

JOÃO FELIPE SCHADECK LOCATELLI

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES
HIPERTENSOS 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

JOÃO FELIPE SCHADECK LOCATELLI

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES
HIPERTENSOS 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.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof^a. Dra. Letícia Maria Furlanetto**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

DEDICATÓRIA

*Às pessoas que estiveram ao meu lado nestes
anos e os tornaram inesquecíveis.*

AGRADECIMENTOS

À professora Letícia Maria Furlanetto, minha orientadora. Obrigado pela dedicação, paciência com os alunos e nos ajudar a escutar os pacientes com o coração.

Ao grupo de psiquiatria que me acolheu e ajudou a crescer, tanto como estudante quanto pessoa, e me propiciou momentos que jamais esquecerei. Obrigado a todos.

À minha família, que me deu todo o suporte que eu precisei durante todos estes anos, além do amor incondicional. Amo vocês.

À minha namorada Camila pelo carinho, pela força e incentivo neste último ano.

À meus colegas e amigos, pelos luis, pelo futebol semanal e convivência agradável.

À vida.

RESUMO

Objetivos: Verificar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes hipertensos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, em que os pacientes consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC tiveram seus nomes anotados. Após a escolha por randomização, foram identificados através do prontuário os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (N=438), e entrevistados dentro da primeira semana de internação. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos. O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi utilizado para identificar sintomas depressivos. Os pacientes que pontuaram acima de 10 na soma dos primeiros 13 itens do BDI (subescala cognitivoafetiva) foram considerados como tendo sintomas depressivos moderados a graves.

Resultados: Dos 438 pacientes que compuseram a amostra, 28,3% apresentaram sintomas depressivos moderados a graves. Os sintomas depressivos mais frequentemente observados foram a irritabilidade (40,2%) e a autoacusação (30,6%).

Conclusões: Foram observados sintomas depressivos moderados a graves em quase um terço dos pacientes hipertensos internados. Esta alta prevalência observada deve chamar a atenção dos clínicos para investigarem depressão neste grupo, contribuindo para um diagnóstico precoce e tratamento adequado destes pacientes.

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

ABSTRACT

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

Method: In a transversal study, all medical inpatients consecutively admitted to the General Medical Wards of the HU-UFSC had their names recorded and were randomized. The presence of systemic arterial hypertension was observed on patients' charts. All patients were interviewed within the first week of admission. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to determine the presence of depressive symptoms. Patients who scored above 10 in the cognitive-affective subscale (first 13 items) of the BDI were considered as having moderate to severe depressive symptoms.

Results: Among the 438 hypertensive inpatients, 124 (28.3%) were considered having moderate to severe depressive symptoms. The most common depressive symptoms were irritability (40.2%) and self criticalness (30.6%).

Conclusion: In this study, it was found a high prevalence of moderate to severe depressive symptoms in hypertensive inpatients. This result should highlight the need for internal medicine physicians to be aware of depression in this group

Key-words: Depressive symptoms; medical inpatients; hypertensive patients; physical illness.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	4
3 MÉTODOS	5
3.1 Desenho	5
3.2 Local	5
3.3 Amostra	5
3.3.1 Critérios de Exclusão	5
3.4 Procedimentos	5
3.5 Medidas	6
3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas	6
3.5.2 Sintomas Depressivos	6
3.5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	6
3.6 Análise Estatística	7
3.7 Aspectos Éticos	7
4 RESULTADOS	8
5 DISCUSSÃO	13
6 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
NORMAS ADOTADAS	20
ANEXO	21

1 INTRODUÇÃO

Tanto a depressão como a hipertensão caracterizam-se por sua alta prevalência na comunidade, nos ambulatorios e enfermarias,¹⁻⁵ representando sérios problemas para a saúde pública brasileira e mundial. Nas últimas décadas, numerosos estudos tentaram desvendar uma possível relação entre essas enfermidades.⁶⁻⁸ Ambas entidades podem possuir diversas causas, ou então, como na maioria das vezes, suas etiologias são desconhecidas, acarretando uma dificuldade no diagnóstico e manejo principalmente quando estas se apresentam associadas entre si.

