

**CAMILA ANDRADE MARQUES**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, NÍVEIS DE DOR E  
FALTA DE APOIO SOCIAL EM PACIENTES 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.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

**CAMILA ANDRADE MARQUES**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, NÍVEIS DE DOR E  
FALTA DE APOIO SOCIAL EM PACIENTES 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. Carlos Eduardo Pinheiro**

**Professora Orientadora: Prof. Dra Leticia Maria Furlanetto**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

## DEDICATÓRIA

*Aos pacientes.*

*“Cada um de nós compõe a sua história*

*Cada ser em si carrega o dom de ser capaz*

*E ser feliz”*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus pela vida e oportunidades.*

*À minha família pelo amor e apoio.*

*À minha orientadora pela paciência e ensinamentos.*

*Ao grupo de pesquisa pelo trabalho e dedicação.*

*Aos pacientes pelo carinho e doação.*

*Aos amigos pela solidariedade e estímulo.*

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em Enfermarias de Clínica Médica.

**Métodos:** Estudo transversal em que todos adultos consecutivamente admitidos nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC foram elegíveis para participar. Estes foram selecionados por randomização e avaliados durante a primeira semana de internação. Utilizaram-se os instrumentos: Subescala Cognitivoafetiva do Inventário Beck de Depressão (BDI-13), o Índice Charlson de Comorbidade Física e duas escalas likert para avaliar dor e percepção de gravidade física. Foram considerados como tendo depressão aqueles pacientes que pontuaram acima de 10 no BDI-13. Investigou-se apoio social através de pergunta direta “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre tudo ou quase tudo?”. Foram considerados como tendo falta de apoio social os pacientes que relataram ter menos que 4 parentes ou amigos confidentes. Foram utilizados os testes T de Student, Qui-quadrado e a Regressão Logística.

**Resultados:** Dos 1147 pacientes que compuseram a amostra, 25,3% apresentavam depressão. Os deprimidos tinham menor escolaridade ( $p<0,001$ ), menor renda familiar ( $p=0,018$ ), relatavam maiores níveis de dor ( $p=0,036$ ) e percebiam menor apoio social ( $p<0,001$ ) e maior gravidade física ( $p=0,008$ ). Na análise multivariada, a baixa escolaridade (Risco Relativo [RR]:0,96;Intervalo de Confiança [IC]:0,89-0,96; $p<0,001$ ), a baixa renda familiar (RR:0,92;IC:0,86-0,99; $p=0,018$ ), a maior intensidade de dor (RR:1,04;IC:1,00-1,08; $p=0,036$ ), a percepção de falta de apoio social (RR:2,02;IC:1,49-2,72; $p<0,001$ ) e a maior percepção de gravidade física (RR:1,07;IC:1,02-1,13; $p=0,008$ ) se associaram independentemente à depressão.

**Conclusão:** Os pacientes clínicos deprimidos relataram mais falta de apoio social e maiores níveis de dor, mesmo após controlar para variáveis confundidoras sociodemográficas e clínicas.

**Palavras-chave:** sintomas depressivos, dor, apoio social, Hospital Geral

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the association of depression, levels of pain and social support in medical inpatients admitted to the General Medical Wards of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina.

**Methods:** In a cross sectional observational study all consecutively admitted adults were eligible to participate. The patients were randomized and evaluated during the first week of admission. The following instruments were used: the cognitive-affective subscale of the Beck Depression Inventory (BDI-13), the Charlson Comorbidity Index and two likert scales to evaluate pain and perception of physical illness severity. The patients who scored higher than 10 in the BDI-13 were considered as having depressive symptoms. Social support was investigated asking the following question: “How many relatives or friends do you feel at easy and can talk about almost everything?”. Those who had less than four relatives or close friends were considered as having lack of social support. The Student T test, Chi-square test and Logistic Regression analysis were used.

