os sintomas somáticos do BDI mais frequentes foram “dificuldade no trabalho” (54,6%) e “falta de energia” (44,3%) (**Tabela 3**).

Importante lembrar que este trabalho foi realizado em um hospital de referência e alta complexidade. Assim, é possível que os pacientes do estudo sejam fisicamente mais graves e possuam comorbidades físicas e psiquiátricas com maior frequência que em outros hospitais gerais, dificultando generalizações para serviços de menor complexidade.

Aproximadamente um quarto dos pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC apresentou sintomas depressivos. Seria muito interessante que a equipe médica tivesse conhecimento desse dado, para que se possa suspeitar do diagnóstico de depressão nestes pacientes. Além disso, a internação pode ser um momento privilegiado para detectar e iniciar o tratamento da depressão neste grupo. Por isso a importância de o médico observar seu paciente da maneira mais ampla e integral possível, atentando não apenas para os aspectos físicos, mas também para as questões mentais em que ele pode atuar.

## **6. CONCLUSÃO**

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes diabéticos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi de 24,7%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aarts S, van den Akker M, van Boxtel MP, Jolles J, Winkens B, Metsemakers JF. Diabetes mellitus type II as a risk factor for depression: a lower than expected risk in a general practice setting. *Eur J Epidemiol*. 2009;24(10):641-8.
2. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008 Dec;31(12):2383-90.
3. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Curr Diabetes Rev*. 2009 May;5(2):112-9.
4. Verma SK, Luo N, Subramaniam M, Sum CF, Stahl D, Liow PH, et al. Impact of depression on health related quality of life in patients with diabetes. *Ann Acad Med Singapore*. 2010 Dec;39(12):913-7.
5. Egede LE, Grubaugh AL, Ellis C. The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Nov-Dec;32(6):563-9.
6. Richardson LK, Egede LE, Mueller M, Echols CL, Gebregziabher M. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Nov-Dec;30(6):509-14.
7. Raval A, Dhanaraj E, Bhansali A, Grover S, Tiwari P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. *Indian J Med Res*. 2010 Aug;132:195-200.
8. Yekta Z, Pourali R, Yavarian R. Behavioural and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *East Mediterr Health J*. 2010 Mar;16(3):286-91.
9. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;25(4):246-52.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Estimated county-level prevalence of diabetes and obesity - United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58(45):1259-63.
11. Bonow RO, Gheorghide M. The diabetes epidemic: a national and global crisis. *Am J Med*. 2004 Mar 8;116 Suppl 5A:2S-10S.
12. Garratt AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient-assessed health outcome measures for diabetes: a structured review. *Diabetic Medicine*. 2002;19(1):1-11.

13. Economic costs of diabetes in the U.S. In 2007. *Diabetes Care*. 2008 Mar;31(3):596-615.
14. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004 May;27(5):1047-53.
15. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*. 1992 November 1, 1992;15(11):1509-16.
16. Bosi PL, Carvalho AM, Contrera D, Casale G, Pereira MA, Gronner MF, et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2009;53:726-32.
17. Torquato MTdCG, Montenegro Junior RM, Viana LAL, Souza RAHGd, Lanna CMM, Lucas JCB, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *Sao Paulo Medical Journal*. 2003;121:224-30.
18. Vamos EP, Mucsi I, Keszei A, Kopp MS, Novak M. Comorbid depression is associated with increased healthcare utilization and lost productivity in persons with diabetes: a large nationally representative Hungarian population survey. *Psychosom Med*. 2009 Jun;71(5):501-7.
19. Egede LE. Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care*. 2004 Feb;27(2):421-8.
20. Almeida-Filho N, Mari Jde J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997 Dec;171:524-9.
21. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
22. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001 Feb;178:145-53.
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
24. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1362-70.