A depressão maior é uma enfermidade psiquiátrica que afeta cerca de 2 a 5% da população geral.^{4,9} Os sintomas apresentados são: humor depressivo, perda de interesse ou prazer em atividades diárias (anedonia), alteração do apetite, alteração do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa excessiva, capacidade diminuída de concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes. 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 e profissional. De acordo com o DSM-IV TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, Texto Revisado), o diagnóstico de depressão maior é feito pela presença de 5 dos sintomas acima citados, sendo que pelo menos um deles deve ser o humor depressivo ou a anedonia. Estes não podem ser melhor explicados pelo uso de medicamentos, drogas, presença de doenças ou luto complicado. Pela sua alta prevalência, cronicidade, prejuízo físico, prejuízo psíquico e recorrência, é considerada uma doença grave e deve ser tratada sempre quando identificada.

Muitos pacientes na prática não fecham os critérios para o diagnóstico de depressão maior, entretanto isso não significa que não apresentam sofrimento psíquico importante. Estes pacientes se apresentam com graus variados de sintomas depressivos, de leves a moderados, influenciando diretamente na qualidade de vida da pessoa.¹⁰ Além de serem fatores importantes no surgimento de outras doenças crônicas,¹¹ há uma crescente evidência que a presença de sintomas depressivos e de depressão maior podem levar a uma redução da adesão ao tratamento de outras doenças crônicas,^{12,13} e apresentar pior prognóstico e a maior mortalidade.¹⁴⁻¹⁸

Outros estudos vêm demonstrando que pacientes que apresentam doenças físicas e depressão têm um risco maior de mortalidade e hospitalização.¹⁹ Quando há outras doenças presentes, a depressão é mais facilmente diagnosticada, entretanto o tratamento dado a ela não se torna tão eficaz.²⁰⁻²²

Outra doença crônica comumente encontrada no ambulatório geral e enfermarias é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Cerca de ¼ da população geral apresenta esta doença.^{23,24} A

HAS é um fator de risco para infarto agudo do miocárdio, falência renal, falência cardíaca e doença vascular periférica.^{25,26} Seu tratamento precoce e adequado impede o aparecimento de inúmeras complicações, dentre estas citadas, algumas fatais.

Sabe-se que fatores psicológicos podem afetar diversos sistemas do corpo humano. O sistema cardiovascular, controlado pelo sistema autonômico, é um dos sistemas reativos mais instantâneos e responsivos. Explicações biológicas para esta relação mostram que as alterações no humor têm muita influência sobre o sistema autonômico e conseqüentemente resposta vascular.^{6,7} Pode-se supor que estas respostas rápidas são fatores adaptativos e necessários para a existência humana. É considerado patológico quando há desequilíbrio nesse sistema, quando uma resposta inicialmente normal desencadeia a quebra da homeostasia. Sabe-se que sintomas depressivos podem aumentar o risco cardiovascular não somente pelo efeito direto, mas também pelos hábitos não saudáveis adotados.⁸ Deve-se lembrar que a depressão divide com a hipertensão fatores de risco similares, como a exemplo o estresse.

Friedman e Bennet,²⁴ em 1977, realizaram um dos primeiros estudos populacionais de relevante importância verificando a prevalência de HAS e depressão maior. Desde antes da realização deste trabalho, a doença depressão mostrou-se difícil de ser avaliada, apresentando uma linha tênue entre o que foi considerado patológico e o normal. Em pesquisas até então realizadas, percebe-se uma variedade enorme de instrumentos, escalas e questionários utilizados para tentar identificar, da melhor forma possível e fidedigna, a presença de depressão e sintomas depressivos, o que dificulta ainda mais uma avaliação retrospectiva de estudos e possível conclusão sobre este assunto.

Estudos transversais já demonstraram que pacientes hipertensos apresentam mais sintomas depressivos que pacientes não hipertensos.^{5,27,28} Foi observada a prevalência de depressão maior em 3 a 6,5% e a presença de sintomas depressivos em 23 a 53% nos pacientes estudados. Os pacientes internados possuem mais sintomas depressivos que pacientes da comunidade. O **Quadro 1** mostra a prevalência de depressão em pacientes hipertensos em diversos trabalhos.