**Results:** Of the 1147 patients that comprised the sample, 25.3% had depression. Depressive patients had lower level of education ( $p<0.001$ ), and lower household incomes ( $p=0.018$ ). Moreover they reported higher levels of pain ( $p=0.036$ ), perceived less social support ( $p<0.001$ ) and reported more severe physical illnesses ( $p=0.008$ ). In the multivariate analysis the educational level (Relative Risk [RR]:0.96;Confidence Interval [CI]:0.89-0.96; $p<0.001$ ), the poorer household income (RR:0.92;CI:0.86-0.99; $p=0.018$ ), higher pain levels (RR:1.04;CI:1.00-1.08; $p=0.036$ ), the perception of lack of social support (RR:2.02;CI:1.49-2.72; $p<0.001$ ) and the perception worse physical severity (RR:1.07;CI:1.02-1.13; $p=0.008$ ) were independently associated with depression.

**Conclusion:** Depressive medical inpatients reported higher levels of pain and more lack of social support even after controlling for social, demographic and clinical variables.

**Keywords:** pain, depression, social support, General Hospital

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Desenho.....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Local .....</b>	<b>4</b>
<b>3.3 Amostra .....</b>	<b>4</b>
<b>3.4 Procedimentos.....</b>	<b>4</b>
<b>3.5 Medidas.....</b>	<b>5</b>
<b>3.6 Análise Estatística.....</b>	<b>5</b>
<b>3.7 Aspectos Éticos .....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>7</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>15</b>
<b>NORMAS ADOTADAS .....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência de episódios depressivos entre pacientes clínicos com dor é alta (42%).<sup>1</sup> Em um estudo recente observou-se que pacientes com altos níveis de depressão tiveram pior evolução clínica apesar do tratamento adequado.<sup>2</sup> Além disso, estes tinham com maior frequência transtornos ansiosos, comorbidades clínicas e dor crônica.<sup>2</sup> Observou-se que pacientes com artrite e, portanto, dor crônica, têm maior predisposição a desenvolver transtornos do humor.<sup>3</sup> O tratamento da depressão pode reduzir os sintomas depressivos e melhorar o prognóstico dos pacientes.<sup>4</sup> Contudo, ainda existem poucos estudos no Brasil sobre esse assunto.

Em uma amostra representativa da população observou-se que pacientes com dor apresentaram uma queda na qualidade de vida, maior incapacidade, maior utilização dos cuidados de saúde e uso de substâncias.<sup>5</sup> Em pacientes com artrite reumatóide foi possível observar que a depressão e a inflamação têm correlação entre si, mas influenciam a dor de forma independente.<sup>6</sup> De maneira semelhante, em pacientes com câncer de mama, o tratamento da depressão, foi efetivo para reduzir os indicadores de inflamação.<sup>7</sup> Por ser um achado subjetivo do exame clínico, a percepção da dor depende não só das vias biológicas (como o que ocorre na inflamação) mas também das características psicológicas do paciente. Um ensaio clínico mostrou que pacientes com dor crônica e com padrões negativos de pensamento (como o catastrófico) perceberam maiores níveis de dor em relação àqueles que tinham como padrão de pensamento a aceitação da dor.<sup>8</sup> Outra pesquisa evidenciou a associação entre a gravidade da depressão e a intensidade do pensamento catastrófico em pacientes com anemia falciforme.<sup>9</sup> Entre pacientes com Dor Coronariana Aguda a depressão persistente vem sendo associada com aumento na mortalidade e na morbidade cardíaca.<sup>10</sup> Ou seja, apesar de repetidos estudos sobre o assunto, ainda se discute os mecanismos psicológicos e fisiológicos da dor e sua associação com depressão.

Discute-se, também, o papel do apoio social no aparecimento, manutenção ou melhora da depressão. Ambos apoio social e depressão podem influenciar, direta ou indiretamente, a evolução e bem estar de pacientes clínicos, como observado entre pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).<sup>11</sup> A depressão mostrou-se um fator preditor de mortalidade após 1 ano de IAM, porém o apoio social não se relacionou diretamente com a sobrevivência. Contudo, altos níveis de apoio social se relacionaram com uma melhora nos sintomas depressivos, podendo ser assim um fator protetor indireto para pessoas com IAM.<sup>11</sup> Além disso, pacientes com insuficiência cardíaca deprimidos apresentaram mais pessimismo, baixa