25. Riba M, Grassi L, editors. Physical Illness and Depression. Swiss: World Psychiatric Association; 2008 [05/05/2011]; V.2. WPA Educational Programme on Depressive Disorders. Available from: [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=8&category\\_id=30&content\\_id=117](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&category_id=30&content_id=117).
26. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):1069-78.
27. Mantyselka P, Korniloff K, Saaristo T, Koponen H, Eriksson J, Puolijoki H, et al. Association of depressive symptoms with impaired glucose regulation, screen-detected, and previously known type 2 diabetes: findings from the Finnish D2D Survey. *Diabetes Care*. 2011 Jan;34(1):71-6.
28. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetol Metab Syndr*. 2010;2:72.
29. Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PH, Tack CJ, Bazelmans E, Beekman AJ, Heine RJ, et al. Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. *Diabet Med*. 2010 Feb;27(2):217-24.
30. Ali S, Davies MJ, Taub NA, Stone MA, Khunti K. Prevalence of diagnosed depression in South Asian and white European people with type 1 and type 2 diabetes mellitus in a UK secondary care population. *Postgrad Med J*. 2009 May;85(1003):238-43.
31. Chiu CJ, Wray LA, Beverly EA, Dominic OG. The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jan;45(1):67-76.
32. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabet Med*. 2009 Feb;26(2):153-61.
33. Gendelman N, Snell-Bergeon JK, McFann K, Kinney G, Paul Wadwa R, Bishop F, et al. Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009 Apr;32(4):575-9.
34. Graco M, Berlowitz DJ, Fourlanos S, Sundram S. Depression is greater in non-English speaking hospital outpatients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009 Feb;83(2):e51-3.
35. Holt RI, Phillips DI, Jameson KA, Cooper C, Dennison EM, Peveler RC. The relationship between depression and diabetes mellitus: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Diabet Med*. 2009 Jun;26(6):641-8.

36. Lee HJ, Chapa D, Kao CW, Jones D, Kapustin J, Smith J, et al. Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009 Apr;21(4):214-24.
37. Kokoszka A, Pouwer F, Jodko A, Radzio R, Mucko P, Bienkowska J, et al. Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Eur Psychiatry.* 2009 Oct;24(7):425-30.
38. Aujla N, Abrams KR, Davies MJ, Taub N, Skinner TC, Khunti K. The prevalence of depression in white-European and South-Asian people with impaired glucose regulation and screen-detected type 2 diabetes mellitus. *PLoS One.* 2009;4(11):e7755.
39. Subramaniam M, Sum CF, Pek E, Stahl D, Verma S, Liow PH, et al. Comorbid depression and increased health care utilisation in individuals with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009 May-Jun;31(3):220-4.
40. Li C, Ford ES, Strine TW, Mokdad AH. Prevalence of depression among U.S. adults with diabetes: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Diabetes Care.* 2008 Jan;31(1):105-7.
41. Colunga-Rodríguez C, García de Alba JE, Salazar-Estrada JG, Ángel-González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Revista de Salud Pública.* 2008;10:137-49.
42. Sahota PK, Knowler WC, Looker HC. Depression, diabetes, and glycemic control in an American Indian community. *J Clin Psychiatry.* 2008 May;69(5):800-9.
43. Zahid N, Asghar S, Claussen B, Hussain A. Depression and diabetes in a rural community in Pakistan. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008 Jan;79(1):124-7.
44. Adriaanse MC, Dekker JM, Heine RJ, Snoek FJ, Beekman AJ, Stehouwer CD, et al. Symptoms of depression in people with impaired glucose metabolism or Type 2 diabetes mellitus: The Hoorn Study. *Diabet Med.* 2008 Jul;25(7):843-9.
45. Zhang J, Ye M, Huang H, Li L, Yang A. Depression of chronic medical inpatients in China. *Arch Psychiatr Nurs.* 2008 Feb;22(1):39-49.
46. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71.
47. 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.
48. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual.* San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
49. 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.

50. Norusis MJ. *SPSS/PC 17.0 Base Manual.* ed. Chicago: SPSS Inc.;2008.
51. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med.* 1997 Jan-Feb;59(1):24-31.

## **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**

**Excluído?**

- Causa administrativa       Impossibilidade física       Recusa  
 Idade inferior a 18 anos       Internado há mais de 7 dias       Reinternação

**1. Nome:**..... **2. Número prontuário:**.....

**3. Motivo de Internação (CID-10):**..... **4. Leito:**.....

**5. Sexo:**  masc.  fem. **6. Idade:**..... anos

**7. Renda familiar:**..... salários mínimos **8. Escolaridade:**..... anos

**9. Especialidade:**

- Cardiologia       Clínica Médica  
 Endocrinologia       Gastroenterologia  
 Hematologia       Neurologia  
 Pneumologia       outra

**10. Raça:**

- Branca       Negra  
 Parda       Amarela

**11. Estado civil:**

- Solteiro(a)       Casado(a)/união estável  
 Viúvo(a)       Separado(a)/divorciado(a)

**Data entrevista:**...../...../.....

**12. BDI:**

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

## FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

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

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

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

NOTA

1. FORMA .....

2. CONTEÚDO .....

3. APRESENTAÇÃO ORAL .....

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO .....

MÉDIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

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