No Brasil, pesquisas já foram realizadas e mostraram a prevalência de depressão em pacientes hipertensos.²⁸⁻³⁰ Entretanto, não se observam muitos trabalhos sobre este tema. A ansiedade, altamente prevalente no nosso meio, é mais citada na literatura e apresenta forte relação com alterações no sistema cardiovascular e presença de comorbidades.^{31,32}

Como foi visto, a depressão é frequente em pacientes com doenças físicas e, quando presente, pode levar a um pior prognóstico.^{33,34} O conhecimento das características dos pacientes hipertensos internados, incluindo a prevalência de outras doenças associadas, pode ajudar o clínico a reconhecer, diagnosticar e providenciar um atendimento integral à pessoa.

Quadro 1 – Estudos de prevalência de depressão em pacientes hipertensos

Autor, Ano	N	Amostra	Instrumentos	Prevalência
Wen <i>et al.</i> , 2010 ³	687	Comunidade > 90a	GSD-CD	26% sintomas depressivos
Saboya <i>et al.</i> , 2010 ²⁸	152	Comunidade	BDI-21	53% sintomas depressivos
Grimsrud <i>et al.</i> , 2010 ³⁵	767	Comunidade	CIDI	23% de sintomas depressivos no último ano
Mimiaga <i>et al.</i> , 2010 ²⁷	1945	Emergência de Hospital Geral	CES-D	34,16% sintomas depressivos
Dois <i>et al.</i> , 2009 ³⁶	442	Comunidade	BDI-21	6,5% sintomas depressivos graves
Amaral <i>et al.</i> , 2007 ²⁹	285	Ambulatório de hipertensos	BDI + SCID-I/P	20% depressão maior
Duarte <i>et al.</i> , 2007 ³⁷	1120	Ambulatório	Anamnese padronizada da instituição de acordo com o DSM-IV	23,4% sintomas depressivos
Cheung <i>et al.</i> , 2005 ³¹	173	Comunidade	HADS	11% sintomas depressivos moderados a graves
Furlanetto <i>et al.</i> , 2002 ³⁰	239	Enfermaria de Clínica Médica	BDI-13	30,5% sintomas depressivos
Benseñor <i>et al.</i> , 1998 ³⁸	41	Ambulatório geral	PRIME-MD	24% transtorno depressivo
Simonsick <i>et al.</i> , 1995 ³⁹	10294	Estudo multicêntrico em 3 comunidades	CES – D	sintomas depressivos graves ♂: 9,4 a 13,5% ♀: 20,6 a 27,1 %

GSD-CD: Escala de depressão geriátrica - Edição chinesa; BDI-21: Inventário Beck de Depressão - 21 itens; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; BDI-13: Inventário Beck de Depressão - 13 primeiros itens; SCID-I/P: Entrevista Estruturada para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CES-D: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PRIME-MD: Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária

2 OBJETIVO

Verificar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

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 da Universidade Federal de Santa Catarina. 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), com uma capacidade para 77 pacientes.

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 HAS. Estes pacientes compuseram a amostra.

3.3.1 Critérios de Exclusão

- Idade inferior a 18 anos;
- 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;
- Pacientes que se recusaram a participar;
- Pacientes internados há mais de sete dias no momento da entrevista;
- Pacientes reinternados;
- Causas administrativas: pacientes que não se encontravam nas enfermarias do hospital no momento da entrevista, por estarem em licença ou alta hospitalar, por transferência à UTI ou a outros hospitais ou ainda, por terem ido realizar exames em outra instituição de saúde.

3.4 Procedimentos

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

Os pacientes selecionados foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Seus dados foram coletados através de entrevista (vide **Anexo**) e de dados descritos no prontuário médico. Os questionários preenchidos estão descritos no item 3.5 a seguir.

3.5 Medidas

3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas

Foi preenchido um questionário com dados sociodemográficos, incluindo sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar.