percepção de apoio social e um padrão de comportamento de evitação.<sup>12</sup> Ou seja, além de se isolarem, ainda não perceberam o apoio que tinham. Provavelmente esse mesmo fenômeno aconteceu com um grupo de pacientes em uso de terapia antiretroviral que, em 1 ano de seguimento, apresentou concomitantemente aumento na sintomatologia depressiva e diminuição nos níveis de apoio social.<sup>13</sup> Entre idosos com quadros dolorosos, a rede social e o estado funcional parecem estar mais relacionados com a depressão do que a dor objetiva propriamente dita.<sup>14</sup> Associação semelhante, porém em sentido inverso, ocorreu com pacientes submetidos ao transplante de medula óssea, quando observou-se que o aumento no suporte social percebido esteve relacionado a uma redução nos níveis de depressão, após 1 ano de seguimento.<sup>15</sup>

A depressão, a dor e a falta de apoio social são realidades recorrentes na prática clínica e interferem diretamente no diagnóstico e tratamento de diversas patologias. Vale salientar a importância do tratamento e acompanhamento desses pacientes no contexto intrahospitalar e após alta, pois se mostrou que os transtornos psiquiátricos em pacientes clínicos hospitalizados não remitem espontaneamente após a alta.<sup>16</sup> Assim, durante a internação de um paciente por uma doença física pode ser um momento privilegiado para a detecção e tratamento do sofrimento psíquico que é persistente e que já preenche critérios diagnósticos para uma doença mental.

Uma história familiar psiquiátrica positiva e menor escolaridade já se mostraram relacionados com a persistência dos transtornos ansiosos, da depressão e dos transtornos somatoformes após a alta.<sup>16</sup> Identificar precocemente a combinação de diferentes riscos e instituir o tratamento adequado previne novos episódios de depressão.<sup>17</sup> Além disso, a necessidade do tratamento da depressão, sobretudo em idosos, torna-se evidente já que, quando feito adequadamente, leva a uma melhoria das condições gerais do paciente e da sua qualidade de vida relacionada à saúde.<sup>18</sup>

Apesar da vasta literatura sobre o assunto, ainda não é possível definir exatamente o quanto estas variáveis interagem gerando sofrimento psíquico ou bem estar, nem como isso acontece, nos pacientes clínicos. Portanto, pesquisar nessa área nos aproxima do conhecimento necessário para o melhor manejo dos sintomas depressivos e dos fatores que podem estar associados à sua manutenção ou piora (tais como apoio social e dor) neste grupo.

## **2. OBJETIVO**

Verificar se existe associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

## 3. MÉTODOS

### 3.1 Desenho

Trata-se de 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 provenientes do interior do Estado. As enfermarias de Clínica Médica são divididas em três clínicas (Clínica Médica 1, 2 e 3) com uma capacidade para 77 pacientes.

### 3.3 Amostra

No período de abril de 2006 a julho de 2010, foram anotados os nomes de todos os pacientes adultos (idade  $\geq 18$  anos) consecutivamente internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC. Destes, foram selecionados por randomização 1630 pacientes. Compuseram a amostra 1147 pacientes que consentiram e que não preenchiam critérios de exclusão, conforme descrito abaixo:

- Incapacidade física que impossibilitasse a realização da entrevista (por afasia, dispnéia, etc.)
- Prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência de acordo com o DSM-IV-TR\*) que impedisse a compreensão dos questionários.
- Recusa

### 3.4 Procedimentos

Após esclarecimento quanto aos objetivos e natureza do estudo, os pacientes que concordaram e que não preencheram nenhum critério de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados dados sociodemográficos como idade, sexo, estado civil, escolaridade em anos, renda familiar em salários mínimos e dados da história clínica, bem como preenchidos os questionários descritos no item 3.5 abaixo, através de entrevista e dados do prontuário.