3.5.2 Sintomas Depressivos

Neste estudo, foi utilizada a versão do Inventário Beck de Depressão validada para a língua portuguesa.⁴⁰ O Inventário Beck de Depressão foi elaborado com o objetivo de medir os sintomas depressivos em adolescentes e adultos, tornando possível quantificar e comparar o nível dos sintomas depressivos.⁴¹ Este inventário é constituído de 21 itens e é considerado um instrumento de autoavaliação, com fácil aceitação e entendimento pelos pacientes. Cada item consiste em quatro enunciados que caracterizam a intensidade de um sintoma depressivo e ao tomarem conhecimento destes itens, os pacientes escolhem a opção que melhor descreve o que têm sentido na última semana, incluindo o dia atual da pesquisa.

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, Beck sugere que nessa população, para análise de prevalência, sejam considerados apenas os treze primeiros itens, chamados de sintomas cognitivo afetivos da depressão (tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão).⁴² 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.⁴³

3.5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Foram classificados como hipertensos os pacientes com a entidade Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descrita em seu prontuário por seus médicos assistentes.

3.6 Análise Estatística

O programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0 para Windows foi utilizado para a análise estatística.⁴⁴ Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão.

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, ambulatórios 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 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 (29,7%) 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 HAS, totalizando uma amostra de 438 pacientes. Estes eram predominantemente casados (66,7%), brancos (68,9%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $57,8 \pm 13,1$ anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 89 anos. A média de escolaridade \pm DP foi de $5,1 \pm 4,0$ anos, e a média da renda familiar \pm DP foi de $3,0 \pm 3,1$ salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes hipertensos internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC (N=438).

Características	N (438)	%*
Sexo		
Masculino	230	52,5
Feminino	208	47,5
Idade (anos)		
18 a 64	302	68,9
Maior ou igual a 65	136	31,1
Raça		
Branços	302	68,9
Não-branços	136	31,1
Estado civil		
Casado(a)/ união estável	292	66,7
Separado(a)	51	11,6
Solteiro(a)	31	7,1
Viúvo(a)	64	14,6
Renda familiar (salários mínimos)		
Menor que 2	108	24,7
2 a 4	233	53,2
5 a 6	28	6,4
Maior que 6	30	6,8
Escolaridade (anos)		
0	44	10,0
1 a 4	213	48,6
5 a 8	102	23,3
Maior que 8	70	16,0

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

As doenças cardíacas/circulatórias (24,4%) e as doenças do trato gastrointestinal (13,0%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra. Estes ocupavam principalmente os leitos das enfermarias reservados à cardiologia (23,5%) e à clínica médica (18,9%). As características clínicas da amostra se encontram na **Tabela 2** e na **Figura 1**.

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

Motivo da Internação	N (433)	%
Cardíacas/Circulatórias	107	24,4
Digestivas	57	13,0
Respiratórias	52	11,9
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	49	11,2
Hematológicas/Imunitárias	46	10,5
Neurológicas	38	8,7
Neoplasias	19	4,3
Osteomusculares/Tecido conjuntivo	18	4,1
Genitourinárias	16	3,7
Infeciosas/Parasitárias	9	2,1
Mal-definidas	9	2,1
Lesões/Envenenamentos	3	0,7
Causas externas	3	0,7
Pele/Subcutâneo	3	0,7