---

\* DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. ed. Texto Revisado

### 3.5 Medidas

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) foi utilizado com a finalidade de rastrear pacientes com prejuízo cognitivo, principalmente *delirium* e demência.<sup>19</sup> É composto de onze perguntas e requer somente de 5 a 10 minutos para ser administrado. O ponto de corte sugerido pelos autores da escala é de 23/24 para a suspeita de prejuízo cognitivo.<sup>19</sup> Contudo, devido ao fato de que pacientes com baixa escolaridade podem ter pontuação inferior nesta escala, sem que apresentem prejuízo cognitivo,<sup>20</sup> quando apropriado, foram utilizados os pontos de corte de acordo com o proposto por Bertolucci e cols. (13 para analfabetos; 18 para aqueles com 1 a 8 anos incompletos e 26 para pacientes com 8 ou mais anos de escolaridade).<sup>21</sup>

O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos.<sup>22</sup> Entretanto, vem sendo usado como instrumento de rastreamento de depressão. A subescala cognitivoafetiva (primeiros treze itens – BDI-13) mostrou-se válida em pacientes atendidos devido a doenças físicas no nosso hospital.<sup>23</sup> Foram considerados como tendo depressão aqueles pacientes que pontuaram acima de 10 no BDI-13.

As percepções de gravidade física e de dor foram avaliadas usando escalas do tipo likert de 11 pontos (0 a 10), sendo perguntado, respectivamente:

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

A gravidade física objetiva foi medida através do Índice Charlson de Comorbidade Física (IC). Este foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico, uma vez que é capaz de prever mortalidade. No cômputo deste item são avaliados não só o número de doenças, mas também, a gravidade destas.<sup>24</sup>

Foi avaliado apoio social com as seguintes perguntas: “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?” Esta pergunta foi validada em uma amostra brasileira por Chor e cols, 2001.<sup>25</sup> Foram considerados como tendo falta de apoio social aqueles pacientes que relataram ter menos que 4 parentes ou amigos confidentes.<sup>26</sup>

### 3.6 Análise Estatística

A análise estatística foi feita utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0 para Windows. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de  $p \leq 0,05$ . Quando foram feitas múltiplas comparações foi utilizada a correção de Bonferroni. Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão. Foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes e o teste do Qui-quadrado, conforme apropriado, com o objetivo de comparar os pacientes deprimidos ( $BDI-13 > 10$ ) e não deprimidos. Aqueles fatores que foram significativamente diferentes ( $p \leq 0,05$ ) na análise univariada, foram analisados na multivariada, através da Regressão Logística, conjuntamente com a gravidade física objetiva, para verificar sua associação independente com a depressão.

### **3.7 Aspectos Éticos**

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/2006 de 27/03/06) 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, solicitamos 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 foram orientados sobre o estudo e informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando são detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiar de tratamento específico, seus médicos assistentes são avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxilia no tratamento, caso seja solicitado parecer. Todos os dados são 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

Foram elegíveis para o estudo 1630 pacientes, no entanto 483 preencheram algum critério de exclusão (29,6%). Desses, 259 (15,9%) apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista, 94 (5,8%) recusaram-se a participar do estudo, 92 (5,6%) foram excluídos por não estarem no leito (realizando exames, procedimentos, etc.) e 25 (1,5%) por não terem 18 anos completos.

Assim, a amostra foi composta por 1147 pacientes. Desses, a maioria era do sexo masculino (55,7%), com média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) de  $49,72 \pm 16,18$  anos, era casada ou mantinha união estável (63,6%). A renda familiar média  $\pm$  DP foi de  $3,27 \pm 2,90$  salários mínimos e a escolaridade média  $\pm$  DP foi de  $6,48 \pm 4,29$  anos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra (N = 1147).

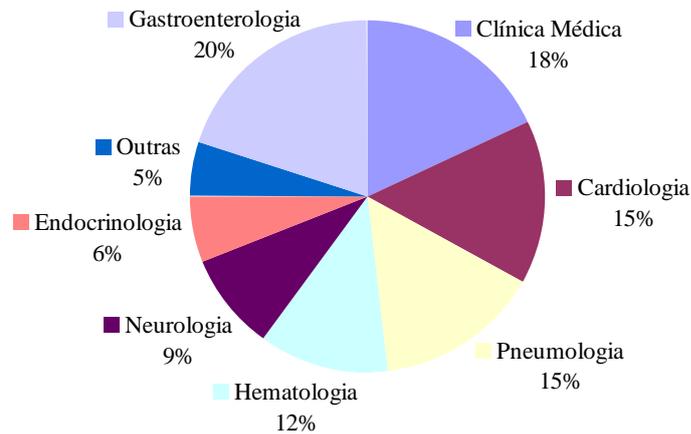
<b>Características</b>	<b>N (1147)*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	639	55,7
Feminino	508	44,3
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 64	920	80,2
Maior ou igual a 65	227	19,8
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)/união estável	729	63,6
Solteiro(a)	168	14,6
Separado(a)	147	12,8
Viúvo(a)	103	9
<b>Renda familiar (salários mínimos)*</b>		
Menor que 2	216	22,4
2 a 4	537	55,7
5 a 6	109	11,3
Maior que 6	102	10,6
<b>Escolaridade (anos)*</b>		
0	80	7
1 a 4	415	36,2
5 a 8	313	27,3
8 ou mais anos	326	28,4

\*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 digestivas (19,6%) e as doenças respiratórias (14,4%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra desse estudo. A maioria deles (20%) permaneceu internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes às características clínicas da amostra se encontram na **Tabela 2** e na **Figura 1**.

**Tabela 2** - Doenças que motivaram a internação, de acordo com CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, décima revisão ).

<b>Motivo da Internação</b>	<b>N (1147)</b>	<b>%</b>
Digestivas	225	19,6
Respiratórias	165	14,4
Cardíacas/Circulatórias	157	13,7
Hematológicas/Imunitárias	146	12,7
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	101	8,8
Neurológicas	87	7,6
Neoplasias	60	5,2
Osteomusculares/Tecido conjuntivo	43	3,7
Mal-definidas	42	3,7
Genitourinárias	37	3,2
Infeciosas/Parasitárias	35	3,1
Pele/Subcutâneo	11	1
Causas externas	9	0,8
Lesões/Envenenamentos	8	0,7



**Figura 1** – Principais especialidades nas quais os pacientes da amostra estiveram internados (N=1147).

A porcentagem de pacientes que relatou falta de apoio social (com menos de 4 parentes e amigos íntimos) foi de 33,8% (N=383). A média do número de parentes e amigos  $\pm$ DP foi de  $12,08 \pm 16,8$ . Dos pacientes incluídos nas pesquisa, 25,3% foram considerados como tendo depressão.

Conforme mostrado na **Tabela 3**, a comparação entre deprimidos e não deprimidos revela que os deprimidos tinham menor escolaridade ( $p < 0,001$ ) e menor renda familiar ( $p = 0,018$ ). Além disso, relatavam maiores níveis de dor ( $p = 0,036$ ), percebiam menor apoio social ( $p < 0,001$ ) e maior gravidade física ( $p = 0,008$ ).

**Tabela 3** - Comparação das variáveis sociodemográficas, clínicas e fatores psicossociais em pacientes sem e com depressão\*, internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC (N=1147).

<b>VARIÁVEL<sup>†</sup></b>	<b>Não deprimidos</b>	<b>Deprimidos</b>	<b>P</b>
<b>Sexo, %</b>			
Homens	56,9	52,1	0,17
Mulheres	43,1	47,9	
<b>Idade</b>	49,84±16,29	49,22±15,52	0,56
<b>Escolaridade, anos</b>	6,83±4,46	5,52±3,65	<0,001
<b>Renda familiar<sup>‡</sup></b>	3,49±2,94	2,69±2,74	0,018
<b>Rede de Apoio Social<sup>§</sup>, %</b>	70,9	54,1	<0,001
<b>Variáveis Clínicas</b>			
Gravidade física percebida <sup>  </sup>	6±2,94	6,83±3,02	0,008
Gravidade física objetiva <sup>¶</sup>	1,13±1,45	1,01±1,4	0,23
Dor <sup>**</sup>	4,12±3,79	5,20±3,92	0,036

\* Foram considerados como tendo depressão aqueles pacientes que pontuaram acima de 10 na Subescala Cognitivoafetiva (primeiros treze itens – BDI-13) do Inventário Beck de Depressão.