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

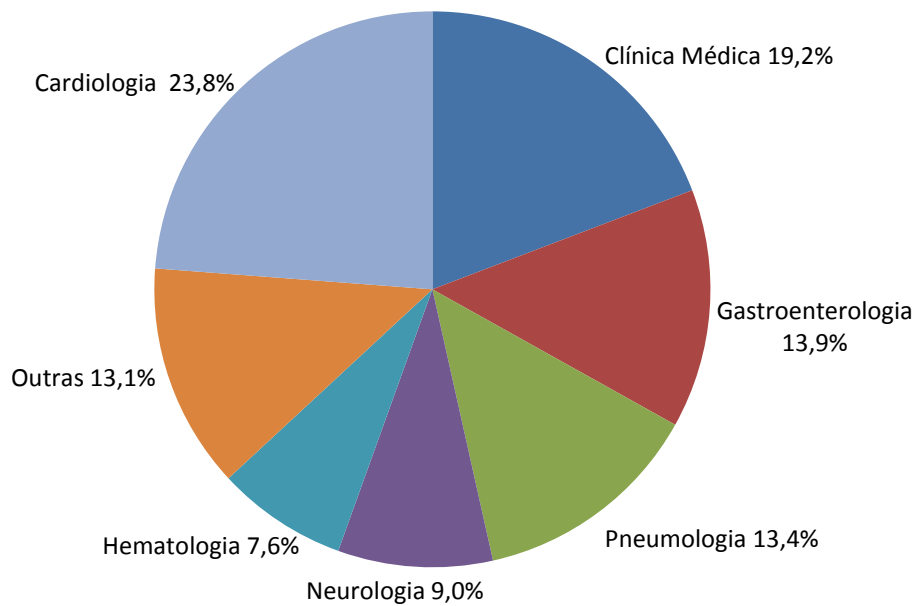


Figura 1 - Especialidades nas quais os pacientes estavam internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC

4.2 Prevalência dos Sintomas Depressivos em Pacientes Hipertensos

A prevalência de sintomas depressivos moderados a graves observados na presente pesquisa durante a internação nas Enfermarias de Clínica Médica foi de 28,3%. Os sintomas depressivos que obtiveram maior prevalência foram a irritabilidade (40,2%) e a autoacusação (30,6%). A prevalência dos sintomas rastreados na pesquisa pelo Inventário Beck de Depressão, com seus treze primeiros itens, está demonstrada na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Presença de sintomas depressivos de acordo com o Inventário Beck de Depressão (primeiros 13 itens).

Sintomas	Sintomas depressivos ?*	
	Não (%)	Sim (%)
Tristeza	368 (84)	70 (16)
Desesperança	357 (81,5)	81 (18,5)
Sensação de fracasso	382 (87,2)	56 (12,8)
Anedonia	359 (82)	79 (18)
Culpa	367 (83,8)	71 (16,2)
Sentimento de punição	358 (81,7)	80 (18,3)
Desgosto consigo	397 (90,6)	41 (9,4)
Autoacusação	304 (69,4)	134 (30,6)
Ideação suicida	418 (95,4)	20 (4,6)
Choro fácil	336 (76,7)	102 (23,3)
Irritabilidade	262 (59,8)	176 (40,2)
Perda do interesse nas pessoas	373 (85,2)	65 (14,8)
Indecisão	297 (87,8)	14 (12,2)

*Medidos através do Inventário Beck de Depressão (13 primeiros itens). "Não"(pontuação 0 ou 1), "Sim"(pontuação 2 ou 3).

5 DISCUSSÃO

Este é um dos poucos estudos brasileiros que avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em pacientes hipertensos internados. Na nossa amostra, 28,3% dos pacientes hipertensos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC apresentavam sintomas depressivos moderados a graves na primeira semana de internação. Dentre os sintomas depressivos, os sintomas de irritabilidade e autoacusação foram os mais prevalentes.

A prevalência de sintomas depressivos em hipertensos observada na presente pesquisa foi similar a obtida em outros estudos.^{3,27,30} Este valor está de acordo com o relatado na literatura quando são considerados pacientes com doenças físicas específicas. Entretanto, existem poucos artigos que tenham uma amostra similar, sendo então difícil uma comparação direta de resultados.

O resultado observado neste trabalho foi diferente do obtido em um estudo brasileiro recente.²⁸ Apesar de a população estudada apresentar características socioeconômicas e étnicas similares, a possível justificativa seria que no presente estudo foi utilizado o Inventário Beck de Depressão na sua versão com os 13 primeiros itens. Saboya *et al.* utilizaram a versão com 21 itens que inclui sintomas físicos e pode identificar resultados superestimados de sintomas depressivos, principalmente quando associados a outras doenças.

A prevalência observada nesta pesquisa foi maior que as encontradas em outros estudos, 11% e 6,5%.^{31,36} É provável que estas menores taxas sejam decorrentes de metodologias diferentes, já que aqueles autores visaram a detectar os pacientes que preenchiam os critérios diagnósticos para episódio depressivo maior, que são mais restritivos, enquanto nós buscamos detectar a presença de sintomas depressivos. É importante atentar para o fato de que os resultados discordantes também podem ser interpretados por serem amostras vindas de locais diferentes. A totalidade da nossa amostra é composta por pacientes internados. A maioria dos estudos observados possui uma amostra vinda da comunidade. Outros fatores que poderiam explicar a discrepância nos resultados seria a utilização de diferentes instrumentos para mensurar a presença de sintomas depressivos e suas respectivas traduções. Sabe-se que, como hospital público, o HU-UFSC possui uma clientela com menor renda e menor escolaridade, o que também pode interferir em resultados finais mais elevados.³⁰

O estudo apresenta algumas limitações. Primeira: a detecção de sintomas depressivos autorelatados não substitui o diagnóstico feito por um médico experiente que utiliza entrevista estruturada e critérios diagnósticos. Segunda: sabe-se que estes instrumentos podem captar sofrimento inespecífico e não só sintomas depressivos. No hospital geral também podem captar sintomas decorrentes da doença de base do paciente. A utilização nesta pesquisa dos treze primeiros itens do BDI visa amenizar esta limitação. Deve-se salientar que, apesar disso, outras pesquisas que

utilizaram o BDI como instrumento de avaliação demonstraram que a presença de sintomas depressivos já merece abordagem.^{14,18} Terceira: é importante lembrar que esta pesquisa foi realizada em hospital universitário de caráter terciário e um serviço de referência. Assim, é possível que os pacientes sejam fisicamente mais graves e possuam comorbidades físicas e psiquiátricas com maior frequência, dificultando generalizações para serviços de menor complexidade ou que atendam casos menos graves. Quarta limitação: É possível que dentre os pacientes que se recusaram a participar estivessem presentes alguns deprimidos.

Como resultado relevante para a prática clínica, a presente pesquisa reforça a necessidade dos médicos voltarem a ter uma visão do paciente como um todo, e não fragmentado como muitos hoje a praticam. Esquece-se que uma pessoa possui sentimentos, medos, aflições e desejos. Sua cultura é negligenciada, e é esperado que o doente se adapte ao novo meio, geralmente um hospital, que por si só já carrega muitos preconceitos. Na prática diária, observa-se ainda muito distanciamento entre os médicos e os pacientes, o que ainda mais diminui a possibilidade de uma resolução favorável do quadro. Tem-se a centralização da cura na pessoa do médico e em segundo plano o paciente, esquecendo-se assim dos diversos aspectos complexos da vida de uma pessoa que exigem uma abordagem ampla. Somente com uma abordagem mais holística pode-se ter o resultado final desejado. Sabe-se que a HAS e a depressão são doenças muito prevalentes em nosso meio e tanto o retardo da detecção quanto seu tratamento inadequado podem resultar em desfechos dramáticos.

Esse trabalho reforça a importância de uma anamnese bem feita realizada pelo clínico no momento da internação, com objetivo de identificar aspectos gerais e comorbidades que possam vir a interferir na abordagem terapêutica. A capacidade do médico de ouvir e sentir o que realmente aflige o paciente é uma arte e deve ser treinada diariamente. E, ao se compreender e acolher o paciente damos o primeiro passo para a obtenção de um resultado positivo, alcançando o objetivo da nossa profissão, que é contribuir para o bem estar das pessoas.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes hipertensos internados foi de 28,3%. Dentre os sintomas depressivos, os sintomas de irritabilidade e autoacusação foram os mais prevalentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shim RS, Baltrus P, Ye J, Rust G. Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the national health and nutrition examination survey (NHANES), 2005-2008. *J Am Board Fam Med* 2011;24:33-8.
2. Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension --- United States, 1999--2002 and 2005--2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60:103-8.
3. Wen Z, Bi-Rong D, Chang-Quan H, et al. Depression and hypertension among Chinese nonagenarians and centenarians. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:554-61.
4. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
5. Rabkin JG, Charles E, Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1983;140:1072-4.
6. d'Audiffret AC, Frisbee SJ, Stapleton PA, Goodwill AG, Isingrini E, Frisbee JC. Depressive behavior and vascular dysfunction: a link between clinical depression and vascular disease? *J Appl Physiol* 2010;108:1041-51.
7. Veith RC, Lewis N, Linares OA, et al. Sympathetic nervous system activity in major depression. Basal and desipramine-induced alterations in plasma norepinephrine kinetics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:411-22.
8. Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E, et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2008;300:2379-88.
9. Park JH, Lee JJ, Lee SB, et al. Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *J Affect Disord* 2010;125:234-40.
10. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:189-99.
11. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 2009;190:S54-60.
12. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009;75:1223-9.
13. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160:3278-85.