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

‡ Renda familiar em salários mínimos

§ Responderam um número maior que 3 à pergunta: “Com quantos parentes e amigos você se sente à vontade e pode falar sobre tudo ou quase tudo?”.

|| Respondendo: “De zero a dez qual número melhor descreve a gravidade de sua doença no momento? Zero seria sem doença e Dez seria a doença mais grave possível.”

¶ Índice Charlson de Comorbidade Física

\*\* Respondendo: “De zero a dez qual número melhor descreve sua dor agora? Zero seria sem dor e Dez seria a dor mais forte possível.”

Na Regressão Logística foram incluídas as variáveis escolaridade, renda familiar, dor, apoio social, comorbidade física objetiva (Charlson) e gravidade física percebida. Nessa análise multivariada observou-se que a baixa escolaridade (Risco Relativo [RR]:0,96;Intervalo de Confiança [IC]:0,89-0,96;p<0,001), a baixa renda familiar (RR:0,92;IC:0,86-0,99;p=0,018), a maior intensidade de dor (RR:1,04;IC:1,00-1,08;p=0,036), a percepção de falta de apoio social (RR:2,02;IC:1,49-2,72;p<0,001) e a maior percepção de gravidade física (RR:1,07;IC:1,02-1,13;p=0,008) se associaram independentemente à depressão.

## 5. DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados em nossa comunidade que avalia tanto a comorbidade psiquiátrica como fatores psicossociais, dor e outros aspectos clínicos em pacientes internados devido a doenças físicas. Cerca de um quarto dos pacientes internados devido a doenças físicas nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC tinham depressão (25,3%). Verificando-se a correlação entre as variáveis, observou-se que os deprimidos tinham menor escolaridade e menor renda familiar, menor apoio social, maior gravidade física percebida assim como maiores níveis de dor. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a sexo, idade e comorbidade física objetiva. Associaram-se significativamente à depressão os achados de menor escolaridade, menor renda familiar, falta de apoio social, maior intensidade da dor e percepção de maior gravidade física, mesmo após ajustar para fatores de confusão. Estes achados estão condizentes com outros estudos.<sup>1, 15, 27, 28</sup>

Diferentemente de nossos achados, Iliffe et al.<sup>14</sup> verificaram que a intensidade da dor não estava estatisticamente relacionada com a depressão, mesmo encontrando prevalência semelhante de humor depressivo na amostra analisada (19%). Esse mesmo estudo encontrou associação entre depressão e risco de isolamento social. Talvez a diferença encontrada seja devido a diferença de amostras, sendo a amostra de Iliffe exclusivamente de pessoas acima de 65 anos não hospitalizadas e independentes para autocuidado.<sup>14</sup>

Existem limitações para este estudo, que citamos: 1) O diagnóstico da depressão foi feito através de uma escala e não por um psiquiatra. Contudo, os estudos que associam depressão com maior mortalidade utilizaram esta mesma escala, o BDI; 2) Nossa amostra foi composta por pacientes internados no Hospital Universitário, com nível de atenção terciário. É possível que pacientes na atenção primária ou secundária tenham padrões diferentes; 3) Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer relação de causa e efeito.

Como significado clínico para esses achados, observa-se a importância de questionar sobre rede de apoio social e sintomas sugestivos de depressão associados nos indivíduos com doenças físicas, sobretudo naqueles com maiores níveis de dor, pois estes fatores são frequentes e podem estar influenciando no quadro clínico dos pacientes. Simples perguntas como: “Com quantos parentes e amigos você se sente a vontade e pode falar sobre tudo ou quase tudo?” Ou “De zero a dez, qual o número que descreve sua dor agora?” podem ajudar a

detectar fatores relacionados e a suspeitar da presença de depressão permitindo, assim, o diagnóstico e o tratamento precoce dessa doença. Vem sendo demonstrado que o tratamento da depressão pode, além de reduzir os sintomas depressivos, levar a uma redução de marcadores inflamatórios.<sup>7</sup> Sobretudo em idosos, o tratamento da depressão melhora as condições gerais do paciente e sua qualidade de vida relacionada a saúde.<sup>18</sup> Portanto, esperamos que estes achados auxiliem na melhor detecção e abordagem desses problemas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes clínicos.