14. Furlanetto LM, von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41:426-32.
15. Wells KB. The role of depression in hypertension-related mortality. *Psychosom Med* 1995;57:436-8.
16. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Ten Have T, Bruce ML. Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year mortality among older, primary-care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:748-55.
17. Kaptein KI, de Jonge P, van den Brink RH, Korf J. Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis: a latent class analysis. *Psychosom Med* 2006;68:662-8.
18. Frasure-Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999;61:26-37.
19. Lopes AA, Bragg J, Young E, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002;62:199-207.
20. Himelhoch S WW, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Med Care* 2004;Jun;42(6):.512-21.
21. Teh CF, Reynolds CF, 3rd, Cleary PD. Quality of depression care for people with coincident chronic medical conditions. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:528-35.
22. Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med* 2002;17:504-11.
23. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995;25:305-13.
24. Friedman MJ, Bennet PL. Depression and hypertension. *Psychosom Med* 1977;39:134-42.
25. Zoccali C, Mallamaci F, Tripepi G. Hypertension as a cardiovascular risk factor in end-stage renal failure. *Curr Hypertens Rep* 2002;4:381-6.
26. Trenkwalder P, Hendricks P, Schoniger R, Rossberg J, Lydtin H, Hense HW. Hypertension as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality in an elderly German population; the prospective STEPHY II study. *Starnberg Study on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly. Eur Heart J* 1999;20:1752-6.
27. Mimiaga MJ, Reichmann WM, Safren SA, Losina E, Arbelaez C, Walensky RP. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms in an urban hospital emergency

department. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2010;12.

28. Saboya PM, Zimmermann PR, Bodanese LC. Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension, and their impact on the quality of life. *Int J Psychiatry Med* 2010;40:307-20.
29. Amaral GF JP, Brasil MA, Souza, AL, Freitas HF, Taniguchi LM, Melo AF, Ribeiro CN. Prevalence of major depressive disorders in a reference center for treatment of hypertension. *R Psiq RS* 2007;29(2):161-8.
30. Furlanetto LM, Figueiredo J. H. C. , Fornari, L. M , Brasil, M. A. A. Hipertensão e sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias gerais. *Rev Psiq Consiliar e de Ligação* 2002;8:15-23.
31. Cheung BM, Au T, Chan S, et al. The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. *Exp Clin Cardiol* 2005;10:21-4.
32. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 1997;6:43-9.
33. Furlanetto LM, Moral JAG, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr* 2006;55:96-101.
34. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007;167:60-7.
35. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS One* 2010;4:e5552.
36. Dois A, Cazenave, A. [Pesquisa de Depresión Mayor en Hipertensos Consultantes de la Atención Primaria]. *Rev Med Chile* 2009;137:475-80.
37. Duarte MB, Rego, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):691-700.
38. Benseñor I. M. PA, Tannuri AC, Valeri CM, Akashi D, Fucciolo DQ *et al.* Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(3A):406-11.
39. Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG, Berkman LF. Depressive symptomatology and hypertension-associated morbidity and mortality in older adults. *Psychosom Med* 1995;57:427-35.
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;29:453-7.

41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
42. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
43. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86:87-91.
44. Norusis M. *SPSS/PC 17.0 Base Manual*. ed Chicago: SPSS Inc. 2008.

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. Hipertensão arterial sistêmica?** 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. Inventário Beck de Depressão (subescala cognitivoafetiva):**

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