## **5. CONCLUSÃO**

Os pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica que apresentavam depressão relataram maiores níveis de dor e mais falta de apoio social mesmo após controlar para variáveis confundidoras sociodemográficas e clínicas. Estudos longitudinais podem ajudar a elucidar a natureza desta associação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(4):982-5.
2. Katon W, Unutzer J, Russo J. Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depress Anxiety* 2010;27(1):19-26.
3. van 't Land H, Verdurmen J, Ten Have M, van Dorsselaer S, Beekman A, de Graaf R. The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *J Psychosom Res* 2010;68(2):187-93.
4. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, et al. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010;170(7):600-8.
5. Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J, Low NC, Hofler M, Wittchen HU. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(1):89-104.
6. Kojima M, Kojima T, Suzuki S, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2009;61(8):1018-24.
7. Thornton LM, Andersen BL, Schuler TA, Carson WE, 3rd. A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2009;71(7):715-24.
8. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain* 2009;147(1-3):147-52.
9. Citero Vde A, Levenson JL, McClish DK, Bovbjerg VE, Cole PL, Dahman BA, et al. The role of catastrophizing in sickle cell disease--the PiSCES project. *Pain* 2007;133(1-3):39-46.
10. Carney RM, Freedland KE. Treatment-resistant depression and mortality after acute coronary syndrome. *Am J Psychiatry* 2009;166(4):410-7.
11. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000;101(16):1919-24.
12. Trivedi RB, Blumenthal JA, O'Connor C, Adams K, Hinderliter A, Dupree C, et al. Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *J Psychosom Res* 2009;67(4):339-46.
13. Pearson CR, Micek MA, Pfeiffer J, Montoya P, Matediane E, Jonasse T, et al. One year after ART initiation: psychosocial factors associated with stigma among HIV-positive Mozambicans. *AIDS Behav* 2009;13(6):1189-96.
14. Iliffe S, Kharicha K, Carmaciu C, Harari D, Swift C, Gillman G, et al. The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. *BMC Fam Pract* 2009;10:54.
15. Jenks Kettmann JD, Altmaier EM. Social support and depression among bone marrow transplant patients. *J Health Psychol* 2008;13(1):39-46.

16. McKenzie M, Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC. Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *J Psychosom Res* 2009;68(1):21-8.
17. Lyness JM, Yu Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1375-83.
18. Chan SW, Chiu HF, Chien WT, Goggins W, Thompson D, Hong B. Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr* 2009;21(6):1171-9.
19. Folstein MF, Folstein SE. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
20. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res* 1989;23(1):87-96.
21. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
23. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86(1):87-91.
24. 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.
25. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):887-96.
26. Brugha TS, Weich S, Singleton N, Lewis G, Bebbington PE, Jenkins R, et al. Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychol Med* 2005;35(5):705-14.
27. Stalnacke BM. Relationship between symptoms and psychological factors five years after whiplash injury. *J Rehabil Med* 2009;41(5):353-9.
28. Marlow RA, Kegowicz CL, Starkey KN. Prevalence of depression symptoms in outpatients with a complaint of headache. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):633-7.

## **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 16 de junho de 2011.

## **ANEXOS**

## FICHA DE COLETA DE DADOS

**1. Nome:**..... **2. Número prontuário:**..... **3. Leito:**.....

**4. Motivo de Internação (CID-10):**..... **5. Idade:**.....anos **6. Sexo:**  fem  masc

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

**9. Especialidade:** Clínica Médica Cardio Gastro Pneumo

Endocr Neuro Hemato Outras

**10. Apoio Social:** Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

**11. Percepção gravidade física:**.....(0 a 10)

**12. Percepção de dor:**.....(0 a 10)

**13. Charlson:**.....

**14. BDI\***

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

**15. Mini-exame do Estado Mental**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
10	
11	
total	

\* BDI= Inventário Beck de Depressão

